

**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSER HASTALARINDA KARŞILANAMAYAN  
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN HASTALARIN BAKIM  
MEMNUNİYETİNE VE HEMŞİRELERE DUYDUKLARI  
GÜVENE ETKİSİ**

**Necip HANCI**

**Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA**

**2024**



**T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSER HASTALARINDA KARŞILANAMAYAN  
BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN HASTALARIN BAKIM  
MEMNUNİYETİNE VE HEMŞİRELERE DUYDUKLARI  
GÜVENE ETKİSİ**

**Necip HANCI**

**Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Sergül DUYGULU**

**ANKARA  
2024**

**ONAY SAYFASI**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KANSER HASTALARINDA KARŞILANAMAYAN BAKIM GEREKSİNİMLERİNİN  
HASTALARIN BAKIM MEMNUNİYETİNE VE HEMŞİRELERE DUYDUKLARI GÜVENE  
ETKİSİ**

**Öğrenci: Necip HANCI**

**Danışman: Prof. Dr. Sergül DUYGULU**

Bu tez çalışması 05.02.2024 tarihinde jürimiz tarafından "Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

<b>Jüri Başkanı:</b>	<i>Prof. Dr. Deniz TANYER</i> <i>(Selçuk Üniversitesi)</i>	<i>(imza)</i>
<b>Tez Danışmanı:</b>	<i>Prof. Dr. Sergül DUYGULU</i> <i>(Hacettepe Üniversitesi)</i>	<i>(imza)</i>
<b>Üye:</b>	<i>Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ</i> <i>(Hacettepe Üniversitesi)</i>	<i>(imza)</i>
<b>Üye:</b>	<i>Doç. Dr. Gülten KOÇ</i> <i>(Hacettepe Üniversitesi)</i>	<i>(imza)</i>
<b>Üye:</b>	<i>Dr. Öğr. Üyesi Seher BAŞARAN AÇIL</i> <i>(Hacettepe Üniversitesi)</i>	<i>(imza)</i>

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

*Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN*  
**Enstitü Müdürü**

## YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. <sup>(1)</sup>
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. <sup>(2)</sup>
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. <sup>(3)</sup>

05/02/2024

Necip HANCI

i

<sup>1</sup>"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturma bilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir \*. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

\* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

## ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Prof. Dr. Sergül DUYGULU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

*Necip HANCI*

## TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimimin her aşamasında mesleki bilgisi ve profesyonel duruşu ile kendisini rol model aldığım; tez çalışmam boyunca desteği ve ilgisi ile hep yanımda olan kıymetli danışmanım Sayın Prof. Dr. Sergül Duygulu'ya,

Araştırmamdaki veri toplama araçlarını kullanmam için izin veren Sayın Prof. Dr. Semiha Akın, Prof. Dr. Şebnem Çınar Yücel, Prof. Elaine McColl, Dr. Beatrice J. Kalisch, Dr. Laurel E. Radwin, Doç. Dr. Semra Ay ve Dr. Öğr. Üyesi Öznur İspir Demir'e,

Araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli kurum izni veren İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Başhekimliğine,

Araştırmaya katılarak katkı veren tüm hastalara,

Araştırmamın veri toplama sürecinde katkı ve desteklerini esirgemeyen İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Hastanesi'nin Medikal Onkoloji A, B ve C servislerindeki tüm hemşirelere, birim sorumlu hemşirelerine ve İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Eğitim Hemşiresi Sayın Ömür Berber Tezcan'a,

Tez çalışmamın her aşamasında rehberliği, manevi ve akademik destekleri ile yanımda olan kıymetli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Fatma Er'e,

Tez sürecinde verdikleri tüm destekleri için Sayın Prof. Dr. Rukuye Aylaz, Prof. Dr. Behice Erci ve Doç. Dr. Funda Kavak Budak'a,

Araştırmaya değerli görüşleri ile katkı sunan jüri üyeleri Sayın Prof. Dr. Deniz Tanyer, Doç. Dr. Fatoş Korkmaz, Doç. Dr. Gülten Koç ve Dr. Öğr. Üyesi Seher Başaran Açıl'a,

Yüksek lisans sürecim boyunca bana verdiği destek, yardım ve dostluk için değerli arkadaşım Arş. Gör. Erdoğan Yolbaş'a,

Her zaman yanımda olan, desteğini ve fedakârlığını esirgemeyen değerli arkadaşım Selma Güneş'e ve her zaman arkamda durup dualarını eksik etmeyen annem, babam ve kardeşlerime en içten sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## ÖZET

**Hanci, N., Kanser Hastalarında Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Bakım Memnuniyetine ve Hemşirelere Duydukları Güvene Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2024.** Bu çalışma, kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimlerinin bakım memnuniyetlerine ve hemşirelere duydukları güvene etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ilişkisel türde gerçekleştirilmiştir. Araştırma, bir üniversiteye bağlı Onkoloji Hastanesi'nin Medikal Onkoloji servislerinde 26 Aralık 2022-30 Ağustos 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, en az 18 yaşında olan, evre 1-4 arasında kanser tanısı alan, en az üç gün hastanede yatarak bakım alan, Türkçe anlayıp konuşabilen ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 228 kanser hastası oluşturmuştur. Araştırmanın verileri; Hasta Bilgileri Formu, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırma verilerinin analizinde sayı, yüzde, min-max değerleri, ortalama, standart sapma, bağımsız t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmış; değişkenler arasındaki ilişki için Pearson korelasyon kullanılmış, kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların bakım memnuniyeti ve güven algılarına etkisi ise çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Hastaların, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta iletişim alt boyutu puan ortalaması  $1.68 \pm 0.70$  (1-5), temel bakım alt boyutu puan ortalaması  $3.85 \pm 1.19$  (1-5); Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalaması  $91.90 \pm 4.95$  (73.00-95.00) ve Hemşirelere Güven Ölçeği puan ortalaması  $28.15 \pm 2.20$  (19.00-30.00)'dir. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ( $r = -0.245$ ,  $p < 0.05$ ) ve Hemşirelere Güven Ölçeği arasında ( $r = -0.208$ ,  $p < 0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf bir ilişki bulunurken Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın temel bakım alt boyutu ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ( $r = -0.040$ ,  $p > 0.05$ ) ve Hemşirelere Güven Ölçeği arasında ( $r = -0.088$ ,  $p > 0.05$ ) anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim ve temel bakım alt boyutları ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği kullanılarak, karşılanamayan bakım gereksinimlerinin bakım memnuniyetine ( $F = 7.200$ ,  $p < 0.05$ ) ve hemşirelere güvene ( $F = 5.339$ ,  $p < 0.05$ ) etkisini incelemek için kurulan modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bağımsız değişkenlere ait anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, karşılanamayan iletişimin hem bakım memnuniyeti üzerinde ( $t = -3.743$ ,  $p < 0.05$ ) hem de hemşirelere güven üzerinde ( $t = -2.974$ ,  $p < 0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu belirlenirken, karşılanamayan temel bakımın ne bakım memnuniyeti üzerinde ( $t = 0.212$ ,  $p > 0.05$ ) ne de hemşirelere güven üzerinde ( $t = -0.671$ ,  $p > 0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Karşılanamayan iletişimdeki bir birimlik artış, bakım memnuniyetinde 1.748 birimlik azalışa neden olurken ( $B = -1.748$ ), hemşirelere güvende 0.622 birimlik azalışa neden olmaktadır ( $B = -0.622$ ). Karşılanamayan bakım gereksinimleri, bakım memnuniyeti üzerindeki değişimin %6'sını açıklarken ( $R^2 = 0.060$ ), hemşirelere güven üzerindeki değişimin %4.5'ini açıklamaktadır ( $R^2 = 0.045$ ). Çalışmamızda, kanser hastalarının Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu puan ortalaması düşük düzeyde çıkmış olmasına rağmen karşılanamayan iletişimin, hem hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet hem de hemşirelere duydukları güven üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir etkiye sahip olduğu belirlendiği için hemşirelere, kanser hastalarının iletişim gereksinimlerini karşılayacak biçimde bakım sunması ve yönetici hemşireler ile kuruma, hasta-hemşire arasındaki iletişimi artıracak düzenlemeler yapmaları önerilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser hastaları, hemşire, karşılanamayan bakım gereksinimi, hasta güveni, hasta memnuniyeti



## ABSTRACT

**Hanci, N., The Effect of Missed Care on Cancer Patients' Satisfaction with Nursing Care and Trust in Nurses, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Nursing Services Administration Program Master Thesis, Ankara, 2024.** This study was conducted in a descriptive relational type to examine the effect of missed care on cancer patients' satisfaction with care and trust in nurses. The study was carried out at the Medical Oncology wards of a university-affiliated Oncology Hospital between December 26, 2022 and August 30, 2023. The sample of the study consisted of 228 cancer patients who were at least 18 years old, diagnosed with stage 1-4 cancer, received inpatient care for at least three days, could understand and speak Turkish, and voluntarily agreed to participate in the study. The data of the research were collected using the Patient Information Form, MISSCARE Survey-Patient, Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale, and Trust in Nurses Scale. In the analysis of the research data, number, percentage, min-max values, mean, standard deviation, independent t-test, and one-way analysis of variance were used; Pearson correlation was used for the correlation between variables, and the effect of missed care on cancer patients' perception of satisfaction with care and trust was evaluated by multiple linear regression analysis. The mean score of patients on the communication sub-dimension of MISSCARE Survey-Patient was  $1.68 \pm 0.70$  (1-5), the mean score of basic care sub-dimension was  $3.85 \pm 1.19$  (1-5); the mean score of Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale was  $91.90 \pm 4.95$  (73.00-95.00) and the mean score of Trust in Nurses Scale was  $28.15 \pm 2.20$  (19.00-30.00). A statistically significant, negative, and weak correlation was found between the communication sub-dimension of the MISSCARE Survey-Patient and both the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale ( $r = -0.245$ ,  $p < 0.05$ ) and the Trust in Nurses Scale ( $r = -0.208$ ,  $p < 0.05$ ), while no significant correlation was detected between the basic care sub-dimension of the MISSCARE Survey-Patient and either the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale ( $r = -0.040$ ,  $p > 0.05$ ) or the Trust in Nurses Scale ( $r = -0.088$ ,  $p > 0.05$ ). The models established to examine the effect of missed care on satisfaction with care ( $F = 7.200$ ,  $p < 0.05$ ) and trust in nurses ( $F = 5.339$ ,  $p < 0.05$ ) using the communication and basic care sub-dimensions of the MISSCARE Survey-Patient, the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale and the Trust in Nurses Scale were found to be statistically significant. When the significance levels of the independent variables were examined, it was determined that missed communication had a statistically significant and negative effect on both satisfaction with care ( $t = -3.743$ ,  $p < 0.05$ ) and trust in nurses ( $t = -2.974$ ,  $p < 0.05$ ), while missed basic care had no statistically significant effect on either satisfaction with care ( $t = 0.212$ ,  $p > 0.05$ ) or trust in nurses ( $t = -0.671$ ,  $p > 0.05$ ). A one-unit increase in missed communication leads to a 1.748 unit decrease in satisfaction with care ( $B = -1.748$ ), and a 0.622 unit decrease in trust in nurses ( $B = -0.622$ ). Missed care explain 6% of the change in satisfaction with care ( $R^2 = 0.060$ ), and 4.5% of the change in trust in nurses ( $R^2 = 0.045$ ). In our study, although the mean score of the cancer patients' communication sub-dimension of the MISSCARE Survey-Patient was found to be at a low level, it was determined that missed communication had a statistically significant and negative effect on both patients' satisfaction with nursing care and their trust in nurses, and therefore, it was recommended that nurses should provide care in a way to meet the communication needs of cancer patients and make arrangements to increase communication between patients and nurses for the nurse managers and the institution.

**Key Words:** Cancer patients, nurse, missed care, patient trust, patient satisfaction

## İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
<b>1. GİRİŞ</b>	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	7
1.3. Araştırma Soruları	7
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	8
2.1. Bakım Kavramı	8
2.1.1. Hemşirelik Bakımı	9
2.1.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı	10
2.1.3. Kanser Hastalarında Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı	12
2.1.4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Sebepleri ve Etkileyen Faktörler	18
2.1.5. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Sonuçları	22
2.1.6. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımını Önlemeye Yönelik Müdahaleler	26

2.1.7. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Önlenmesinde Yönetici Hemşirelerin Rollerini	26
2.2. Hasta Memnuniyeti Kavramı	30
2.2.1. Hemşirelik Bakımı ve Hasta Memnuniyeti	33
2.2.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Hasta Memnuniyeti	34
2.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler	35
2.2.4. Hasta-Hemşire İlişkisinde Hasta Memnuniyetinin Sağlanmasında Yönetici Hemşirelerin Rolü	40
2.3. Güven Kavramı	41
2.3.1. Hasta-Hemşire İlişkisinde Güven	43
2.3.2. Hastanın Hemşireye Güven Duymasının Hasta Bakımına Yararları	45
2.3.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Güven	46
2.3.4. Hasta-Hemşire İlişkisinde Güveni Etkileyen Faktörler	47
2.3.5. Hasta-Hemşire İlişkisinde Güvenin Sağlanmasında Yönetici Hemşirelerin Rolü	49
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>52</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	52
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	52
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	53
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	56
3.5. Veri Toplama Araçları	56
3.5.1. Hasta Bilgileri Formu	56
3.5.2. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta	57
3.5.3. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	59
3.5.4. Hemşirelere Güven Ölçeği	60
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması	61
3.7. Araştırmanın Uygulanması	62

3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi	64
3.9. Araştırmanın Etik Yönu	64
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	65
<b>4. BULGULAR</b>	66
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	67
4.2. Hastaların Karşılanamayan Bakım Gereksinimleri, Hemşirelik Bakımından Duydukları Memnuniyet ve Hemşirelere Duydukları Güvene İlişkin Bulgular	69
<b>5. TARTIşMA</b>	75
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER</b>	87
6.1. Sonuçlar	87
6.2. Öneriler	89
<b>7. KAYNAKLAR</b>	91
<b>8. EKLER</b>	
EK-1. Hasta Bilgileri Formu	
EK-2. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta	
EK-3. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	
EK-4. Hemşirelere Güven Ölçeği	
EK-5. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın Kullanımı İçin İzin Yazısı	
EK-6. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın Türkçe Formunun Kullanımı İçin İzin Yazısı	
EK-7. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği'nin Kullanımı İçin İzin Yazısı	
EK-8. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği'nin Türkçe Formunun Kullanımı İçin İzin Yazısı	
EK-9. Hemşirelere Güven Ölçeği'nin Kullanımı İçin İzin Yazısı	
EK-10. Hemşirelere Güven Ölçeği'nin Türkçe Formunun Kullanımı İçin İzin Yazısı	
EK-11. Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu	

EK-12. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Belgesi

EK-13. Araştırmanın Yapıldığı Kurumun İzin Belgesi

Ek-14. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Ek-15. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması

Ek-16. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hastalara Güven Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ek-17. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hastalara Güven Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

EK-18. Turnitin Dijital Makbuz

EK-19. Turnitin Ekran Görüntüsü

## **9. ÖZGEÇMİŞ**

**SİMGELER ve KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>IARC</b>	International Agency for Research on Cancer - Uluslararası Kansere Araştırmaları Ajansı
<b>KHB</b>	Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı
<b>max</b>	Maksimum
<b>min</b>	Minimum
<b>p</b>	Anlamlılık Düzeyi
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>TDK</b>	Türk Dil Kurumu
<b>TÖTM</b>	Turgut Özal Tıp Merkezi
$\bar{x}$	Ortalama

**ŞEKİLLER**

<b>Şekil</b>		<b>Sayfa</b>
<b>2.1.</b>	Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli	11
<b>2.2.</b>	Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Memnuniyet ve Güvene Etkisinin Kavramsal Çerçevesi	25
<b>3.1.</b>	Çalışmanın Akış Şeması	55

## TABLOLAR

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
2.1. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Önlenmesinde Yönetici Hemşirelerin Rollerini	29
2.2. Hasta-Hemşire İlişkisinde Güvenin Sağlanmasında Yönetici Hemşirelerin Rollerini	51
4.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımını (n = 228)	67
4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımını (n = 228)	68
4.3. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=228)	69
4.4. Hastane Yatışında Hastaların İstenmeyen Olay Yaşama Durumlarına Göre Dağılımını (n = 228)	70
4.5. Hastaların İstenmeyen Olay Yaşama Durumlarına Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)	70
4.6. Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği Puan Ortalamaları (n=228)	71
4.7. Hastaların İstenmeyen Olay Yaşama Durumlarına Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 228)	71
4.8. Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n = 228)	72
4.9. Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Hemşirelik Bakımından Duydukları Memnuniyet ve Hemşirelere Duydukları Güvene Etkisi (n = 228)	73
4.10. Hastaların Hemşirelik Bakımından Duydukları Memnuniyet ile Hemşirelere Duydukları Güvenin Karşılıklı Etkileri (n = 228)	74
8.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)	125
8.2. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)	126
8.3. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hastalara Güven Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)	127
8.4. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hastalara Güven Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)	128



## 1. GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser, çevresel maruziyet, yaşam tarzı ve genetik koşullar sonucunda hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünmesi, çoğalması ile ortaya çıkan; hücrelerin anormal bir şekilde yayılması ile kendini gösteren; kişilerin yaşam düzenini bozan ve varoluşlarını ciddi şekilde tehdit eden; her yaş grubundan ve her sosyoekonomik düzeyden bireyi etkileyebilen kompleks bir hastalıktır (1-4).

Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı'nın (International Agency for Research on Cancer-IARC) GLOBOCAN verilerine göre, 2020 yılında dünyada yaklaşık 19,3 milyon yeni kanser vakası tespit edilirken (5), bu sayı 2022 yılında yaklaşık 20 milyona yükselmiştir (6). Ülkemizde ise IARC'nin GLOBOCAN verilerine göre 2020 yılında tahmini yeni kanser vakası 233.834 iken (5), bu sayının 2022 yılında 240.013'e yükseldiği görülmektedir (6). Ülkemizdeki ve dünyadaki kanser insidansının gün geçtikçe yükselmesinden dolayı kanser, önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (7, 8). Kanser; erken teşhis, tanı ve tedavi sayesinde hastanın hayatta kalma süresini uzatan ve bu süreçte uzun vadeli bakım gerektiren bir kronik hastalığa dönüşmüştür (9, 10). Bu süreç boyunca kanser hastalarının; fiziksel (9, 11, 12), duygusal (13), psikolojik (9, 11, 12), sosyal (9, 14), bilgilendirme (14-16), günlük yaşam (14, 15), cinsellik (12, 14) vb. birçok konuda sağlık bakım gereksinimleri olmaktadır. Bu noktada hemşirelik bakımı önem kazanmaktadır, nitekim, kanser hastaları, kanser tanı ve tedavileri boyunca sürekli hemşirelerle etkileşim halinde bulunmaktadır (9). Dolayısıyla, kansere bağlı semptomları olan veya kanser tedavisi nedeniyle toksik etkilerle karşılaşan hastalar, bu süreçte rehabilitasyon ve semptom yönetimiyle beraber nitelikli hemşirelik bakımına da gereksinim duymaktadırlar (10). Hemşirelik bakımının, eksiksiz bir şekilde, hatasız ve kaliteli bir biçimde, alanında yetkin olan hemşireler aracılığıyla sunulması hasta çıktılarının iyileştirilmesi açısından önemlidir (17). Hemşirelik bakımının yeterli bir şekilde sunulmaması ise karşılanamayan hemşirelik bakımı gereksinimi kavramını ortaya çıkarmıştır (18). Kanser hastalarıyla yapılan çalışmalarda hastaların karşılanamayan bakım gereksinimlerinin yüksek düzeylerde olduğu görülmektedir (19, 20). Kanser hastaları, karşılanamayan bakım gereksinimleri ve var olan

biyopsikososyal problemlerinden dolayı hemşirelerin ilgi ve bakımına daha çok gereksinim duyan özel bir grup olarak ele alınmalıdır (21). Kansere hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimlerinin tanımlanması ve yönetilmesi, verilen sağlık bakımı için önem arz etmektedir (22). Tüm bunlarla birlikte karşılanamayan bakım gereksinimleri, doğrudan hasta güvenliğini ve hemşirelik bakımının kalitesini etkilemesi ve hasta sonuçları üzerinde doğrudan rol oynaması nedeniyle de önemlidir (23).

Karşılanamayan bakım gereksinimleri; gecikmiş veya karşılanamayan hasta beslenmeleri, dönme, ambulasyon, hasta eğitimi, duygusal destek, taburculuk planlaması, hijyen, gözlem ve aldığı-çıkarıldığı kaydı başlıkları altında ele alınabilir (24, 25). Genellikle personel kaynaklarının, maddi kaynakların ve iletişimin yetersizliğinden kaynaklanmaktadır (24, 26, 27). Karşılanamayan bakım gereksinimlerine neden olan bu durumların iyileştirilmesi hasta, hemşire ve kurum sonuçlarının iyileştirilmesi noktasında önemli bir konudur. Bir pilot çalışmada, 102 kanser hastası ve 42 hemşire dahil edilerek hemşire-hasta oranı azaltılması, yataklar arası daha geniş hale getirilmesi, düşme önleme sensörlü tam otomatik yatakların kullanılması vb. yapısal (hemşire kadrosu ve ortam) iyileştirmeler yapılmış ve bu iyileştirmeler sonucunda karşılanamayan hemşirelik bakımının azaldığı; daha sonra ise hastaların hemşirelik bakımından daha çok memnun olduğu, hastaların hastaneyi tekrar ziyaret etme ve başkalarına tavsiye etme isteklerinin arttığı, basınç ülserlerinin azaldığı ve hemşirelerin iş memnuniyetlerinin arttığı görülmüştür (28).

Gereksinim duyulan hemşirelik bakımının yeterli karşılanamaması sonucunda ortaya çıkan olumsuz etkilerden birinin düşük hasta memnuniyeti olduğu belirtilirken (29), yapılan nitel çalışmalar bu durumun hasta güveninde düşmeye de neden olabileceğini göstermektedir (30, 31). Hasta memnuniyeti, hastanın hemşirelik bakımından duyduğu beklentiyle hastanın verilen bakımdan algıladığı durum arasındaki uyum derecesi olarak tanımlanan ve sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılan önemli bir kalite göstergesidir (32, 33). Öte yandan hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet hastanede yattıkları süre içinde verilen tüm hastane hizmetleri ile ilgili memnuniyetlerini etkileyen önemli bir faktördür (34, 35). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 409 hastanede ikincil hemşire ve hasta verileri toplanarak yapılan kesitsel bir çalışmada iletişim ve planlama ile ilgili

faaliyetlerde karşılanamayan bakım gereksinimlerindeki bir birimlik artışın hastaneden duydukları memnuniyet için yüksek puan veren hastaların yüzdesinde %2.7 birimlik düşüşe sebep olduğu bulunmuştur (36). Bununla birlikte kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada katılımcılar, hastanın sağlık durumu ile ilgili profesyonel bakım bilgisi sağlamama ve eksik destek sağlama nedeniyle hemşirelere güvensizlik duyduklarını bildirmişlerdir (30). Güven, kişiler arası ilişkilerin temelini oluşturması nedeniyle insan hayatında çok önemlidir (37) ve yıkıldığında tekrar inşa edilmesi çok zordur (38). Sağlık bakım hizmetlerinde güven, sağlık çalışanının hasta için elinden gelenin en iyisini yapacağına dair bir sıra beklentiye ifade etmekte ve bilgilendirilmiş onam ile özerkliğin temel dayanağını oluşturmaktadır (39). Profesyonel ve etkin bakım bağının oluşturulması ve istenilen hasta çıktıların elde edilmesi için güven, mevcut olması gereken ahlaki bir zorunluluktur (40). Tüm bunlarla birlikte, hastaların hemşirelere duydukları güven ile hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin pozitif şekilde ilişkili olduğu da belirtilmektedir (41).

Kanser hastaları, hastalıklarının ilerlemesiyle beraber aldıkları bakımın kalitesini değerlendirmeye başlamaktadırlar (42). Hastanelerde kanser hastalarına verilen temel bakımdan sorumlu olan kişiler hemşireler olduğu için hemşirelik bakımının karşılanamaması veya tamamlanmaması hasta bakım deneyimi üzerinde büyük etki oluşturabilmektedir (28, 43). Dolayısıyla kanser hastalarının memnuniyetinde hemşirelik bakımının önemli bir yeri olduğu görülmektedir (43). Hasta memnuniyeti, hemşirelik bakımı kalitesinin değerlendirilmesinde somut bir kriter olarak kullanılmaktadır (44). Hemşirelerin bütüncül bakım sunması (45), hastaya sunulan rahatlık, kurum kaynaklarının yeterliliği (46), hastayla konuşma şekli, hastanenin temizliği, beslenme hizmetleri, tıbbi ve hastane masraflarının maliyeti (44), hastaların sağlık durumu (47), hastaların yatırıldığı servis (48) ile serviste kalış süreleri (44, 49), hastaların daha önce hastanede yattıkları süre (49), kanserin tipi (49) ve evresi (47, 50), verilen tedavi türü (44, 49), kanser hastalığına bağlı öz bakım becerisine ilişkin psikolojik kaygılar (50), hastaların hastalıkları hakkındaki yeterli eğitimi hemşireden alıp almamaları (51), hastaneye başvurdıkları zaman dilimi (50), hastaların yaşı (47, 49), cinsiyeti ve medeni durumu (49), eğitim düzeyi (48, 49), çalışma durumu (44) vb. birçok değişken kanser hastalarının algıladıkları memnuniyet üzerinde etkilidir ve bunlar hastanın bakımdan memnun

kalması için hemşireler tarafından değerlendirilmesi gereken durumlardır. Yapılan çalışmalarda kanser hastalarının bakım memnuniyetinin; daha iyi klinik sonuçlara yardımcı olduğu belirtilirken (52), öte yandan hastanın hemşire (53) ve hemşirelik mesleğine yönelik tutumunu etkilediği (54) ve hastaların kurumu başkalarına tavsiye etmelerinde (55) etkili olduğu görülmektedir. Kanser hastalarında bakım memnuniyetinin sağlanabilmesi için yalnızca hastaya bilgi sağlama ve iletişim becerileri yeterli olmamakta (56), aynı zamanda kaynakların uygun bir şekilde kullanılması (28) ve hastaların gereksinim ve beklentilerinin karşılanarak hastaya kapsamlı bir hemşirelik bakımı sunulmasını gerektirmektedir (28, 44, 57). Nitekim, kolon kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada, kapsamlı hemşirelik bakımının hastaların anksiyete ve depresif duygu durumlarında iyileşme, istenmeyen reaksiyon gelişme insidansında azalma, gastrointestinal fonksiyonlarda iyileşme ve hastaların hemşirelik bakımından daha çok memnuniyet duymalarına yardımcı olduğu bulunmuştur (57).

Kanser hastalarının bakımında bir diğer önemli konu ise hastanın hemşireye duyduğu güvendir (9, 58). Hemşirelik literatüründe güven olgusu, hemşire-hasta ilişkisinin esası olarak tanımlanmıştır (59). Hemşire-hasta arasındaki ilişkide güvenin sağlanması, kırılabilir ve dinamik bir süreçte oluşmaktadır (60). Onkoloji hastaları, hemşirelerin eylemlerini gözlemleyip deneyimledikçe, hemşireye olan güvenleri şekillenmektedir (9). Hemşireler tarafından, kanser hastasının gereksinimleri uygun bir şekilde karşılandığında (61) ve iyi bir hemşire-hasta ilişkisi sağlandığında (62) güven ilişkisi de gelişmektedir. Öte yandan hastanın bu ilişkide güvensizliği algılanması, hemşire-hasta arasındaki iletişimi engellemekte (63) ve hastanın tedirgin olup sürekli tetikte kalmasına neden olmaktadır (31). Böylece hasta, bakım alacağı süre zarfında hemşireyle iş birliği yapmamakta ve tedaviye de uyum sağlamamaktadır (61). Eğer hasta-hemşire arasında güvensizlik yaşanır, hastanın gereksinimlerinin karşılanması ve hastanın hemşirelik bakımından memnun kalması mümkün olmamaktadır (40, 64). Kanser hastalarıyla yapılan nitel bir çalışmada, hemşirelerin görevlerini yetkinlikle ve hastaya ilgili davranarak yerine getirdiğinde hasta-hemşire arasında karşılıklı güven ilişkisinin meydana geldiği ve bunun bakım sürecinde hastaya olumlu yansıdığı; aksine hemşire ilgisiz davrandığında güvensizlik oluştuğu ve hastada huzursuzluk, cesaret kırıklığı ve yıkılmışlık hissi gibi olumsuz

duyguların meydana geldiği bildirilmiştir (31). Hemşire ve kanser hastalarının dahil edildiği başka bir nitel çalışmada güvenin yalnızca fiziksel ve duygusal durumlarını iyileştirmekle kalmadığı, bununla birlikte hastaların hastalıklarına uyum sağlamalarını kolaylaştırdığı ve ağrıyı hafiflettiği belirtilmektedir (61). Aynı çalışmada, güvene dayalı ilişkiler oluşturan hemşirelerin, hastaların bakım sürecinde bütüncül bir yaklaşım sergilediği, acılarını anladıklarını gösterdikleri, hastaların dile getiremedikleri gereksinimlere de duyarlı oldukları ve bakımlarında güvenilir, yetenekli, yetkin ve özverili bir tutum sergiledikleri ifade edilmektedir (61). Akciğer hastalarıyla yapılan bir çalışmada tedavi ve iyileşme sürecinde hemşireler semptomları yönetirken hemşirelere güven duyulmuş ve bu da hastaların umudunu etkilemiştir (58). Kolon ve rektum kanseri hastalarıyla yapılan bir çalışmada güvenin, hastaların endişesini azalttığı ve tedavilerine uyum sağlamasında yardımcı olduğu belirtilmiştir (65). Tüm bunlardan dolayı hemşire-hasta ilişkisinde güvensizlik duygusunun yaşanmaması ve güven duygusunun gelişmesi için, hemşirenin mesleki olarak yetkin ve yeterli olması (61, 66), hasta için savunucu rolü üstlenmesi, hastalara insancıl bakım vermesi, hastaların gereksinimlerini anlaması (61) ve bu gereksinimleri karşılaması (13, 67, 68) gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin hasta memnuniyetini düşürdüğü (36, 69, 70), nitel çalışmalarda ise hemşireye olan güveni düşürdüğü (30, 31) belirtilmiştir. Buna ek olarak yapılan çalışmalarda hasta güveni ile hasta memnuniyeti arasında pozitif ilişki bulunmuştur (41, 71). Dolayısıyla bakım gereksinimlerinin saptanması, karşılanamayan bakım gereksinimlerine yönelik girişimlerin yapılmasına, bu da memnuniyet ve güven duygusunun gelişmesinde yararlı olacaktır. Bu noktada yönetici hemşirelere de sorumluluklar düşmektedir. Yönetici hemşirelerin, hastaların gereksinimlerini göz önünde bulundurup yeterli kaynakları sağlayarak, kaynakları uygun kullanarak (72, 73) ve hasta bakım kültürünün oluşmasını sağlayarak (74); bununla birlikte hemşireler için açık, ulaşılabilir, destekleyici, cezalandırıcı olmayan, karşılanamayan bakım gereksinimlerinin raporlandığı ve izlendiği hesap verilebilir (73, 75) ve güven verici (76) bir uygulama ortamı oluşturarak karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi düzeyinin düşmesine katkı sağlamaları, böylece hastaların hemşirelik

bakımından memnuniyetine ve hastanın hemşireye güvenmesine katkı sağlamaları gerekmektedir.

Hem ülkemizde hem de dünyada kanser hastalarıyla yapılan çalışmalarda hastaların, hastalıklarının da etkisiyle fiziksel (11, 12), psikolojik (11, 12, 14) ve sosyal (14), sağlık hizmetleri ve bilgilendirme (14-16), günlük yaşam (14, 15) ve cinsellik (12, 14) gibi konularda karşılanamayan gereksinim bildirdiği ve bu çalışmalarda daha çok hastaların karşılanamayan bakım gereksinimi bildirmesinin nelerle bağlantılı olduğuna bakıldığı görülmektedir. Bununla birlikte kanser hastalarında hemşirelik bakımından memnuniyet ile ilgili yapılan hem ulusal hem de uluslararası çalışmalarda genellikle kanser hastalarının memnuniyet düzeyleri ve bu memnuniyeti etkileyen faktörlerin neler olduğu araştırılmıştır (77-79). Öte yandan kanser hastalarıyla yapılan hem ulusal hem de uluslararası çalışmalarda hastaların hemşirelere duydukları güvenin; hemşirenin varlığını algılaması (80), hastane hizmetlerinden memnuniyetlerini artırması (81), hastaların endişesini azaltması ve tedavisine uyum sağlamasında yardımcı olması (65) ve hastanın umudunu artırması (58) gibi birçok yararının olduğu görülmektedir. Tüm bunlarla birlikte yapılan çalışmalarda, hastaların bildirdiği karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyeti düşürdüğünü bulan çalışmalar (36, 69, 70, 82, 83) olsa da kanser hastalarında karşılanamayan hemşirelik bakımının hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyete nasıl etki ettiğini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Öte yandan literatürde sınırlı sayıda yapılan nitel çalışma dışında (30, 31) kanser hastalarında karşılanamayan hemşirelik bakımının hasta güvenine nasıl etki ettiğini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışmamızın, bu yönleriyle literatüre katkıda bulunacağı ve kanser hastalarına bakım veren hemşireler için; karşılanamayan bakım ile hastanın hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyet ve hemşireye duyduğu güven arasındaki ilişki ve etkiyi görmesi açısından iyi bir kaynak olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmadaki araştırmanın bulguları, kanser hastalarında karşılanamayan hemşirelik bakımının tanımlayıcı sonuçlarını, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerini ve hemşirelere olan güvenini içerecektir. Bu çalışma aynı zamanda kanser hastalarında karşılanamayan hemşirelik bakımının hastaların bakım memnuniyeti ve hastaların hemşirelere güveni üzerinde etkisinin olup olmadığını ortaya koyan bulguları da

içerecektir. Bu çalışmada, karşılanamayan bakım gereksinimleri, hasta memnuniyeti ve güven konularının beraber ele alınmasının hem hemşirelik hizmetleri yönetimi hem de hemşireler için, hastalara verilen bakımın bütüncül bakış açısıyla ele alınmasına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmanın amacı kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların bakım memnuniyetine ve hemşirelere duydukları güvene etkisini incelemektir.

### **1.3. Araştırma Soruları**

1. Kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimi düzeyi nedir?
2. Kanser hastalarının hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet düzeyi nedir?
3. Kanser hastalarının hemşirelere duydukları güven düzeyi nedir?
4. Kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimleri ile hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet ve hemşirelere duydukları güven arasında ilişki var mıdır?
5. Kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların bakım memnuniyetine ve hemşirelere duydukları güvene etkisi nedir?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Bakım Kavramı

Hayvanlar ve bitkiler dâhil bütün canlılar varlıklarını devam ettirebilmek ve gelişebilmek için bakıma gereksinim duymaktadır (84). Özellikle insanların doğdukları andan itibaren varlıklarını devam ettirebilmeleri, gelişebilmeleri ve sosyalleşebilmeleri için bakıma gereksinimleri vardır (84, 85). Bu bağlamda bakım, insanlığın başlangıcı kadar eski zamanlara uzanan tarihsel geçmişe sahip bir kavram olmuş ve insanlık o zamandan bu zamana dek daima bakıma gereksinim duymuştur (85-87). Bakım kavramı, uzun yıllardır profesyonel hemşirelik literatüründe ve hemşirelik müfredatında olmasına karşın kavramla ilgili çalışmalar 90'lı yıllarda başlamıştır (88).

Akademik çalışmalar incelendiğinde bakım kavramıyla ilgili üzerinde uzlaşılan ortak bir tanım olmadığı görülmektedir (85). Türk Dil Kurumu (TDK) (89)'na göre bakım "*bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek*" şeklinde tanımlanmaktadır. Dinç (84, s. 75), burada bahsi geçen emeğin, "*insanın bilinçli olarak belli bir amaca ulaşmak için giriştiği, sonucunda bir değişime yol açan, uzun ve özenli bir çalışma süreci*" olduğunu belirtmektedir. Bu bağlamda incelendiğinde bakım, yöneldiği özne veya nesneye değer yüklemekte; bir başkasına veya herhangi bir nesneye emek ve değer vermeyi, özen ve ilgi göstermeyi kapsamaktadır (85). TDK (89)'nın başka bir tanımına göre bakım "*birinin beslenme, giyinme vb. ihtiyaçlarını üstlenme ve sağlama işi*" olarak ifade edilmiştir. Gül (85, s. 130) bu tanımı, kendi gereksinimlerini karşılayamayan bir kişinin yerine bakım sorumluluğunun üstlenilmesi olarak yorumladığını belirtmektedir. Engster (90, s. 55) ise bakımı "*başkalarının temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, temel yeteneklerini geliştirmelerine ya da sürdürmelerine ve acı ya da ıstırapı hafifletmelerine veya önlemelerine yardım etmek üzere özenli, duyarlı ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şey*" olarak tanımlamıştır. Bu bağlamda bakım, insan yaşamı ve insanın yaşadığı dünyanın varlığını devam ettirebilmesi için özenle ve saygılı biçimde yapılan gerekli bütün etkinlikleri kapsamaktadır (84).



### 2.1.1. Hemşirelik Bakımı

Hemşireler, sağlık hizmeti sağlayıcılarının en büyük gruplarından birisidir ve sağlıklı/hasta bireyi bütüncül bir yaklaşımla ele alan sağlık ekibi üyesidir (91, 92). Sağlık bakım sistemindeki sağlık hizmeti sunan diğer gruplara göre hemşireler, hastanede yatan hastalarla daha fazla zaman geçirmektedir (92) ve hasta hizmetlerinin büyük bir kısmı hemşirelik bakımı hizmetlerinden oluşmaktadır (93, 94).

Hemşirelik bakımı, hemşirelik mesleğinin temelini oluşturmasına rağmen hemşirelik literatüründe henüz tam anlamıyla açıklanabilmiş değildir (88). Literatürde hemşirelik bakımı için farklı farklı tanımlar yapılmıştır. Kibret ve arkadaşları (95, s. 1-2) hemşirelik bakımının “*profesyonel hemşireler tarafından hastaya ilgi, güvenlik ve dikkati ileten bir eylem, davranış ve tavır*” olduğunu belirtmektedir. Agussalim ve arkadaşları (96, s. 408) ise hemşirelik bakımının “*hemşirenin hastayla tüm kalbiyle ilgilenmesi*” olduğunu belirtmiştir. Kol ve arkadaşları (87, s. 164) hemşirelik bakımını “*doğumdan ölüme kadar sağlıklı ya da hasta bireye yardım etme ve iyilik halinin devamını sağlamak*” şeklinde tanımlamıştır. Göçmen Baykara (97, s. 96-97) ise hemşirelik bakımını “*hemşirenin, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönde mevcut ya da olası sağlık problemine sahip bireyin bakım gereksinimlerini belirlemeye, karar vermeye, uygulamaya, değerlendirmeye ve bireyin kendi gereksinimlerini karşılayabilir düzeye getirmeye yönelik kurduğu yardım edici ve savunucu bir ilişki türü, etik ve yasal bir sorumluluğu*” olduğunu ifade etmiştir. DalPezzo (98, s. 261) ise hemşirelik bakımını “*mevcut en iyi kanıtlara dayanarak planlanan ve tasarlanan ve olumlu hasta sonuçları, sağlığın optimizasyonu, semptomların hafifletilmesi veya barışçıl bir ölümle sonuçlanan, yetenek gerektiren, güvenli, yüksek kaliteli, bütüncül, etik, işbirlikçi, hasta için bireyselleştirilmiş, kişilerarası bir bakım süreci*” olarak tanımlamaktadır. Bunlara ek olarak hemşirelik bakımı; fenomenolojik, ilişkisel, öznel ve etik tarafları olan çok boyutlu bir olgu olmakla birlikte mesleki, kurumsal, sosyal ve siyasal gibi birçok faktörden etkilenen ve bu bağlamda bakım alanlar ile bakım verenleri doğrudan etkileyen bir kavramdır (85).

Bakım, bilim ve sanat olarak kabul edilen hemşireliğin uygulama, bilgi ve becerisinin merkezinde yer alarak hemşireler için önemli bir odak noktasıdır ve

profesyonel hemşireliğin etik ve felsefi temelini oluşturmaktadır (91, 99). Bu temel; bilimi, sanatı, zihin-beden-ruh tıbbının yeni boyutlarını, maneviyatı ve beşerî bilimlerini ele alan bir çerçeve sunmaktadır (91).

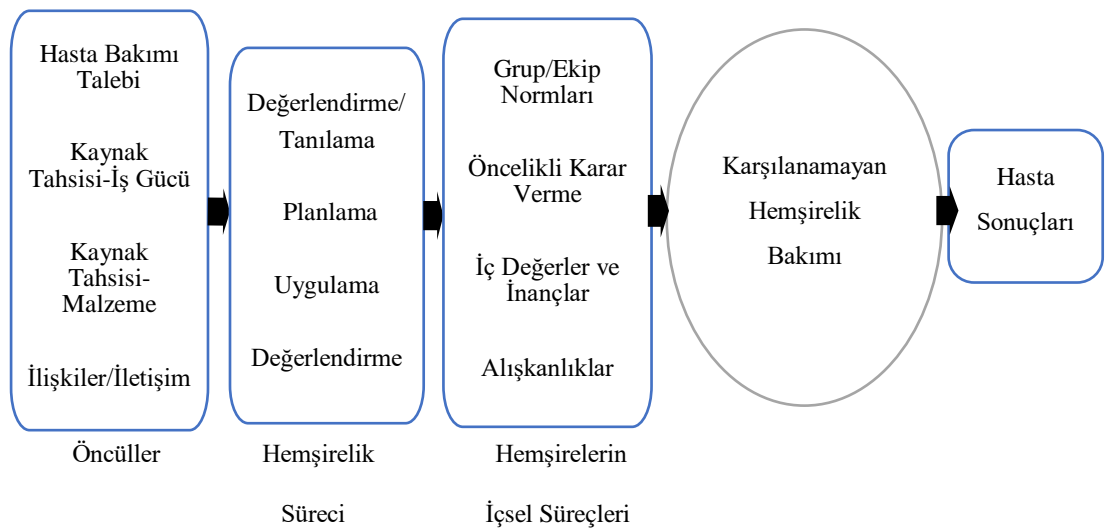
Bakım, formal ve informal olarak birçok kişi tarafından verilebildiği için hemşireliğe özgü olan bir faaliyet değildir (84, 100, 101). Fakat bakım, hemşirelik için özgün olan bir uğraştır ve dünyanın her tarafında hemşirelerin esas mesuliyetidir (84, 102). Göçmen Baykara (97) da bakımı bir mesleki yükümlülük olarak gören disiplinin hemşirelik olduğunu, bu yükümlülüğü üstlenmesi ile bakımın daha özel bir nitelik kazandığını ve özelleşmiş olan bu bakımın da hemşirelik bakımı olduğunu belirtmektedir. Bunun yanında insanların varlığını sürdürmek için bakıma gereksinim duyması, hemşireliğin vazgeçilmez olmasının ve var olmasının temel nedenini oluşturmaktadır (97). Hemşirelerin bakım vermesi için doğru bilgiye (episteme), pratik akla ve yargı yetisine (phronesis) ve özelleşmiş teknik beceri ve manevra yetisine (techne) (hemşirenin belirli prosedürleri ve teknikleri uygulayabilme yeteneği) sahip olması gerekmektedir (84). Hemşirelerin sahip olması gereken tüm bu özellikleri, mesleki değerler ve etik ilkeler doğrultusunda birleştirip bakımı saygılı ve özenli bir biçimde sunabilmesi ise hemşirelik bakımını olarak özgün kılan şeydir (84). Ayrıca bakım verirken; bireysel haklara saygılı olunması, bireylere duyarlı ve nazik bir şekilde bakım sunulması gerekmektedir (91).

### **2.1.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı**

İlk olarak 2006 yılında “missed nursing care” adıyla Kalisch (103) tarafından incelenen karşılanamayan hemşirelik bakımı (KHB), “*gerekli hasta bakımının (kısmen veya tamamen) ihmal edilen veya geciktirilen herhangi bir yönü*” olarak tanımlanmaktadır (104, s. 4). Bununla birlikte KHB bir ihmal hatası (errors of omission) olarak kabul edilmektedir (105). İhmal hataları ise “*yanlış bir şey yapmak*” (106, s. 306) anlamına gelen komisyon hatalarından farklı olarak “*doğru şeyi yapmamak*” (106, s. 306) şeklinde tanımlanmaktadır. Örneğin, hastalara yanlış ilaç vermek bir komisyon hatası iken; hastalara ilaçların eksik verilmesi, pozisyon verilmemesi, çağrı ışıklarına yanıt verilmemesi vb. durumlar ihmal hatalarına örnek olarak verilebilir (106).

Kalisch (103)'in 2006 yılındaki çalışmasında karşılanamayan hemşirelik bakımının dokuz unsuru tanımlanmıştır. Bunlar; ambulasyon, hasta eğitimi, gecikmiş veya karşılanamayan hasta beslemeleri, dönme, duygusal destek, gözlem, taburculuk planlaması, hijyen ve aldığı-çıkarıldığı kaydı şeklindedir (103). Jones ve arkadaşlarının (107) inceledikleri 54 çalışmadan ulaştıkları sonuca göre KHB, bir sorun (kaynak veya zaman yetersizliği), bir süreç (bakımın önceliklendirilmesi ve rasyonelize edilmesi için klinik karar verme) ve bir sonuçtan (karşılanamayan bakım) oluşan üç uçlu bir olgudur.

Kalisch ve arkadaşları (105), 2009 yılında yaptıkları çalışmalarında nitel görüşmelerden elde edilen temaları kullanarak “Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli”ni geliştirmişlerdir (Şekil 2.1). Hemşirelerin görüşlerine dayanılarak oluşturulan modelde, “bakım ortamında hemşirelik uygulamasını kolaylaştıran veya engelleyen öncüller (hasta bakımı talebi, işgücü kaynakları, maddi kaynaklar ve ilişkiler ve iletişim); hemşirelik sürecinin unsurları; içsel hemşire algıları ve karar süreçleri (değerler, inançlar, alışkanlıklar vb.); planlandığı gibi sağlanan bakım ve geciken veya ihmal edilen bakım (karşılanamayan hemşirelik bakımı); hasta sonuçları” şeklindeki unsurlar yer almaktadır (Şekil 2.1) (105). Her biri ölçülebilir kavramlardan oluşan modelin, karşılanamayan hemşirelik bakımını ve dolayısıyla da hasta sonuçlarını açıkladığı; karşılanamayan hemşirelik bakımının sonuçlarının ise hasta güvenliğini tehdit ettiği belirtilmektedir (105).



**Şekil 2.1.** Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli (105)

Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli, içerisinde dört öncül (hasta bakımı talebi, kaynak tahsisi-iş gücü, kaynak tahsisi-malzeme ve ilişkiler/iletişim) barındırmaktadır (105). Bu öncüller, hemşirelik sürecinin nasıl yürütüldüğünü belirlemekte, hemşirelerin içsel süreçlerini etkileyerek hangi hemşirelik bakımının karşılanamadığını, ertelendiğini ya da tam aksine hangisinin tamamlandığını yönlendirmekte ve böylece ortaya çıkacak olan hasta sonuçlarını etkilemektedir (105). Modelin karşılanamayan hemşirelik bakımının olumsuz sonuçlarına karşı koymada ve hemşirelik girişimlerini geliştirmede ya da test etmede kullanılabileceği belirtilmektedir (105).

Taşkıran Eskici ve Baykal (108), Kalisch ve arkadaşları (105)'nın Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli'ni Donabedian (2005)'in sağlık hizmetleri kalite modeline (yapı, süreç ve çıktı) uyarlayarak çalışmalarını için kavramsal bir çerçeve oluşturmuşlardır (108). Yazarların oluşturdukları modele göre; yapı değişkenleri (hastane özellikleri, birim özellikleri, hemşire özellikleri ve hemşire çalışma ekibi) hemşire ve hasta sonuçlarını etkileyen karşılanamayan hemşirelik bakımına (süreç değişkeni) yol açmaktadır (108).

### **2.1.3. Kanser Hastalarında Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı**

Kanser, vücudun herhangi bir organ ya da dokusundaki anormal hücrelerin kontrolsüz bir şekilde bölünmesi, çoğalması ve birikmesi; tek bir organı etkileyebildiği gibi normal sınırlarının ötesinde büyüyüp vücudun bitişik kısımlarını istila ederek diğer organlara da yayılabilen anormal hücrelerin hızla yayılımı ile karakterize olan bir hastalıklar grubudur (1, 2, 109, 110). Kanserın ciddiyeti türüne göre farklılık göstermekle beraber kanser riskiyle ilişkilendirilen birçok faktörün var olduğu belirtilmektedir (4). Bunlar arasında sağlıksız yaşam tarzı ve diyet, obezite, fiziksel hareketsizlik, alkol ve tütün tüketimi, ailede kanser öyküsünün olması, ileri yaş, enfeksiyonlar, spesifik kimyasallara ve radyasyona maruz kalma, su ve toprak kirliliği, üreme ve hormonal faktörler, tıbbi ilaçlar, mesleki maruziyet ve bunlarla birlikte bitkiler, mantarlar, likenler ve bazı bakteriler tarafından doğal olarak oluşan kimyasal kanserojenlere maruz kalma gibi değiştirilebilen ve değiştirilemeyen birçok faktör yer almaktadır (3, 111-114).

IARC'nin GLOBOCAN verilerine göre, 2022 yılında dünyada 19.976.499 yeni kanser vakası tespit edilmiş ve 9.743.832 insanın hayatını kaybettiği rapor edilmiştir (6). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 3 Şubat 2022 tarihli raporunda, 2020 yılında dünya çapında yaklaşık her altı ölümden birinin kanserden kaynaklandığı ve kanserin dünya genelinde en sık rastlanan ölüm nedenlerinden biri olduğu belirtilmiştir (109). Verilere bakıldığında ülkemizde de benzer sonuçların olduğu görülmektedir. Nitekim IARC'nin GLOBOCAN verilerine göre 2022 yılında Türkiye'deki tahmini yeni kanser vakasının 240.013 ve kanserden dolayı gerçekleşen tahmini ölüm sayısının 129.672 olduğu; Türkiye'deki kanser vakalarının Kuzey Afrika, Orta ve Batı Asya ülkelerindeki 2022 yılında meydana gelen tüm kanser vakalarının tek başına %26,9'unu, kanserden dolayı gerçekleşen ölümlerin ise tek başına %25,2'sini oluşturduğu ve Kuzey Afrika, Orta ve Batı Asya ülkeleri arasında Türkiye'nin kanser ile ilgili hem vaka sayısı hem de gerçekleşen ölüm oranı açısından ilk sırada yer aldığı belirlenmiştir (6). Bunun yanında Türkiye İstatistik Kurumu'nun 23 Şubat 2023'te yayınladığı istatistiklere göre ülkemizde 2021 yılında, dolaşım sistemi hastalıklarının ardından iyi ve kötü huylu tümörlerden kaynaklı ölümler %14'lük oranla ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (115). Bununla birlikte kanser için erken teşhis ve iyi bakımla birlikte beklenen hayat süresinin ve kalitesinin artırılabilirdiği; kanserin erken teşhisinde bilgisayarlı tomografi taramaları, röntgen, manyetik rezonans görüntüleme, genetik görüntüleme testleri, kan testleri ve endoskopi gibi araçların kullanıldığı ve özellikle virüslerin yol açtığı bazı kanser türlerinin engellenebilmesinde çeşitli aşuların geliştirildiği de ifade edilmektedir (1).

Kanser tedavisinde en sık kullanılan cerrahi, radyoterapi ve kemoterapi yöntemleriyle beraber tedavide, biyolojik ve hormon terapisi gibi farklı yöntemler de destek olacak şekilde bu yöntemlerle birlikte veya tek başlarına kullanılabilir (1). Ancak kanser türlerinin farklı olması, birçok kanser türünün en başta belirti vermemesi ve kanserin tipine bağlı olarak görülen genel belirtilerin değişiklik gösterebilmesi gibi nedenlerden dolayı farklı yaklaşım ve tedaviler uygulanabilmektedir (1).

Tanı ve tedavi boyunca, kanser tanısı alan hasta ve aileleri ciddi zorluklar yaşayabilmektedir (116, 117). Kanser hasta ve aileleri için fizyolojik, psikolojik,

ekonomik, ruhsal, duygusal, psikososyal vb. birçok alanda zorlukları da beraberinde getirebilmektedir. Kanser, bir yandan hastanın çalışıp bir gelir elde etmesini kısıtlarken diğer yandan tedavi maliyeti dolayısıyla kaynak ihtiyacını yükseltmekte, hasta ve ailelerinin mali açıdan büyük zorluklar yaşamasına sebep olabilmektedir (118). Kanser, özellikle psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma ihtimalinin yüksek olduğu bir hastalıktır ve bu tanıyı alan bireyler duygusal sıkıntıdan (belirsizlik, şok ve korku gibi duygularla ilişkili acı çekme) kaygı, keder, anksiyete, aşırı gerginlik, depresyon ve umutsuzluk duyguları gibi kendini gösterebilen birçok psikolojik sıkıntı yaşayabilmektedirler (7, 119, 120). Ayrıca hastalarda bu süreçte ağrı, kabızlık, ishal, bulantı ve kusma, yorgunluk, anoreksi ve kaşeksi gibi semptomlar da görülebilmektedir (120, 121). Günümüzde artık teknolojinin ilerlemesiyle beraber kanser, ölümlerle sonuçlanan akut bir hastalıktan ziyade uzun süreli tedavi gerektiren kronik bir hastalığa dönüşse de özellikle kanser tanısı alan bireyler, hastalığın özelliklerinin ölümlerle ilişkilendirilmesinden dolayı ölüm korkusu da yaşayabilmektedirler (7, 122). Dolayısıyla kanser, tüm fizyolojik sistemleri etkileyebilme potansiyeline sahip olduğundan dolayı kanserin tanı ve tedavi sürecinde bireyler, kişisel bakım, cinsellik, bilgi, psikolojik, finansal, psikososyal, fiziksel ve iletişim gibi birçok konuda destek alma ve çoğunlukla kendi bilgi ve becerilerinin ötesinde yeni bakım gereksinimlerine gerek duymaktadırlar (3, 7, 123). Bu nedenle hemşireler, sağlık hizmetlerinde tam zamanlı olarak çalıştıkları ve yatan hastalarla daha fazla zaman geçirdikleri için yaşamı tehdit eden ve ciddi hastalıkları olan kanser hastalarının fiziksel, ruhsal ve duygusal bakım gereksinimlerinin karşılanmasında kritik rol oynamaktadırlar (73, 92, 124, 125). Fakat hastaların bu bakım gereksinimlerinin hemşireler tarafından bir kısmının ya da tamamının ihmal edilmesi veya önemli ölçüde ertelenmesi, karşılanamayan hemşirelik bakımına yol açmaktadır (103, 105). Karşılanamayan hemşirelik bakımı, kemoterapi vb. tedaviler nedeniyle bağışıklık düzeyi düşük olan kanser hastalarının çoğunlukla onkoloji birimlerinde yatması ve bu birimlerde karşılanamayan hemşirelik bakımının yüksek ölüm oranlarına neden olabilmesi dolayısıyla onkoloji birimleri için özellikle önem arz eden ve dikkat edilip ele alınması gereken bir konudur (73). Bununla birlikte karşılanamayan hemşirelik bakımı, bakımın kalitesini etkileyen en önemli faktörlerden ve kalite iyileştirme çabalarının ana hedeflerinden bir tanesidir (73,

126). Dolayısıyla hasta merkeze alınarak, her bir kanser hastasının holistik bakış açısıyla karşılanamayan bakım gereksinimlerin belirlenmesi ve yönetilmesi gerekmektedir (118).

Onkoloji birimlerinde çalışan hemşirelerin, hasta ve ailesinin psikolojik ve fiziksel semptomlarını, kanserin manevi yönlerini, kansere verilen duygusal tepkileri ve kanserin psikososyal sonuçlarını ele alıp değerlendirmeleri; hasta ile iletişimi devam ettirmeleri, bakım planlaması yapmaları, kanser tedavisi boyunca görülen semptomları proaktif olarak değerlendirip yönetebilmeleri ve tanıdan ölüme kadar acı ve sıkıntıyı azaltmak için girişimler planlayıp uygulamaları gerekmektedir (120, 124). Ayrıca verilen hemşirelik bakımının, hastaların kendilerine değer verildiğini hissetmeleri için hemşirelerin daha fazla dikkat etmeleri lazımdır (117). Tüm bunlarla birlikte hemşireler, her hasta durumunun benzersizliğinin, hastanın varlığı, çevresi, değerleri, deneyimleri, amaçları, tercihleri ve inançları gibi birçok faktörden kaynaklandığının bilincinde olmalıdır (127).

Literatürde kanser hastalarında KHB ile ilgili hem hastalarla hem de hemşirelerle yapılan çalışmalar mevcuttur. Ayaktan ve yatarak tedavi gören 200 jinekolojik kanser hastasıyla yapılan bir çalışmada, yatarak tedavi gören hastalar ayaktan tedavi görenlere kıyasla 44 kat daha fazla karşılanamayan hemşirelik bakımı gereksinimi bildirmiştir (11). Bu çalışmada, yatan hastaların en belirgin karşılanamayan bakım gereksinimleri fiziksel (%80) ve psikolojik (%84) alanlarda olurken; ayaktan tedavi gören hastalar ise sağlık bilgisi (%78) hakkında daha fazla karşılanamayan bakım gereksinimi bildirmiştir (11). Ülkemizde, kanser tedavisi gören 289 kanser hastasıyla yapılan bir tez çalışmasında, hastaların karşılanamayan bakım gereksinimlerinin yüksek olduğu ve %53.5'inin "oldukça veya çok fazla" bakım gereksinimi bildirdiği, bu gereksinimlerin en fazla psikolojik boyutta olduğu ve ardından sağlık hizmetleri, bilgilendirme, günlük yaşam ve cinsellik alanlarında yoğunlaştığı tespit edilmiştir (14). Onkoloji servislerinde yatan 91 kanser hastasıyla yapılan bir çalışmada hastaların %97,8'i psikososyal bakım gereksinimlerinin hemşireler tarafından sadece kısmen karşılandığını belirtmiştir (43). Aynı orandaki hastalar, duygusal desteği en öncelikli psikososyal gereksinimi olarak tanımlarken, hastaların %82,4'ü bu alanın iyileştirilmesi gerektiğini belirtmiştir (43). Hematoloji servisinde ayaktan ve yatarak kemoterapi alan 184 hastayla yapılan bir çalışmada

hastaların ruhsal ve fiziksel karşılanamayan bakım gereksinimleri arttıkça hastalıklarının kabul etme düzeylerinin düştüğü saptanmıştır (12). Elektif ve acil kolorektal kanser cerrahisi planlanan 82 hasta (kontrol n=45; girişim n=37) ile yapılan bir çalışmada perioperatif hemşire danışmanlığı girişiminin hastaların karşılanamayan bakım gereksinimlerini azalttığı bulunmuştur (16).

Filistin'deki iki hastanenin beş onkoloji biriminde çalışan 52 hemşireyle yapılan bir çalışmada tamamen ve kısmen karşılanamayan hemşirelik bakımının toplam prevalansı %39 olarak bulunmuştur (128). En sık karşılanamayan iki bakım alanı, ihtiyacı olanlara ağız hijyeni sağlanması (n=39, %75) ve zaman yetersizliği nedeniyle yapılmayan tedaviler ve bazı hemşirelik prosedürleri (n=34, %65,3) olarak bildirilmiştir (128). Çalışmanın sonucuna göre karşılanamayan hemşirelik bakımına sebep olarak görülen başlıca faktörler; kliniklerde yeterli sayıda hemşirenin olmaması (%37,8), hemşirelere politika kararlarına katılma fırsatının verilmemesi (%37,4), aktif olarak çalışan bir kalite güvence programının olmaması (%36,8), yönetimin çalışanların endişelerini dinlememesi ve bu endişelere yanıt vermemesi (%36) ve yeni işe alınan hemşireler için bir rehber programının olmaması (%35) şeklindedir (128).

İran'daki sevk eğitim hastanelerinin onkoloji birimlerinde çalışan 20 yönetici hemşirenin katıldığı niteliksel bir çalışmada yönetici hemşirelere göre sistem yapısı, altta yatan faktörler ve karşılanamayan bakım raporlarının önündeki engeller, karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen faktörlerdir (73). Çalışmanın sonuçlarına göre, personel yetersizliği, zaman kısıtlılığı, tekrarlayan ve zaman alıcı işlerin yapılması ve ünitenin türüne göre gerekli olan malzeme ve ekipmanların eksikliği ve işlevsizliği, hastanede yatan kanserli hastaların hemşirelik bakımının karşılanamamasına neden olabileceği belirtilmektedir (73). Ayrıca çalışmada katılımcılar, karşılanamayan hemşirelik bakımında yönetici hemşirelerin rolünü vurgulayarak; hemşirelerin deneyimi, verimliliği, ilgileri, becerileri, izleme ve takip sistemlerinin etkisiz olması ve hastaların gereksinimleri gibi konuların göz ardı edildiği yönetimin verimsiz olduğunu ve verimsiz yöneticilerin, karşılanamayan bakımları raporlamak, çözmek ve önlemek için gerekli koşulları sağlayamadıkları belirtilmiştir (73).



Friese ve arkadaşları (126)'nın ikincil analiz çalışmasında 9 hastane ve 62 hemşirelik biriminden 12 onkoloji biriminde 352 katılımcı ve 50 onkoloji dışı tıbbi/cerrahi birimlerinde 1.966 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmada onkoloji birimlerindeki hemşireler, onkoloji dışı birimlerindeki hemşirelere göre daha az karşılanamayan bakım bildirmişlerdir ve her durumda, onkoloji hemşireleri tarafından bildirilen herhangi bir madde için KHB sıklığı, onkoloji dışı hemşireler tarafından bildirilen ortalama puanından daha düşük çıkmıştır (126). Hemşireler tarafından onkoloji hastalarının sık sık veya her zaman karşılanamayan toplam hemşirelik bakımı incelendiğinde günde üç kez veya istendiği şekilde ambulasyonun sağlanması en sık karşılanamadığı bildirilen madde olmuş (%39,1), bunu ikinci sırada disiplinler arası bakım konferanslarına katılım (%31,3) ve üçüncü sırada ağız bakımı izlemiştir (%23,9) (126). Son olarak çalışmada daha yüksek hasta iş yükleri ile KHB arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş ve bakım verilen bir hasta artışının, toplam KHB puanında yüzde 2,1'lik bir artışla ilişkilendirilmiştir ( $p < 0,05$ ) (126).

Kıbrıs'ta altı onkoloji ve hematoloji ünitesinde çalışan 157 hemşirenin katıldığı çalışmada karşılanamayan bakımın orta düzeyde olduğu (ortalama: 4 üzerinden 2,31) ve sık sık veya her zaman karşılamayan bakımların "hastaların 2 saatte bir döndürülmemesi (%66,9); günde üç kez ya da gereksinim duyulduğunda ambulasyonun sağlanmaması (%49,1); ağız bakımının verilmemesi (%61,1); hastaya eğitim verilmemesi (%37,6); hastaya duygusal destek sağlanmaması (%32,5)" şeklinde olduğu bildirilmektedir (25).

Onkoloji kliniklerinde çalışan 134 hemşire ile yapılan bir çalışmada manevi bakımın önemi üzerinde durulmuş ve manevi bakımın karşılanamamasının en önemli nedenleri olarak yeterli zaman yokluğu (%94,8), hasta ile manevi konuların konuşulup tartışılabileceği özel mekanların yokluğu (%89,5) ve manevi konularda eğitim eksikliği (%83,6) şeklinde belirtilmiştir (129). Onkoloji servisinde çalışan hemşirelerin onkoloji hastalarının psikolojik gereksinimlerini tanılama becerilerini değerlendirmek amacıyla yapılan bir çalışmada da %48,4'ünün hastayı psikolojik açıdan değerlendiremediği, yani psikolojik açıdan hastanın ihtiyacını karşılayamadığını; nedenlerinin ise hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle hastanın psikolojik ihtiyaçlarına vakit ayıramama ve psikolojik değerlendirme yapabilecek bilgiye sahip olmadığı bulunmuştur (130).

Bu sonuçlardan da görüldüğü üzere kanser hastalarında KHB önemli bir konu olup kanser hastalarının KHB gereksinimlerinin saptanıp karşılanması önem arz etmektedir.

#### **2.1.4. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Sebepleri ve Etkileyen Faktörler**

Özsaban ve Acaroğlu (131)'nin yaptığı ve literatürdeki çalışmalarla desteklenen; KHB için uygun Türkçe terimin kullanılması, neden ve sonuçlarının ulusal düzeyde tanımlanması amacı ile örneklem grubunu birinci turda 25, ikinci turda 24 panelistin oluşturduğu bir Delphi çalışmasında, KHB'ye zemin hazırlayan içsel ve dışsal sebeplerin olduğu belirtilmiş ve bu sebeplerin neler olduğu belirlenmiştir. Çalışmada içsel nedenler; hemşirelerin mesleğe yönelik olumsuz tutumları, hemşirelik bakım felsefesi ve değerlerinin özümsememesi, psiko-sosyal durum, uygun olmayan tutum ve inanışlar, meslektaş iş birliğinin yetersiz olması, mesleki yetkinlik ve nitelik sorunları, kişilik özellikleri ve eğitim sorunları olarak belirlenmiştir (131). Çalışmada dışsal nedenler ise çalışılan birimin özellikleri, bakımın yönetimindeki sorunlar, maddi olanakların sınırlılığı, hasta güvenliği kültürünün gelişmemesi, kurumda bireyselleştirilmiş ve bütüncül hemşirelik bakım sürecinin benimsenmemesi, kurumun iş gücü/insan kaynakları planlamasındaki sorunlar, nitelikli bakım için kurum politikalarının eksikliği/yetersizliği olarak belirlenmiştir (131).

Kalisch ve arkadaşları (105)'nin, hemşireler tarafından bildirilen çeşitli nitelik kategorilerini kullanarak yaptıkları Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Modeli'nde, öncüller (hasta bakımı talebi, işgücü kaynakları, maddi kaynaklar ve ilişkiler ve iletişim); hemşirelik sürecinin unsurları; hemşirelerin içsel süreçleri (değerler, inançlar, alışkanlıklar vb.) karşılanamayan hemşirelik bakımına zemin hazırlayan özellik ve durumlar olduğu belirtilmektedir (105). Özsaban ve Acaroğlu (131)'nin yaptığı çalışmada, Kalisch ve arkadaşları (105)'nin bu çalışmasındaki hemşirelerin içsel süreçleri içsel sebepler; öncüller ve hemşirelik süreci ise dışsal sebepler olarak alınmıştır.

Kalisch (103)'in 2006 yılındaki çalışmasında KHB'nin nedenleri; hemşire personel sayısının çok az olması, hemşirelik girişimleri için gereken sürenin çok

olması, mevcut personel kaynaklarının kötü kullanımı, "Bu benim işim değil" sendromu, etkisiz delegasyon, hemşirelerin bakımın belirli yönlerini tamamlamamayı alışkanlık haline getirmesi (örneğin ambulasyonun yetersiz zaman nedeniyle bir kez ihmal edildiğinde sonraki günlerde de ihmal edilmesi gibi) ve hemşirelerin karşılanamayan bakımı inkâr etmeleri olduğu belirtilmektedir.

Taşkıran Eskici ve Baykal (108)'ın çalışmasında, hastane, birim, hemşire özellikleri ve hemşirelik ekip çalışmasının KHB'ye yol açan nedenler olduğunu gösteren bir model sunulmuştur. Çalışmada hemşirelerin meslekteki görev süresinin, hasta-hemşire oranının, son 3 ayda devamsızlık yapılan gün sayısının ve hemşirelik ekip çalışmasının KHB'yi önemli ölçüde etkilediği ve hemşirelik ekip çalışması, KHB'deki varyansın %23,6'sını tek başına açıkladığı belirtilmektedir (108).

Papastavrou ve arkadaşları (25)'nin altı onkoloji ve hematoloji ünitesinde çalışan 157 hemşireyle yaptıkları çalışmada KHB'nin bildirilen nedenleri arasında yetersiz personel sayısı, hasta hacminde/ünite yoğunluğunda beklenmedik artış ve acil hasta durumları yer almaktadır. İran'da Covid-19 döneminde hemşirelerle yapılan bir çalışmada da aynı şekilde KHB'nin en yaygın nedenleri olarak yetersiz personel, hastaların acil durumda olmaları ve ünitedeki hasta hacminde ve/veya hasta keskinliğinde beklenmedik artış olduğu belirtilmektedir (132).

Bragadóttir ve arkadaşları (133)'nin yaptığı çalışmada KHB ile hastane, birim ve personel özellikleri değişkenlerinin birçoğuyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmada birim türü, rol, yaş ve personel yeterliliği KHB'deki varyansın %16'sını açıklarken; tek başına ekip çalışması, KHB'deki varyansın %14'ünü açıklamıştır.

Al-Faouri ve arkadaşları (134)'nin çalışmasında KHB'nin en yaygın nedeninin işgücü kaynakları olduğu ve vardiyadaki hemşire sayısının düşük olmasının yine yüksek düzeyde KHB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Cho ve arkadaşlarının (17) çalışmasında benzer şekilde çok sayıdaki personel sayısına sahip birimlerde çalışan hemşirelerin az sayıdaki personel sayısına sahip birimlerde çalışan hemşirelere kıyasla daha düşük karşılanamayan hemşirelik bakımı puan ortalamasına sahip olduğu bulunmuştur.

Ball ve arkadaşları (72)'nin çalışmasında hemşirelerin yüzde yetmiş beşi, son vardiyalarında zaman yetersizliği nedeniyle 13 hemşirelik bakım faaliyetinden en az

birini yapmadıkları ve tüm vardiyalarda yapılmayan bakım öğelerinin ortalama sayısının 2.9 olduğu bildirilmiştir. Çalışmada gündüz ve öğleden sonraki vardiyalarda gece vardiyalarına göre daha fazla KHB'nin olduğu belirlenmiştir (72). Benzer şekilde Jones ve arkadaşları (107) da hemşirelerin yetersiz zamana sahip olmasının hastalar, hemşireler ve kurumlar için birçok olumsuz sonuçla ilişkili olan karşılanamayan hemşirelik bakımının birincil itici gücü olduğunu belirtmektedir.

Warshawsky ve arkadaşları (135)'nin çalışmasında, yönetici hemşire yetkinliği ile uygulama ortamlarının, karşılanamayan hemşirelik bakımı ve hemşireler tarafından bildirilen bakım kalitesi üzerinde belirleyici olduğu belirtilmektedir.

Simonetti ve arkadaşları (136)'nin çalışmasında çalışma ortamı, personel oranları ve karşılanamayan bakım arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Çalışmaya göre çalışma ortamının kalitesinde bir standart sapma artış, bakımın karşılanamama ihtimalinde %20'lik bir azalmaya yol açarken; ortalama hasta-hemşire oranına göre bir hastanın artmasının, bakımın karşılanamama olasılığını %7 artırdığı belirtilmektedir (136).

Nantsupawat ve arkadaşları (137)'nin çalışmasında daha yüksek hasta-hemşire oranı, yetersiz personel ve kaynak yetersizliği ile karşılanamayan bakımın rapor edilme ihtimalinin daha yüksek olması arasında önemli ölçüde ilişki olduğu; KHB'nin daha yüksek olmasının ise istenmeyen olay yaşanma olasılığının daha yüksek olması ve bakım kalitesinin düşük olmasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Sönmez ve arkadaşları (23) ise çalışmalarında istenmeyen olay bildiren hastaların KHB puanlarının daha yüksek saptandığını bildirmektedir.

Kalisch ve Lee (138)'nin çalışmasında miknatis hastanelerdeki personellerin, miknatis olmayan hastanelerdeki personellere oranla önemli ölçüde daha az genel hemşirelik bakımının karşılanamadığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada deneyim arttıkça KHB'nin arttığı bulunmuştur (138).

Peterson ve arkadaşları (139)'nin çalışmasında, çalışma geçmişi kısa olan hemşirelerin bakımı daha sık ihmal ettiği, hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça karşılanamayan bakım miktarının da arttığı bildirilmiştir. Elmaoğlu ve Özdemir (140)'in pediatri hemşireleriyle yaptıkları çalışmada da pediatri alanında çalışmaktan kısmen memnun olan, bu alanda 1-5 yıl arasında çalışan ve hemşirelik mesleğini

isteyerek seçmeyen hemşirelerin; çalışan, materyal ve iletişim kaynaklı nedenler ile anlamlı düzeyde hemşirelik bakımını karşılayamadıkları saptanmıştır.

Eskin Bacaksız ve arkadaşları (141)'nin yaptıkları çalışmada hemşirelerin daha az karmaşık olan bakımları daha çok karşılayamadığı; erkek hemşirelerin, haftada 60 saatten fazla çalışanların, 9 saatten çok fazla mesai yapanların ve hemşire sayısını yetersiz algılayanların daha çok karşılanamayan bakım bildirdiği belirtilmektedir. Aynı çalışmada ilginç bir şekilde JCI ile akredite edilen hastanelerdeki KHB düzeyinin Sağlık Bakanlığı tarafından akredite edilen hastanelere göre daha yüksek bulunduğu belirtilmektedir (141).

Abdelhadi ve arkadaşları (142)'nin akut bakım hastanesi servislerinde 34 hemşireyle on bir küçük odak grup oluşturarak yaptıkları niteliksel bir çalışmada teknik iş kesintileri, insan ajanlarından kaynaklı kesintiler ve hasta ve yakınlarından kaynaklanan kesintiler olmak üzere üç temanın hemşirelerin işini kesintiye uğratarak KHB'yi etkilediği belirtilmektedir (142). Teknik kesintilerin; riskleri önlemek amacıyla işyerine yerleştirilen çeşitli alarm sistemlerinden, profesyoneller arası ekip uyumsuzluğundan, bilgisayar sistemi arızalarından ve eksik/bozuk/yetersiz malzeme ya da ekipmandan oluştuğu belirtilmektedir (142). Hemşireler, kendi servislerinde ya da diğer servislerde meslektaşları ve meslekler arası ekip üyeleri de dahil olmak üzere insan ajanları tarafından da kesintiye uğratıldıklarını belirtmişlerdir (142). Diğer bir kesintinin ise hasta ve yakınları tarafından olduğu; diğer hastalar veya hasta yakınlarının hemşirelere müdahalesinin de KHB'ye neden olduğu belirtilmektedir (142).

Sonuç itibariyle yapılan çalışmalara bakıldığında KHB'nin birçok faktörden etkilendiği görülmektedir. Bu faktörler arasında, uzun süren hemşirelik girişimleri (103) ile hemşirelerin yetersiz zamana sahip olması (72, 107); hemşirenin yapması gereken şeyleri işi olarak görmemesi, hemşirelerin bakımın belirli yönlerini tamamlamamayı alışkanlık haline getirmesi ve hemşirelerin karşılanamayan bakımı inkâr etmeleri (103), devamsızlık yapılan gün sayısı (108) ve çalışma deneyimi (108, 138-140) yer almaktadır. Öte yandan, kaynak yetersizliği (137), personel kaynaklarının etkisiz kullanımı ile etkisiz delegasyon (103) ve hemşire sayısının yetersiz olması (17, 25, 103, 108, 132, 134, 136, 141) gibi faktörlerin KHB'yi etkileyen diğer faktörler olduğu görülmektedir. Bu çalışmalardan görüldüğü üzere

özellikle hemşire sayısının yetersiz olmasının KHB'nin meydana gelmesinde önemli bir faktör olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, verilen bakımın karmaşıklığı (141), hasta hacminde/ünite yoğunluğunda beklenmedik artış (25, 132), acil hasta durumları (25, 132), vardiya türü (72), fazla mesai yapmak ve fazla çalışma süresi (141), hasta ve yakınlarından kaynaklanan kesintiler (142) gibi faktörler de KHB'yi etkileyebilmektedir. Son olarak, yönetici hemşire yetkinliği (135), uygulama ortamları (135, 136), istenmeyen olay yaşanması (23, 137), ekip çalışması (108, 133), hastanenin miktatıs hastane olup olmaması (138) ve hastanenin akredite edildiği kurumun farklı olması (141) gibi kurumsal özellikler ve teknik iş kesintileri (142) gibi faktörlerin de KHB'yi etkileyebildiği görülmektedir.

### **2.1.5. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Sonuçları**

Hemşirelik hizmetlerinin sunumunda hasta bakımının sıklıkla karşılanamadığı, bunun küresel bir sorun olduğu ve KHB'nin hasta, hemşire, hemşirelik mesleği ve kurum açısından olumsuz sonuçlara yol açtığı belirtilmektedir (131, 143).

Literatürde KHB'nin hasta için yol açtığı olumsuz sonuçlar; hastaların psikolojik, fiziksel ve sosyal yönlerden ihtiyacı olan bütüncül nitelikli bakımı alamaması, hastaların bakım ve tedavi sürecine uyumunun azalması, istenmeyen olayların yaşanması, hastaların hemşirelere, sağlık ekibine ve organizasyona olan güveninde azalma ve iletişimin kötü etkilenmesi, tekrarlı yatışların yaşanması, bakım/tedavi sürecinin ve hastanede kalış süresinin uzaması, hastaların değersizlik duygusu yaşaması, mortalite riskinin artması, memnuniyetin azalması ve hastaların acil müdahale ve yoğun bakıma olan gereksinimlerinin artması şeklinde olduğu ifade edilmektedir (131, 144-148).

KHB'nin kurum üzerinde; kurum imajının kötü etkilenmesi, kurumdaki sağlık hizmeti kalitesinin düşmesi, kurum ile hemşire arasında çatışma yaşanması, ekipteki diğer üyelerin iş yükünün artması, maliyetin yükselmesi, iş gücü kaybının yaşanması, kurumun misyonu için gereken şeyleri yapmasının zorlaşması, kurumun vizyonuna erişmesinin güçleşmesi, daha fazla kaynak tüketimine bağlı olarak çevre sağlığını olumsuz etkilemesi ve hukuki ve ceza sorumluluğu gibi olumsuz sonuçlara yol açtığı belirtilmiştir (131).

Literatürde KHB'nin hemşireler için yol açtığı olumsuz sonuçlar; hemşirelerin işten ayrılma niyetinde artma, işlerinden keyif almasında azalma, mevcut pozisyonlarından ve mesleklerinden daha az memnuniyet duyma, hemşire devir hızında artış, hemşirelerin yüksek düzeyde pişmanlık, suçluluk ve hayal kırıklığı yaşamaları ve hemşirelerin hastalara verdikleri bakımın kalitesini kötü olarak düşünmeleri şeklinde olduğu ifade edilmektedir (103, 137, 149-151). Bununla birlikte KHB'nin hemşirelik mesleği açısından mesleki profesyonelleşmeyi engellediği, mesleğin saygınlık ve imajını zedelediği, idari ve hukuki problemlerin yaşanmasına yol açtığı, meslekler arası iletişim ve iş birliğinin kötü etkilendiği ve mesleki özerkliğe zarar verdiği belirtilmektedir (131).

Yapılan bir çalışmada, 5.824 yenidoğan hemşiresinden elde edilen bulgular sonucunda KHB'deki her bir birimlik artışın, hemşirelik ve hastane özellikleri kontrol edildikten sonra hemşirelerin işlerinden keyif almada 0,26 oranında bir azalma ve işten ayrılma niyetinde %29 oranında bir artış ile ilişkilendirildiği belirtilmiştir (149). KHB'nin hemşirelerin iş memnuniyeti üzerindeki etkisini araştıran bir araştırmada da, çalıştıkları hasta bakım ünitesinde daha az KHB bildiren hemşirelerin mevcut pozisyonlarından ve mesleklerinden daha çok memnun olduklarını göstermiştir (150). Yapılan bir çalışmada ise KHB ile hemşire devir hızı arasında pozitif bir ilişki olduğu; aynı şekilde hemşire devir hızı ile hemşirelerin işten ayrılma niyeti arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur (151).

Kalisch (103)'in çalışmasında hemşirelerin, KHB nedeniyle yüksek düzeyde hayal kırıklığı, suçluluk ve pişmanlık yaşadıkları belirtilmiştir. Nantsupawat ve arkadaşları (137)'nin çalışmalarında ise daha çok KHB bildiren hemşirelerin bakım kalitesini kötü olarak bildirme olasılığının anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermiştir. Ayrıca çalışmada yüksek KHB bildiren hemşirelerde hasta şikâyeti, enfeksiyon, ilaç hatası, hemşirelere yönelik sözlü taciz ve genel istenmeyen olaylar dahil olmak üzere hemşirelerin bildirdiği istenmeyen olay oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir (137).

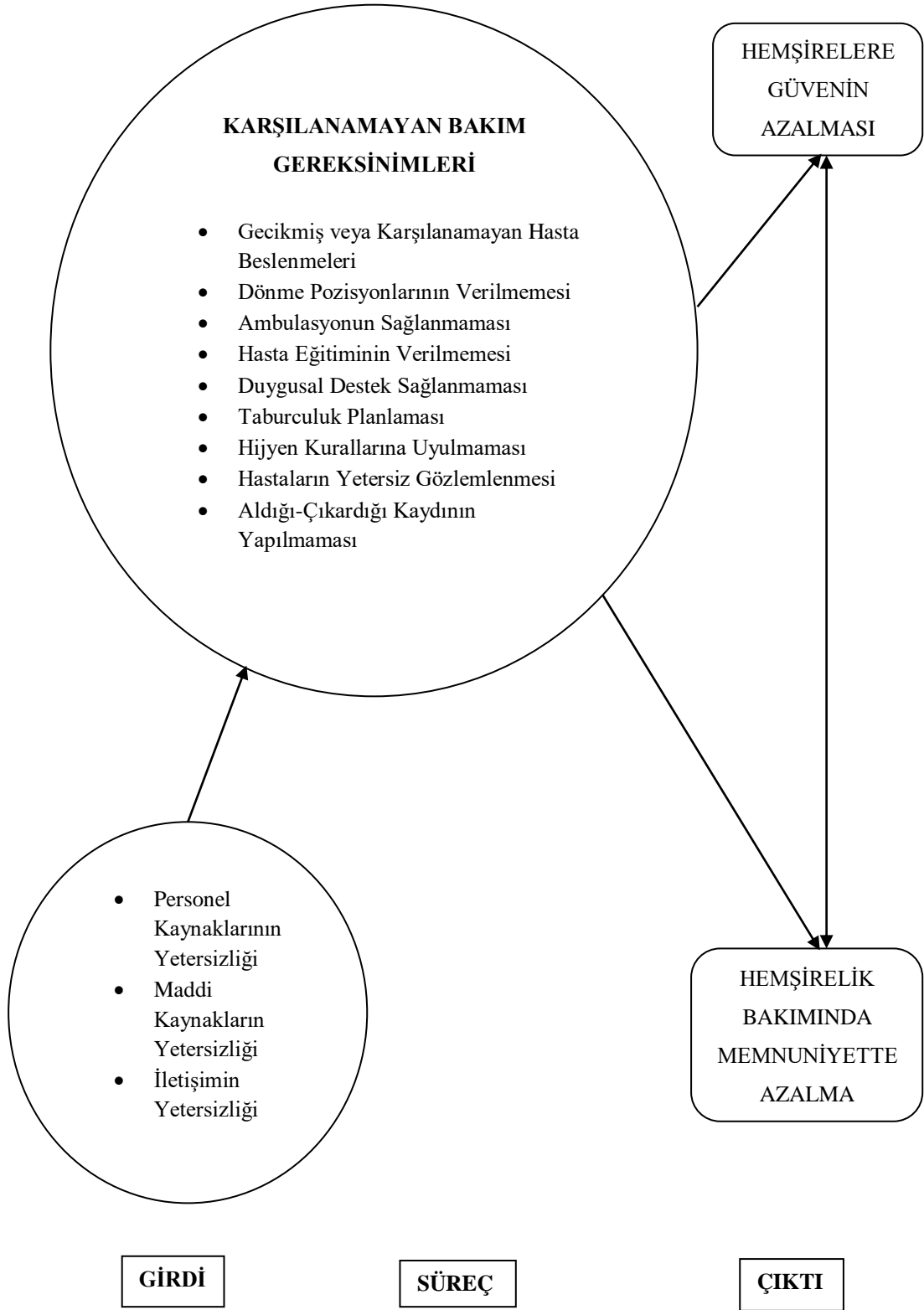
Literatürde KHB'nin hastalar için yol açtığı olumsuz sonuçlara bakıldığında; yapılan bir çalışmada KHB; hasta bakım kalitesinin azalması, istenmeyen olayların artması, hastaların hastanede yatış sürelerinin uzaması ve tekrarlı yatışların artması gibi sonuçlara neden olduğu belirtilmektedir (146). Kalisch ve arkadaşları (147)'nin

bir çalışmasında; hastanede yatış sırasında deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası, ilaç hataları, yeni enfeksiyonların (nozokomiyal enfeksiyonlar) gelişmesi, damar yolu tıkanması, damar yolundan cilt altına sızıntı olması ve diğer sorunları bildiren hastaların genel olarak KHB'yi önemli ölçüde daha fazla bildirdikleri görülmektedir. Lake ve arkadaşları (36)'nın çalışmasındaysa, hemşirelik bakımının daha az karşılandığı hastanelerden, hastaların daha az memnun oldukları belirtilmektedir.

Recio-Saucedo ve arkadaşları (148)'nin yaptıkları sistematik inceleme çalışmasında, yedi çalışmanın hasta düşmeleri, ilaç hataları, bakım kalitesi, idrar yolu enfeksiyonları, basınç ülserleri, hasta yeniden kabulleri ve kritik olaylar dahil olmak üzere bir veya daha fazla hasta sonucu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yapılan kapsamlı bir çalışmadaysa, KHB yüzdesindeki %10'luk artış ve hemşirenin baktığı hasta sayısındaki bir artışın, hastanın hastaneye kabul edildikten sonraki 30 gün içerisinde ölme olasılığını %7 artırdığı bulunmuştur (144). Başka bir çalışmada ABD'deki 419 akut bakım hastanesinde kalp yetmezliği olan 160.930 hastanın taburculuk sonrası 30 gün içinde yeniden yatış insidansı ile KHB arasındaki ilişki incelenmiş, çalışmada hemşirelik bakım faaliyetleri karşılayamadığını bildiren hemşirelerin sayısındaki her yüzde 10'luk artışın hastaların tekrarlı yatışlarını %2-8 oranında artırdığı bildirilmiştir (145).

Son olarak çalışmamızın amacı bakımından KHB'nin hasta memnuniyeti ve güveni üzerinde ne tür sonuçlara yol açtığı da önemlidir. Literatürdeki çalışmalarda KHB'nin; hasta memnuniyetinin düşmesine sebebiyet verdiği (36) ve nitel çalışmalarda da (30, 31) hemşireye olan güveni düşürdüğü belirtilmiştir. Öbür yandan yapılan çalışmalarda hasta memnuniyeti ile hasta güveni arasında pozitif ilişki bulunmuştur (41, 71). Bu bilgilerle birlikte, KHB'nin genel olarak personel kaynaklarının, maddi kaynakların ve iletişimin yetersizliğinden kaynaklandığı (24) ve Kalisch (103) tarafından tanımlanan KHB'nin dokuz unsuru (ambulasyon, hasta eğitimi, gecikmiş veya karşılanamayan hasta beslemeleri, dönme, duygusal destek, gözlem, taburculuk planlaması, hijyen ve aldığı-çıkarıldığı kaydı) da göz önünde bulundurularak aşağıda hastaların karşılanamayan bakım gereksinimlerinin memnuniyet ve güvene etkisinin kavramsal çerçevesi oluşturulmuştur (Şekil 2.2):





**Şekil 2.2.** Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Memnuniyet ve Güvене Etkisinin Kavramsal Çerçevesi

### **2.1.6. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımını Önlemeye Yönelik Müdahaleler**

KHB, hasta güvenliği açısından aşılması gereken önemli bir problemdir (152). Yapılan çalışmalar, KHB'nin meydana geliş nedenlerine yönelik çözümler geliştirilerek önlenmesi ve değerlendirmede objektifliği sağlama açısından KHB'nin hem hemşire hem de hasta bildirimleriyle ortaya konulmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır (23).

KHB'nin, öncüllerden/sebeplerden kaynaklı olarak bir süreçten geçtikten sonra meydana gelen ve beraberinde birçok olumsuz sonucu da meydana getiren, hoş olmayan bir durum olduğu söylenebilir (105, 107, 131, 143). Buna yönelik olarak ilk önce KHB'nin bir sorun olduğunun tam olarak farkına varılması ve açıkça bir sorun olduğunun kabul edilmesi, daha sonra KHB'ye ve KHB'nin olumsuz sonuçlarına yol açan öncüllerin/sebeplerin ve etkileyen faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi ve bunların ortadan kaldırılması için kök neden analizi ile gerekli diğer analizlerin yapılarak çözüm stratejilerinin geliştirilmesi gerekmektedir (103, 140, 152). Bu noktada hemşirelerin kendi birimlerinde yaşanan KHB'ye ilişkin verilerin toplanması ve analiz edilmesine katılım sağlamaları önem arz etmektedir (103). Ayrıca KHB'nin, kurumsal düzeyde var olan durumu tespit edilmeli ve hasta güvenliğinin değerlendirilmesinde rutin aralıklarla izlenmeli, olumsuz hasta sonuçları düzenli olarak kaydedilmeli, KHB konusunda kalite indikatörleri geliştirilmeli, hastane yönetimleri KHB'yi hemşirelik bakımı kalitesinin bir göstergesi olarak ele almalı, hemşireler düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimlerle desteklenmeli ve KHB'ye yönelik aylık toplantılar planlanmalıdır (140, 143, 153, 154). Bunun yanında KHB'nin önlenmesi için kurumlardaki bakım uygulamalarını güçlendiren politikaların kişilere benimsetilmesi gerekmektedir (140). Tüm bunlarla birlikte KHB'nin sebep olduğu olumsuz hasta sonuçları ve ülke ekonomisine getirdiği yükler nedeniyle ülkelerin sağlık politikalarında da yer alması gerekmektedir (153).

### **2.1.7. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Önlenmesinde Yönetici Hemşirelerin Roller**

KHB, inkâr edilemeyen ve inkâr edilmemesi gereken bir gerçekliktir fakat hemşirelerin çoğunlukla bu konuyu gizlemeleri ve açığa çıkarmamaları nedeniyle bu

sorun çözüme kavuşamayabilmekte ve olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (107, 152). Hemşirelerin, devir işlemleri sırasında karşılanamayan bakımı, cezalandırma veya suçlama korkusu olmadan kabul etmeleri ve sonraki vardiyada çalışacak olan hemşirelere iletmeleri önem arz etmektedir çünkü hemşirelerin, bir vardiyada karşılayamadıkları bakım konusunda sessiz kalmaları ve KHB'yi rapor etmemeleri, düzeltici eylem fırsatlarının sonraki vardiyalarda da karşılanamamasına yol açacak, bu da KHB'lerin tekrarlanma olasılığını ve olumsuz sonuç riskini yükseltecektir (107). KHB'nin dürüstçe rapor edildiği ve ayrıntılara dikkat edildiği bir kalite ve güvenlik kültürünün oluşturulması, KHB'nin rapor edilmesini özendirecektir (103). Bu noktada yönetici hemşirelerin, KHB düzeylerini etkilemek için ideal bir konumda oldukları; hemşirelerin ihtiyaçlarının karşılandığı, endişelerinin dinlendiği ve bakım sunumunda karar alma sürecinin bir parçası olduklarını hissettikleri, açık, ulaşılabilir, destekleyici ve cezalandırıcı olmayan bir uygulama ortamını oluşturmak için çaba sarf etmeleri ve bu sayede KHB'nin raporlandığı ve izlendiği hesap verilebilir bir çalışma ortamı oluşturarak KHB'nin düşmesine katkı sağlamaları gerektiği belirtilmektedir (73, 75).

Yeterli insan kaynakları ve daha iyi çalışma ortamları, yönetsel açıdan ele alınabilecek değiştirilebilir etmenlerdir (136). KHB ile olumsuz olayların azaltılması ve bakım kalitesinin artırılması için yeterli kaynakların tedarik edilmesi ve hemşire kadrosunun iyileştirilmesi ve hasta-hemşire oranlarının dengelenmesi gerektiği belirtilmektedir (108, 137). Konuyla ilgili hemşire personeli çok olan (hemşire başına 7 hasta) birimler ile az olan (hemşire başına 17 hasta) birimlerin KHB açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada hemşire personeli çok olan birimlerde, KHB'nin daha az olduğu bulunmuş; çalışmada birimlerdeki hemşire sayısının arttırılmasının KHB'yi azaltabileceği ve hemşirelik bakım kalitesini artırabileceği belirtilmiştir (17). Bununla birlikte bir çalışmada nitelikli hemşirelik personelinin çalıştırılmasının ve kurumlarda yeterli beceriye sahip personel karışımının sağlanmasının KHB'yi azalttığı belirtilmektedir (155). Başka bir çalışmada da yapıcı bir ekip çalışmasının KHB'yi azalttığı bildirilmektedir (156). Yapılan tüm bu çalışmalar (17, 136, 137, 155, 156), yapıcı bir ekip çalışmasının ve hemşirelerin hem yeterli sayıda hem de yeterli nitelikte servislere dağıtılmasının KHB düzeyinin düşürülmesinde gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Buna yönelik olarak yönetici ve

profesyonel hemşirelerin, KHB sıklığını ve hemşirelik iş yükünü azaltmak için hasta-hemşire oranı ve hemşirelik ekip çalışması gibi hemşirelerin çalışma ortamı faktörlerini iyileştirmeye yönelik eylemler planlamaları ve planladıkları girişimleri uygulamaları gerektiği belirtilmektedir (108, 141). Yapılan bir çalışmada yönetici hemşirelerin, tecrübeli personelleri hastaların gereksinimlerine veya servis tipine göre dağıtmaları, hemşirelerle açık bir ilişki kurarak cezalandırıcı olmayan ve ilgili bir yönetim yaklaşımıyla KHB'nin raporlanması için uygun bir ortam oluşturmaları gerektiği ifade edilmektedir (73). Bu noktada KHB'nin önlenmesi için hemşire personelin planlanmasına yönelik kullanılacak olan iş yükü yöntemleri ve araçlarının, hemşire personelinin gecenin ya da günün her saatinde hasta gereksinimlerini karşılamada yeterli olmasını ve KHB'nin meydana gelmemesini sağlamak için birçok farklı faktörün (personelin rolü, hastaların bağımlılığı, izleme sıklığı, günün/gecenin saati vb.) göz önünde bulundurulması gerektiği de belirtilmektedir (72). Karşılanamayan hemşirelik bakımının önlenmesinde yönetici hemşirelerin rolleri aşağıdaki gibi özetlenebilir (17, 72, 73, 75, 108, 136, 137, 141, 155, 156) (Bkz. Tablo 2.1):

**Tablo 2.1.** Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Önlenmesinde Yönetici Hemşirelerin Rollerini

Yönetici Hemşirelerin Rollerini	Açıklama
1. Uygun Çalışma Ortamını Oluşturma ve Çalışma Ortamlarını İyileştirme Rolü	Yönetici hemşireler, hemşireler için, gereksinimlerinin karşılandığı, endişelerinin dinlendiği ve bakım sunumunda karar alma sürecinin bir parçası olduklarını hissettikleri bir uygulama ortamı oluşturmalıdır. Bu ortam, açık, ulaşılabilir, destekleyici ve cezalandırıcı olmayan bir yapıda olmalıdır. Bunun yanında, yönetici hemşireler, hemşirelerin çalışma ortamı faktörlerini iyileştirmeye yönelik eylemler planlamalı ve uygulamalıdır.
2. Kaynak Tedariği Rolü	Yönetici hemşireler, yeterli kaynakların sağlanması, hemşire kadrosunun iyileştirilmesi ve hasta-hemşire oranlarının dengelenmesi konusunda aktif rol almalıdır.
3. Personel Dağılımını Gerçekleştirme Rolü	Yönetici hemşireler tarafından servislere hem yeterli sayıda hem de yeterli nitelikte hemşire dağıtılmalıdır. Bunun yanında tecrübeli personeller, hastaların gereksinimlerine veya servis tipine göre dağıtılmalıdır.
4. İş Yükü Yöntemlerini Kullanma ve Yapıcı Bir Ekibin Çalışmasını Oluşturma Rolü	Yönetici hemşireler, hemşire personelinin planlanmasına yönelik kullanılacak olan iş yükü yöntemleri ve araçları seçmelidir. Bu yöntemler ve araçlar, hemşire personelinin gecenin ya da günün her saatinde hasta gereksinimlerini karşılamada yeterli olmasını ve KHB'nin meydana gelmemesini sağlamak için birçok farklı faktörü (personelin rolü, hastaların bağımlılığı, izleme sıklığı, günün/gecenin saati vb.) göz önünde bulundurmalıdır. Bu, yapıcı bir ekip çalışmasını oluşturmayı da içermektedir.

## 2.2. Hasta Memnuniyeti Kavramı

TDK (157)'ya göre “*memnun olma, sevinç duyma, sevinme*” şeklinde tanımlanan “memnuniyet” kavramının, sözlük tanımları tarafından “yeterli” anlamına gelen “*latis*” köküne dayandırıldığı belirtilmektedir (158). Merriam-Webster (159) sözlüğünde memnuniyet, “*bir ihtiyacın veya isteğin karşılanması; memnun olmanın kalitesi veya durumu*” şeklinde ifade edilmektedir. Al-Neyadi ve arkadaşları (160, s. 97) da bu tanıma benzer şekilde memnuniyeti “*hizmet görenlerin ihtiyaç ve isteklerinin karşılanması*” olarak tanımlamıştır. Hasta memnuniyeti ise “*hastaların tıp merkezlerinde veya hastanelerde sunulan tıbbi hizmetlerin niteliği ve niceliği hakkındaki zihinsel algısı*” şeklinde tanımlanmıştır (161, s. 2). Başka bir tanımda hasta memnuniyeti, “*bir sağlık hizmeti sunulurken meydana gelen bir dizi etkileşimden duyulan memnuniyet*” olarak ifade edilmektedir (162, s. 1355). Bunun yanında hasta memnuniyeti; hastaya verilen hizmetin varlığı, sürekliliği ve sunumu ile hizmeti verenlerin varlığını, iletişim özelliklerini, yeterliliğini ve hasta ile bakım veren arasındaki etkileşimi içerisinde barındıran çok boyutlu bir kavramdır (34, 163). Hasta memnuniyetinin, şirketlerin pazar payını etkilemesi ve müşterilerin elde tutulmasını sağladığının düşünülmesi dolayısıyla bu konunun uzun yıllardan beri sağlık sektöründe çalışan kuruluşlar için mühim bir hedef olduğu belirtilmektedir (160).

Kaliteli hizmetin en önemli göstergelerinden bir tanesi müşteri memnuniyetidir ve kaliteyi artırma çabaları, müşterilerin kaliteli ürünleri satın almak istemelerinden dolayı ilk önce endüstri alanında başlamış; daha sonra tüm hizmet sektörlerinde yoğun bir rekabete yol açan müşteri merkezli hizmet anlayışı sağlık hizmetinde de benimsenmiş, sağlık hizmeti alan bireylerin istekleri önem kazanmaya başlamış ve bu bireyler sağlık hizmetlerinde kaliteyi aramaya başlamışlardır (34). 1960'lı yılların sonlarından beri, hasta/sağlıklı bireyin sağlık hizmeti sürecindeki rolü pasif bir kullanıcıdan aktif katılımcıya doğru değişim göstermektedir (34, 164). Bu yıllarda meydana gelen teknolojik ilerlemeler, sağlık sisteminde önemli değişikliklere sebep olmuştur ve toplumlarda eğitim düzeyinin yükselmesi ile birlikte daha bilinçli ve sunulan hizmeti eleştiren tüketiciler meydana gelmeye başlamıştır (34). Günümüzdeki sağlık sistemlerinde, hastaların istek ve gereksinimlerine saygı gösterilmesi esas olmakla birlikte son yıllarda, hastaneler ile sağlık kurumlarında

birçok değişikenden etkilenen bir değerlendirme türü olan hasta memnuniyeti, önem arz eden bir konu olmuştur (161). Bu noktada, son zamanlarda daha dikkat çeken şekilde hasta memnuniyeti konusu ile ilgili hem ülkemizde hem de dünyada birçok çalışma yapıldığı görülmektedir (161, 165-171).

Sağlık sisteminde küreselleşme ve teknolojinin ilerlemesiyle beraber artık hasta odaklı ve kaliteli bir hizmet sunumu benimsenmiştir (172). Son zamanlarda artık hastalar da sağlık durumları hakkında bilgi sahibi olmak, bakımları ve tıbbi tedavi seçenekleri ile ilgili planlama, yönetim ve karar alma süreçlerine aktif bir şekilde katılmak istemektedirler (164). Bireylerin sağlıklarını korumak ve iyileşmek istemeleri, sağlık kurumları tarafından kendilerine sunulan sağlık hizmetlerinde, memnuniyet ve kaliteyi istemelerine yol açmıştır (161). Kalite, sağlık hizmetleri açısından bakıldığında, en iyi hizmetin hastalara saygı duyularak, güvenilir bir şekilde sunulması ve hasta isteklerinin yerine getirilmiş olmasıdır (173). Sağlık hizmeti kalitesi ile hasta memnuniyeti arasında da pozitif bir ilişki olduğu ve hizmet kalitesinin iyileştirilmesinin daha yüksek hasta memnuniyetiyle sonuçlanacağı belirtilmektedir (162, 174). Bu da bize hasta memnuniyetinin, daha iyi hizmet kalitesinin bir göstergesi olduğunu göstermektedir (174). Bu noktada, hasta memnuniyetinin korunması ve yükseltilmesi için verilen sağlık hizmeti kalitesinin tanımlanabilmesi, ölçülebilmesi ve değerlendirilebilmesi çok önem arz etmektedir (175). Dolayısıyla hasta memnuniyeti, hasta odaklı ve kaliteli hizmet sunumunun birincil belirleyici etkeni haline gelmiştir (160, 162).

Hastaların sürekli değişen sağlık hizmetleri gereksinimleri ve taleplerinden dolayı hasta memnuniyetinin karşılanması, karmaşık hale gelmektedir fakat hasta memnuniyetindeki hasta geri bildirimleri genel olarak hastane başarısı olarak kabul görmektedir (160). Nitekim, hastaların bakım hizmetlerinden memnun olmamaları, hastaneden memnun olmamalarına sebep olmaktadır (161). Bu yüzden hastaların sağlık hizmetlerinden duydukları memnuniyet, sağlık hizmeti sunucuları ve sağlık kurumları için çok önemli bir performans ölçütüdür ve bu ölçüt gün geçtikçe sağlık hizmetlerinin doğal ve temel bir faktörü haline gelmektedir (160, 176). Sağlık kuruluşları, hastalardan aldıkları geri bildirimlerle, hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesine yönelik planlar geliştirebilmekte ve pazarda rekabetçi bir seviyeyi sürdürebilmek konusunda doğru yolda ilerleyebilmektedirler (160).

Hasta memnuniyeti, hastaların hastanedeki deneyimlerini değerlendirmeleriyle birlikte, hizmet aldıkları hastaneye tekrardan gelip gelmeyeceklerine karar vermelerinde önemli bir etkidir (162, 174). Fatima ve arkadaşları (174)'nın yaptıkları çalışmaya göre daha kaliteli sağlık hizmetlerinin “*hastanın hizmete veya hizmeti sağlayan hastaneye karşı olumlu bir tutuma sahip olduğu durumlarda hizmetten sıkça yararlanma*”yı ifade eden “hasta sadakati”ni (174, s. 1200) geliştirdiği bulunmuştur. Aynı çalışmada, hasta memnuniyeti ile hasta sadakati birbiriyle doğrudan ilişkili olduğu belirtilerek hasta memnuniyetinin, hastalar arasında sadakat oluşturmaya yardımcı olduğu ifade edilmiştir (174). Aynı şekilde hizmetten memnun olan hastalar, aldıkları hizmetin kalitesi hakkında kendilerini daha iyi hissetmeleri ve hizmet sağlayan kurumu başka kişilere tavsiye etme olasılığı olması dolayısıyla hasta memnuniyeti ve sağlık kurumunun ünü de birbiriyle yakından ilişkilidir (162).

Hasta memnuniyeti; hizmetin maliyetini, faydasını, performansını ve sunumunu içerisinde barındırmaktadır ve hastaların hizmetten beklediği performans ve fayda, dayanmaktan kurtulduğu sıkıntı ve zorluk ile hizmet sunumun sosyokültürel değerlere uygunluğunu içermektedir (173, 177). Sağlık hizmeti veren kurumların evrensel hedeflerinden biri olan hasta memnuniyeti, herhangi bir sağlık kuruluşunun performansını ve durumunu doğrudan yansıttığı için başlı başına bakımın bir sonucu olarak kabul edilmektedir (160, 162). Ayrıca hasta memnuniyeti, daha iyi klinik sonuçlara ve hasta uyumuna katkıda bulunan birincil faktör olarak kabul edilmektedir (162). Dolayısıyla hasta memnuniyetinin sürdürülmesi, bakımda istenen sonuçlardan biridir ve hastaların, hastaneden aldıkları hizmetten doğrudan etkilenmektedir (160, 162).

Onkolojide ancak son zamanlarda ele alınmaya başlanan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi; destekleyici bakım, tedavi yaklaşımları, tanı teknikleri ve rehabilitasyon alanlarındaki gelişmeler, sunulan sağlık hizmetlerinin giderek daha karmaşık ve multidisipliner hale gelmesi dolayısıyla onkoloji hastalarının bakım kalitesine ilişkin algılarının sürekli olarak izlenmesi ve iyileştirmeden fayda sağlayacak alanların belirlenmesi önem arz etmektedir (178, 179).



### 2.2.1. Hemşirelik Bakımı ve Hasta Memnuniyeti

Kaliteli ve güvenli hemşirelik bakımına erişim temel bir insan hakkıdır ve hastaların refahı için önem arz etmektedir (180). Hemşirelik bakımı, hastanın günlük yaşamla ilgili hastalık nedeniyle bozulan evrensel ve kişisel gereksinimlerinin karşılanması amacıyla hasta-hemşire etkileşimine ve katılımına dayanmaktadır (175). Bu bakım; hemşirelik hizmetleri bakımı ile ilgili olan, insan ilişkilerini kapsayan, hizmet kalitesi, hasta memnuniyeti ile hastaların iyilik hallerini etkileyen ve dolayısıyla sağlık kuruluşlarının performansına katkı sağlayan bir faaliyettir (92, 96).

Sağlık sektöründe hasta memnuniyetinin belirlenmesi, kurumsal verimlilik ve kalitenin artırılmasında stratejik olarak büyük öneme sahiptir (166). Hasta memnuniyetinin desteklenmesine, hastanede en çok katkı sağlayan kaynaklardan bir tanesi de hemşirelerdir (96). Nitekim, Amerikan Hemşirelik Okulları Birliği (American Association of Colleges of Nursing) (181), hemşirelerin sağlık hizmetleri işgücünün en büyük bileşenini oluşturduğunu ve hastanelerde hasta bakımının birincil sağlayıcıları olarak uzun vadeli bakımın çoğunluğunu sağladıklarını belirtmektedir. Bu sayede diğer sağlık hizmeti sunan gruplara göre hastanede yatan hastalarla daha fazla zaman harcıyıp temasta bulunan hemşireler, hastaların hastane deneyimlerine ilişkin algıları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedirler (92). Ayrıca hemşirelik bakımından hasta memnuniyeti söz konusu olduğu zaman, hastaların sağlık bakımına ilişkin beklentileri de kilit bir faktör olmaktadır (175).

Hemşirelik bakımı hakkındaki hasta memnuniyeti, ilk defa 1975 yılında Risser (182, s. 46) tarafından *“hastanın ideal hemşirelik bakımı beklentileri ile aldığı gerçek hemşirelik bakımına ilişkin algısı arasındaki uyum derecesi”* şeklinde tanımlandığı görülmektedir. Başka bir tanımdaysa *“hemşirelik bakımının bakım sanatı, teknik kalite, fiziksel ortam, bakımın mevcudiyeti ve sürekliliği ve bakımın etkinliği/sonuçları açısından hastaların beklentilerini karşılama derecesi”* olarak tanımlanmaktadır (183, s. 226). Hemşirelik bakımı, genel itibarıyla hastaların hastane deneyimlerini belirlemesinden dolayı hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti, memnuniyetin diğer tüm boyutları üzerinde ilk ve en önemli etkiye sahip olduğu ifade edilmektedir (184). Hastaların durumlarının iyi olması ile sağlık hizmeti sunumunun kalitesi, hasta memnuniyetinden önemli ölçüde etkilenmektedir (169).

Hasta memnuniyeti ile hemşirelik bakım kalitesi arasında pozitif bir ilişkinin olduğu belirtilmektedir (183). Hemşirelik bakımının kalitesi, hastalara kaliteli bakım sunmak, hastaların iyileşme süreçlerini olumlu yönde etkilemek ve hasta memnuniyeti sağlamak noktasında, genel olarak sağlık hizmeti kalitesinin kritik bir bileşeni olarak rol oynamaktadır (99, 169). Dolayısıyla hastaların hastanede kaldıkları süre zarfında yaşadıkları deneyimin iyileştirilmesi isteniyorsa hemşirelik bakım hizmetleri kalitesinin düzenli olarak incelenmesi gerekmektedir (185). Öte yandan hasta memnuniyeti, hemşirelik hizmetleri kalitesinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi ile hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde geri bildirim sağlayan oldukça önemli bir faktör olduğu için hasta memnuniyetinin ölçülmesi faydalı ve gereklidir (34, 96). Son olarak hastanın aldığı hemşirelik bakımından memnun olması, bir yandan hastayı olumlu etkilerken hemşire ve kurumu da olumlu etkilemektedir (175).

### **2.2.2. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Hasta Memnuniyeti**

Sağlık hizmetleri, diğer hizmet gruplarına kıyasla hata kabul etmez bir yapıya sahiptir ve buna ek olarak artan rekabet koşullarıyla birlikte, hizmet kalitesi vazgeçilmez bir unsur haline gelmiştir (166). Hemşireler ise sağlık hizmetlerinde, yüksek kaliteli hasta bakımı sunmak ve hasta memnuniyetini sağlamak için hayati bir rol taşımaktadırlar (96, 169). Hemşirelik bakımında, gerekli olan hemşirelik bakımının kısmen veya tamamen ihmal edilmesi ya da ertelenmesi, KHB'nin meydana gelmesine yol açmaktadır (105). Hizmette meydana gelen bir aksaklık ya da eksiklik ise, memnuniyeti kayda değer bir biçimde etkileyebilmektedir (166). Nitekim literatürde, artan KHB'nin hasta memnuniyetinde azalma ile sonuçlandığı bildirilmektedir (36, 82, 148, 186). Schubert ve arkadaşları (82)'nin çalışmasında ayarlanmış model kullanıldığında, karşılanamayan bakım puanındaki 0,5 birimlik artış, hastaların aldıkları bakımdan memnun olduklarını bildirme olasılıklarında %37'lik bir düşüşle ilişkilendirilmiştir ( $p = .08$ ). Recio-Saucedo ve arkadaşları (148)'nin yaptıkları sistematik inceleme çalışmasında, dört çalışmanın, KHB ile ilişkili olarak hasta memnuniyetinde önemli ölçüde azalmaya neden olduğu bildirilmiştir. Ausserhofer ve arkadaşları (186)'nin çalışmasında da benzer şekilde daha yüksek düzeyde KHB, daha düşük hasta memnuniyeti ile ilişkilendirilmiştir

(OR = 0,276; %95 CI = 0,113-0,675). Bu sonuçlar, hastaların hemşirelerden sağlık hizmeti alırken KHB'nin hasta memnuniyeti üzerindeki önemini göstermektedir. Dolayısıyla KHB konusu, hasta memnuniyeti açısından göz önünde bulundurulması gereken kritik bir faktördür ve dikkatle ele alınması gerekmektedir.

### **2.2.3. Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler**

Hasta memnuniyeti birçok faktörden etkilenen göreceli ve karmaşık yapıya sahip olan bir kavramdır (187, 188). Memnuniyet, kişiden kişiye değişir; ve hatta aynı kişiler farklı zamanlarda farklı memnuniyet seviyeleri belirtebilir (189, 190). Bununla birlikte hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti için önemi inkâr edilemez bir gerçektir ve sağlık bakım maliyetlerinin kontrol altında tutulması ile maliyet artışlarının önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır (175, 185). Hemşirelerin hasta memnuniyetini sağlayabilmesi ve hemşirelik bakımının kalitesini artırabilmesi için ise hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri bilmeleri gerekmektedir (175).

Yılmaz (34), hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri; hastaya ilişkin faktörler, hizmet verenlere ilişkin faktörler ve çevresel ya da kurumsal faktörler olmak üzere üç grupta ele almıştır. Bu kısımda da bu başlıklar bu şekilde ele alınacaktır:

#### **a. Hastaya İlişkin Faktörler**

Hastanın sosyo-demografik özellikleri (hastanın yaşı, medeni durumu, cinsiyeti, geliri, eğitimi, etnik yapısı, mesleği), ait olduğu sosyal çevre ve sosyal ilişkileri, değerleri, sağlık durumu, tanısı, geçmiş hastane deneyimleri, sosyo-kültürel ve ruhsal durumu, algısı, tutumu, gelecek beklentisi, kişiliği, yaşam tarzı gibi birçok faktör hasta memnuniyetini etkileyebilmektedir (188, 189, 191). Özellikle onkoloji hastalarında uzun süren tedaviler, yoğun geçen tedavi süreçleri ve hastalık ile tedavinin beraberinde getirdiği yan etkiler hasta memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir (187). Hemşirelerin, hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyi düşük olan hastaların özelliklerini belirlemesi ve bu özellikleri göz önünde bulundurması gerekmektedir (192). Literatürde hastaya ilişkin faktörlerle ilgili yapılan çalışmaların sonuçları karışıktır:

İzmir'deki bir üniversite hastanesinde en az üç gün hastanede yatıp taburcu olmasına karar verilen, sözel iletişim kurulabilen, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve okuryazar olan 835 hastayla yapılan bir çalışmada, hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu ve hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet puan ortalamalarının yaş, cinsiyet, sosyal güvence, hastaneye yatış şekli, ameliyat olma durumu ve hastanede kalma süresinden etkilendiği belirlenmiştir (193). Kuzeydoğu Etiyopya'daki Dessie Sevk Hastanesi'nde yetişkin hastalarla yapılan kesitsel bir çalışmada hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet oranı düşük olduğu (genel hasta memnuniyeti %52,5'tur); yaş, cinsiyet, kişinin bildirdiği mevcut sağlık durumu, hastanın kabul edildiği servis ve kabul edildiği bölümün hastanın hemşirelik bakımından memnuniyeti ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki bulunduğu saptanmıştır (194). Ülkemizde üçüncü basamak bir eğitim hastanesinde yürütülen kesitsel bir çalışmada hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu; servis tipi, yaş, cinsiyet, eğitim, gelir ve hastanede yatış durumunun hemşirelik bakımından hasta memnuniyetini etkilediği belirlenmiştir (192). Yapılan başka bir çalışmada cinsiyet değişkeninin hastaların memnuniyet düzeyiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu belirlenmiştir (195). Ancak Çin'in Wuhan kentinde 2.626 hastanın analizine dahil edildiği bir çalışmada hastaların demografik özelliklerinin memnuniyet üzerinde önemli bir etkisi bulunmamıştır (196). Buna ek olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada da hastaların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, gelir düzeyi, eğitim durumu, hastanede yatış süresi, ikamet ettiği bölge, refakatçisinin olup olmaması, sosyal güvence durumu, gibi faktörlerin hemşirelik bakımı açısından memnuniyetlerini etkilemediği tespit edilmiştir (78).

Yapılan çalışmalarda hastaya ilişkin faktörler incelendiğinde birbirine zıt sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Yapılan bir çalışmada; kadın hastaların erkek hastalara kıyasla yaklaşık 2 kat, 18-30 yaş grubundaki hastaların 61 yaş üstü hastalarla karşılaştırıldığında neredeyse 5 kat ve mevcut sağlık durumlarının iyi olduğunu bildiren hastaların kötü olduğunu bildirenlere kıyasla hemşirelik bakımından memnun olma olasılıklarının yaklaşık 2 kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (194). Ürdün'de yapılan bir çalışmada da hemşirelik bakımından kadın hastaların erkek hastalara göre daha memnun oldukları belirtilmiştir (197). Başka bir

çalışmaya bakıldığında, en çok memnuniyet belirtenler; erkekler, cerrahi hastaları, uzun süre hastanede yatan hastalar, 40-59 yaş arası hastalar, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlar olurken; en az memnuniyet ifade eden gruplar ise daha genç, yüksek gelirliler, kadın, iyi eğitilmiş, hastanede kalış süresi daha kısa olanlar ve tıbbi hastalar olmuştur (192). Yapılan başka bir çalışmada, devlet ve özel hastaneler tarafından sunulan hizmetler hakkında genel bir değerlendirme yapıldığında, kadınların bu hizmetlerden erkeklerden daha fazla memnuniyet duydukları; katılımcıların eğitim seviyelerine bağlı olarak hastane hizmetlerinden memnuniyetleri incelendiğinde, okuma yazma bilmeyen katılımcılar en yüksek memnuniyeti belirtirken, ilköğretim-ortaokul ve üniversite-lisansüstü eğitim seviyesine sahip olanlar en düşük memnuniyeti ifade ettiği görülmektedir (198).

#### **b. Hizmet Verenlere İlişkin Faktörler**

Sağlık çalışanlarının kişilik özellikleri, hastalara gösterdikleri anlayış ve ilgi, nezaket, şefkat, güler yüz, içten ve nazik yaklaşım, profesyonel davranışları, hazır bulunuşlulukları, bilgi ve yeteneklerini ifade etme şekilleri, uygulama becerileri, aralarındaki koordinasyon, bakımın organizasyonu, ulaşılabilirliği, hastaya sundukları rahatlık ve konfor, hastanın mahremiyetine saygı göstermeleri, hasta ile iletişimleri ve hastayı bilgilendirmeleri gibi hizmet verenlere ilişkin birçok faktörün hasta memnuniyeti ile yakın bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir (34, 172, 187, 189).

Sağlık personelinin hizmet tutumu, hasta memnuniyeti açısından önemlidir. Çin'in Wuhan kentinde 2.626 hastanın analizine dahil edildiği bir çalışmada, "sağlık personelinin hizmet tutumu" hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktör olarak saptanmıştır (196). Yapılan başka bir çalışmada hastaların, özel hastanelerdeki hemşire, sağlık teknisyeni ve sekreterlerin yaklaşımı ve nezaketinden dolayı; doktorların ise hastalarına gereken zamanı ayırma, bilgilendirme ve zamanında muayene etme konusundaki başarıları nedeniyle devlet hastanelerine kıyasla daha fazla memnuniyet duydukları sonucuna ulaşılmıştır (198).

Hastalarla yeterince zaman geçirmek, onları dikkatle dinlemek ve gereken bilgileri sağlamak, hasta memnuniyetini sağlamanın temelini oluşturmaktadır (191). Araştırmalar, hasta memnuniyetini belirleyen en kritik unsurların etkin iletişim ve

hastaların yeterli düzeyde bilgilendirilmesi olduğunu göstermektedir (195, 199). Bir derleme çalışmasında; bakımın kişilerarası yönleri ile iletişim gibi faktörlerin hasta memnuniyeti üzerinde etkili bir role sahip olduğu belirtilmektedir (170). Literatürdeki başka çalışmalarda, sağlık bakım hizmeti verenler ile hastalar arasındaki iletişim ve sağlık bakım hizmeti verenlerin hastalar ile iletişim kurma becerilerinin; hastaların kendilerini değerli hissetmeleri, bakım veren ile hasta arasında güven ilişkisinin kurulması, hastalara uygun tedavinin uygulanması ve hastaların sağlık hizmetlerinden memnuniyeti açısından önemli etkenler olduğu belirtilmektedir (34, 177). Nitekim yapılan bir çalışmada hemşirelerin hastalarla iletişiminin zayıf olduğu ve hastaların bu tür iletişimden memnun olmadığı, dolayısıyla hasta memnuniyetinin çok düşük olduğu belirtilmektedir (195). Bununla birlikte hasta olarak değerli hissetmek, genellikle yeterli bilgiye sahip olmakla ilişkilidir; bu yüzden sağlık personellerinin bireylerin gereksinimlerini belirlemesi ve bu gereksinimlere yönelik bilgi sağlaması, hastaların kendilerini değerli hissetmelerine yardımcı olabilmektedir (34).

Hasta ile hemşire arasındaki ilişki, hasta memnuniyeti açısından çok önem arz etmektedir ve hemşirelerin kendi bakım uygulamalarını değerlendirmeleri ve hastaların bu uygulamaları nasıl algıladığını anlamaları büyük önem taşımaktadır (34, 200). Nitekim, 119 hemşire ve bu hemşirelerin bakımlarını üstlendiği 100 hasta üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada, hasta ve hemşirelerin algıladığı bakım davranışları puanı ile memnuniyet puanı arasında olumlu bir ilişki bulunmuş ve algılanan bakım davranışı seviyesi arttıkça, bakım memnuniyetinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır (200). Tüm bu sebepler dolayısıyla, hemşirelerin hasta bakımı sağlarken hizmet verenlere ilişkin faktörleri dikkate almaları gerekmektedir.

### **c. Çevresel/Kurumsal Faktörler**

Hastaneye erişim kolaylığı, çalışma saatlerinin uygunluğu, ortamın niteliği, yemek hizmetlerinin kalitesi, temizlik standartları ve park yeri bulunabilirliği gibi faktörler hasta memnuniyetinin çevresel ve kurumsal faktörlerini meydana getirmektedir (34). Yapılan bir derleme çalışmasında; kurumun özellikleri, fiziksel çevre, erişilebilirlik, bekleme süresi, karşılanabilirlik, bakımın teknik yönleri ve

hizmet kalitesi gibi faktörlerin hasta memnuniyeti üzerinde etkili bir role sahip olduğu belirtilmektedir (170).

Literatür çalmalarına bakıldığında hastaların hastaneler ve hatta aynı hastanedeki bölümlerden bile farklı şekilde memnun oldukları bulunmuştur. Örneğin yapılan bir çalışmada, devlet ve özel hastanelerden hizmet alan katılımcıların, özel hastanelerden aldıkları hizmetten, devlet hastanelerine kıyasla daha fazla memnuniyet duydukları belirtilmektedir (198). Başka bir çalışmada, jinekolojik hastaların medikal/cerrahi hastalarına göre; yarı özel hastanelerdeki hastaların ise devlet hastanelerindeki hastalara göre daha memnun oldukları saptanmıştır (197). Yapılan başka bir çalışmada ise oftalmoloji bölümlerinde tedavi gören hastaların memnuniyet oranının, tıbbi servislerde yatan hastalara kıyasla yaklaşık olarak on kat daha yüksek olduğu bulunmuştur (194).

Hastaneler, sosyal ve fiziksel konfor sağlayarak hastaların kendilerini evlerinde gibi hissetmelerini sağlaması genel hasta memnuniyetlerini artırabilmektedir (34). Hasta yeterince bilgilendirildiğinde, kendisine yeterince değer verildiğinde ve evindeymiş gibi rahat hissettiğinde, hastada hem tedavi ve bakım sürecine hem de bu hizmeti sunan sağlık ekibine karşı daha fazla güven, inanç ve itimat inşa edilmiş olacaktır (201). Bu noktada, hastaların aldıkları hizmetten memnun olma durumları, hastane seçimini ve hastaların bu hastaneyi başkalarına tavsiye etmelerini de etkileyebilmektedir. Nitekim özel hastanedeki hastalarında dahil edildiği bir çalışmada, hastalar özel hastaneyi seçmenin en önemli neden olarak önceki hizmetten memnuniyet (%33,7) olarak belirtmiş; özel hastanelerden hizmet alanların %75'i bu hastaneyi başkalarına tavsiye edebileceklerini ifade etmişlerdir (198).

Memnuniyet; ortamın temizliği, kurumun görünümü, kullanılan malzemenin kalitesiyle yakın bir şekilde ilişkilidir (189). Yapılan bir çalışmada, hastaların devlet ve özel hastaneler hakkındaki memnuniyetsizlikleri incelendiğinde; devlet hastanesi katılımcılarının %26,8'i temizliğin yetersiz olduğunu düşünürken, bu oran özel hastane katılımcılarında %23,8 olarak belirlenmiş ve hastane yönetiminin temizlik ve hijyen konusuna daha fazla önem vermesi gerektiği belirtilmiştir (198).

#### **2.2.4. Hasta-Hemşire İlişkisinde Hasta Memnuniyetinin Sağlanmasında Yönetici Hemşirelerin Rolü**

Yönetici hemşirelerin rehberlik, liderlik ve destek sağlama rolleri; en iyi hasta sonuçlarının elde edilmesi, uygun çalışma ortamlarının oluşturulması ve yüksek kaliteli hemşirelik hizmetlerinin sunulması için kritik bir öneme sahiptir (202). Bu bağlamda yönetici hemşireler, hemşire ve hasta sonuçlarını geliştirmede önemli bir rol oynamakta ve hasta memnuniyetini çeşitli şekillerde etkileyebilmektedir (203). Dolayısıyla yönetici hemşireler, hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemli bir konumdadır. Buna noktada yapılan bir çalışmada, yönetici hemşirelerin hasta memnuniyetini artırmaya yönelik yeni çağdaş ve bütünsel olan sekiz rolü şu şekilde ifade edilmektedir (74):

- a) Yeni beklentiler (hasta memnuniyetini artırmak için yönetici hemşireden beklentiler),
- b) Hasta bakım kültürü oluşturmak,
- c) Lider viziti (hastalara ziyaret yaparak etkileşime girmek, bu sayede hasta ve aile üyelerinin endişelerini dinlemek ve gidermek için görünür ve erişilebilir olmak),
- d) Sağlıklı çalışma ortamı,
- e) Personelin katılımı ve yetkilendirilmesi,
- f) Sürekli kalite iyileştirme için değişim aracı,
- g) Organizasyon odak ve kültürünün etkisi,
- h) Zorluklar: girişimlerin sürdürülebilirliği; bölümler arası ve disiplinler arası ekip çalışmasının eksikliği (74).

Yapılan çalışmalarda yönetici hemşirelerin, hasta memnuniyetini sağlamak için; kendi iletişim becerilerini geliştirmesi, hemşireleri kendilerini desteklenmiş, güvende ve motive hissetmelerini sağlayacak şekilde yönetmesi, hemşireleri eğitimle desteklemesi, servislere daha fazla hemşire personeli kaynağı sağlaması, bakımda memnuniyetsizlik yaratan ve hasta memnuniyetini en fazla etkileyen faktörleri belirlemesi, en az eylemle en büyük etkiyi yaratan stratejileri benimsemesi ve bunlara yönelik düzeltici önlemler alması, hasta memnuniyetini pozitif etkileyen yönetim sonuçlarını üretebilecek ortamları oluşturması, hemşire bakımının önündeki dini ve kültürel engelleri göz önünde bulundurması, hasta algıları ile beklentilerini



dikkate alacak ve hasta merkezli bakımı vurgulayacak şekilde hemşirelere liderlik ve rehberlik etmesi gerektiği belirtilmektedir (161, 195, 203-207).

### 2.3. Güven Kavramı

Güven kavramı, tarih boyunca çeşitli medeniyetler tarafından benimsenmiştir ve bu, hem kabilelerin arasında hem de insanların hayvanlarla olan ilişkilerinde belirgin bir şekilde görülmektedir (208). Birçok birey, güven terimini çeşitli durum ve zamanlarda günlük yaşamlarında kullanmaktadır (209). Güven, sosyal gruplar içindeki ve arasındaki tüm ilişkilerin temelini oluşturmaktadır (210). Bu yüzden güven, yaşamın her evresinde, insanın gereksinim duyduğu bir kavramdır (76). Bununla birlikte güven, bilimsel alana uyarlanan gündelik bir kavramdır ve hem gündelik dilde hem de bilimsel alanda çok kullanılmaktadır (211). Güven; hemşirelik, tıp, psikoloji, sosyoloji din, iş dünyası, felsefe, işletme, ağ ortamı ve bilişim de dahil olmak üzere birçok alan için önem arz etmektedir (208, 209, 211). Fakat her disiplin, güvenin çeşitli yönlerine veya niteliklerine yoğunlaşmaktadır: Mesela, hemşirelik, hemşire-hasta ilişkilerindeki güven üzerine yoğunlaşırken; tıp, doktorlara olan güven ihtiyacına; sosyoloji, toplum veya kurumlara olan güvene; psikoloji ise bireyler arası güvene, odaklanmaktadır (211).

Bazen; inanç, itimat ve emin olmak gibi anlamlarda kullanılabilen (211, 212) güven kavramı için, ortak bir tanım olmasa da yapılan tanımlar mevcuttur. TDK (213)'ye göre güven *“korku, çekinme ve kuşku duymadan inanma ve bağlanma duygusu; emniyet, itimat”* şeklinde tanımlanmaktadır. Oxford English Dictionary (212)'de ise *“birinin veya bir şeyin güvenilirliğine, doğruluğuna veya yeteneğine olan kesin inanç; bir kişiye veya bir şeye veya bir kişinin bir özelliğine olan itimat veya inanç”* olarak tanımlanmaktadır. Bir başka tanımda güvenin, *“başka bir kişinin dürüstlüğüne, adilliğine ve iyi niyetine olan inancın bir ölçüsü”* olduğu belirtilmektedir (210, s. 1). Bunlarla birlikte hemşireler tarafından yapılan güven tanımları da mevcuttur (211, 214). Meize-Grochowski (214, s. 567) tarafından 1980'lerin başında güvenin, yapılan ilk teorik tanımlarından birisi şöyledir: *“Güven, zaman ve mekana bağlı bir tutumdur ve kişi bu tutumla birine veya bir şeye güvenle dayanır. Güven ayrıca kırılabilirliği ile karakterize edilir”*. Hupcey ve arkadaşları (211, s. 290) da *“Güven, bir başkasının yardımı olmadan karşılanamayacak bir*

*ihtiyacın belirlenmesi ve bu ihtiyacı karşılamak için diğerine güvenme riskinin değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkar. Güven, bir başkasının eylemlerine istekli bir bağımlılıktır, ancak ihtiyaç alanıyla sınırlıdır ve açık ve gizli testlere tabidir. Güvenin sonucu, güvenilen kişiye dair beklentiler ile eylemler arasındaki uyumun bir değerlendirmesidir.”* şeklinde ifade etmişlerdir. Ayrıca güvenin, “*bireylerde davranışlara yön verebilme niteliği olan psikolojik bir durum*” olduğu da bildirilmiştir (76, s. 393-394). Son olarak güvenin, “*başka bir kişinin iyi niyetli olduğunu varsayan, bilinçsiz bir doğal varoluş hali*” olduğu belirtilmiştir (215, s. 389).

Güven; içsel bir niteliği, terapötik ilişkilerin özünü ve meslekler arası ilişkilerin kalitesini belirtmek için kullanılmakta ve bir erdem, bir gereklilik ve bir zorunluluk olarak kabul edilmektedir (211). Ayrıca, genellikle risk ve belirsizlik durumlarıyla, gelecekteki davranışlar/etkileşimler hakkındaki beklentilerle ve uzmanlarla uzman olmayanlar arasındaki bağımlılık ilişkileriyle ilişkilendirilmektedir (216). Bir bireye belirli bir eylemi gerçekleştirme konusunda güven duymak, onun bu eylemi yerine getireceğine dair bir taahhüdü olduğuna ve gerektiğinde bu taahhüdü yerine getirebileceğine olan inancı ifade etmektedir (217-219). Öte yandan, bir bireyin belirli bir eylemi gerçekleştireceğine dair güven duymamak, onun bu eylemi gerçekleştireceğine dair bir taahhüdü olduğuna inanmakla birlikte, bu taahhüdün yerine getirilip getirilmeyeceği konusunda çekinceler olması nedeniyle ona güven duymamayı ifade etmektedir (217, 218). Güvenilen birey, yükümlülüklerini yerine getirirse karşıdaki kişide güven duygusu oluşurken, yerine getirmediğinde güvensizlik hissi meydana gelmektedir (219). Bu durum, güvenin karmaşık yapısını ve taahhütlerin yerine getirilmesinin, güvenin oluşturulması ve sürdürülmesindeki önemini vurgulamaktadır. Bununla birlikte güven, bir kişinin hem yetkinliklerine hem de bu yetkinlikleri kullanma isteğine dair beklentileri de kapsamaktadır: Örneğin, çocuğumuzun bakımını bir kişiye emanet ettiğimizde, bu kişinin çocuk bakımı konusunda yetkin olduğunu ve bu yetkinliği uygun şekilde kullanacağını kabul etmiş oluruz (217).

Hasta güveni, sağlık hizmetleriyle etkileşim sonrası bakım verenlerin güvenilirlik, dürüstlük ve doğruluk konusunda yaşadıkları gerçek hislerden kaynaklanmaktadır (220) ve sağlık hizmetleri ile hastalar açısından birçok yararı

bulunmaktadır. Örneğin; doktorlara duyulan güvenin artmasının, tedaviye daha yoğun bir bağlılık, tedavinin algılanan plasebo etkisinin artması, sağlık hizmetlerinin maliyetinde azalma, daha az araştırma ihtiyacı, daha sıkı takip ve ikinci görüş alma ihtiyacının azalması gibi yararları beraberinde getirebildiği belirtilmektedir (210). Bunun haricinde yapılan bir çalışmada, hastaların tıbbi hizmetlerle etkileşimleri sonrası hastane hizmetlerine daha fazla güven duyduklarında, sadakat seviyelerinin arttığı; aksine, hastane hizmetlerine daha az güven duyduklarında, sadakat seviyelerinin düştüğü ifade edilmektedir (220). Buna benzer bir çalışma sonucuna bakıldığında, özel hastanelerden hizmet alan katılımcıların %25,7'si, sunduğu kaliteli hizmete olan güvenleri nedeniyle özel hastaneleri seçtikleri ifade edilmiştir (198).

### 2.3.1. Hasta-Hemşire İlişkisinde Güven

Sağlık hizmetleri, devamlı değişen bir toplumsal kurum olmanın yanında, bu hizmetlerin sunumunda güven unsurunun önemi yadsınamaz (210). Güven, disiplinler arası bakım uygulamalarının ve terapötik ilişkinin temel taşıdır (211, 221). Güven; çok boyutlu olup karşı tarafın yardımseverliği, iyi niyeti, yeterliliği, yetenekleri ve duyarlılıkları vb. şeylere dayanan (222, 223), kırılabilirlikle ilişkili olan (223) ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla sürekli etkileşim sonucunda bakım beklentilerinin karşılanması veya karşılanmaması ile artan veya azalan bir kavramdır (211). Yapılan bir çalışmada, terapötik ilişkilerde güvenin; yararlılık, özerklik, saygı ve doğruluk gibi görevlerden bile daha temel bir öneme sahip olduğu çünkü güven olmadan hiç kimsenin bu görevleri üstlenmek için bir nedeninin olmayacağı belirtilmektedir (224).

Hemşirelik literatüründe güven konusu, geniş bir şekilde ele alınmış (38, 211) ve hemşire-hasta ilişkisi bağlamında sıklıkla tartışılmıştır (211). Karmaşık ve belirsiz kavram olan güven, sağlık hizmetlerinin her alanında, özellikle sağlık hizmetlerinin en ön saflarında yer alan ve hastalarla doğrudan yakın temas halinde olan hemşireler için, hemşire-hasta ilişkisinde hayati ve temel bir değerdir (40, 220, 225, 226). Çünkü hastalar, sağlıklarını hemşirelere emanet etmektedir ve hemşirelerin rahatlık sağlama, kritik gözetim, destek olma ve eğitim verme becerilerine güven duymaları gerekmektedir (227). Özellikle farklı kanser türlerine sahip hastalar, potansiyel olarak uzun süren hastalık süreçleri süresince karmaşık ve çeşitli şekillerde sunulan

bakım ve tedaviye gereksinim duymaktadırlar ve bu bakım ve tedavilerin potansiyel ciddi yan etkileri, hastaların bu zorlu dönemde güvenilir bir profesyonelin rehberliğine olan ihtiyacını artırmaktadır (225). Bu noktada hemşireler, hastalara yardımcı olmak adına; özel uzmanlık, bilgi ve becerileri sayesinde hastalar için bakıcı, danışman, kolaylaştırıcı, koordinatör veya savunucu rollerini üstlenerek bu rollerin gerektirdiği görev ve sorumluluklarını yerine getirme sorumluluğunu taşımaktadır (228).

Hastaların hemşirelere basitçe güvenmeleri gerçekçi değildir (229). Çünkü hasta-hemşire ilişkisinde güvenin geliştirilmesinin, rahat hissetmekle başlayıp yakın bir bağ oluşturmaya kadar uzanan bir süreç olduğu belirtilmektedir (230). Bununla birlikte, güvenin sağlanması için, belirli koşulların sağlanması gerekmektedir; bu koşullar arasında bireyin başkasına bağımlı olduğu bir durumda olmasını gerektirecek karşılanamayan bir ihtiyacının olması, bu bireyin belirsiz bir sonuçla karşı karşıya kalma riskini kabul etmesi, güvendiği kişiden belirli bir şekilde davranacağına dair bir beklentisinin olması ve son olarak, güvenen kişinin, güvendiği kişinin güvenilirliğini, ya bilinçli bir biçimde (örneğin, hastanın çağrı zilini çalması) ya da olayları izlemesi şeklinde daha gizli kalarak (örneğin, doktorun reçete ettiği ilaç işe yarıyorsa doktora güvenilir, işe yaramazsa güven oluşmaz) test etmesi bulunmaktadır (211).

Güvenin varlığı, hasta-hemşire ilişkisini güçlendirmektedir ve bu, kişilerarası ilişkilerin geliştirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır (66). Hemşire-hasta ilişkisinde, her iki tarafın da birbirleriyle duygusal bir bağlantısı olan kişilerarası bir süreç olduğu ölçüde, gereksinimlerin ve beklentilerin karşılıklı olarak paylaşıldığı karşılıklı bir etkileşim ve ilişki var olmaktadır (228). Hemşire-hasta ilişkisinde, tıbbi bakımın karmaşıklığı ve hastaların savunmasız durumda olmaları nedeniyle genellikle karar verme konumunda olamamaları; hemşirelerin klinik becerilerini sergilemelerini, iyi niyetlerini göstermelerini ve hastaların karşılaştıkları riskleri anlamalarını gerektirmektedir (198, 229).

### 2.3.2. Hastanın Hemşireye Güven Duymasının Hasta Bakımına Yararları

Hemşirelik uygulamalarında, hasta ve hemşire arasındaki güven ilişkisi, bakım sürecinin temel bir bileşenidir (225). Hastaların hemşirelere karşı duyduğu güven eksikliği, birçok hasta grubunda kaliteli bakımı potansiyel olarak baltalayabilir, bilhassa tamamen ya da kısmen hemşirelere bağımlı olan savunmasız hastaların bakımını olumsuz etkileyebilir (226). Özellikle, çok çeşitli tedavi ve bakım yöntemlerinin bulunduğu ve uzun bir süre boyunca birçok hemşirenin dahil olduğu kanser hastaları için, hasta ve profesyonel hemşire arasındaki etkileşim sürecinde gelişen güven durumu önemlidir (225).

Hastaların hemşirelere duyduğu güvenin hasta bakımında birçok yararı bulunmaktadır ve literatürde yapılan çalışmalar hemşire-hasta ilişkisinde güvenin, yararını ve önemini ortaya koymaktadır. Örneğin; yapılan bir çalışmada güvenin, hastaların bakım ekibine aktif bir şekilde katılımını teşvik ettiği ve bunun da hastalığa uyum, güvenlik ve diğer olumlu sonuçları beraberinde getirdiği belirtilmektedir (221). Ayrıca hemşirelere olan güvenin, hastalar ve hemşireler arasındaki bağları güçlendirebildiği ve hasta sonuçlarını iyileştirebildiği ifade edilmektedir (225). Başka bir çalışmada, yoğun bakım ünitesinde trakeostomi tüpü değişimi yapılan hastaların yaşam deneyimleri araştırılmakta olup, bu çalışmada hastaların yeterli psikolojik hazırlık için hastaların hemşirelik personeline güven duyması gerektiği belirtilmektedir (231). Bronkopnomili 92 hastanın rastgele hemşirelere güven grubuna (müdahale grubu; n = 46) veya rutin hemşireliğe (kontrol grubu; n = 46) atıldığı prospektif bir çalışmada ise, hemşirelere güven oluşturma bronkopnömoni hastalarında etkili bir müdahale olduğu ve hastalarda klinik semptomların, yaşam kalitesinin, öz yönetim yeteneğinin, uyumun, memnuniyet oranının ve öncesine göre akciğer fonksiyonlarının iyileştirilmesinde faydalı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (232). Bir başka araştırma, HIV pozitif olan hastaların, bakım verenlerine olan güvenlerinin, bakım ve tedavi süreçlerine daha iyi uyum göstermelerine katkıda bulunduğunu ortaya koymaktadır (233). Ayrıca güvenin, sadece iyileşme sürecini ve motivasyonu teşvik etmekle kalmayıp aynı zamanda dengeli bir hasta ortamının devamlılığını da sağladığı ifade edilmektedir (234).

Sonuç itibariyle, hastaların hemşirelere güvenmesi ve güvene dayalı ilişkilerin sürdürülmesi, bakımın kırılğan ortamında hayati önem arz etmektedir (226).

### 2.3.3. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Güven

Karşılanamayan hemşirelik bakımı ve hastanın hemşireye güveni, hemşirelik alanında önemli konulardır. Bir ihmâl hatası olan KHB, hemşirelerin mesleki ve ahlaki değerlerine meydan okuyan etik bir konu olmakla birlikte potansiyel olarak hastalar için olumsuz sonuçlara yol açmakta, bakım kalitesini olumsuz etkilemekte (235) ve hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır (236). Ayrıca, KHB'nin hastaların hemşirelerin bakıma yönelik tutumuna olan güvenini olumsuz etkileyebildiği ve genel hastane içi deneyimlerini bozabildiği belirtilmektedir (237, 238). Hupcey ve arkadaşları (211), güvenin sağlanması için gereken koşullardan birinin, bireyin başkasına bağımlı olduğu bir durumda olmasını gerektirecek karşılanamayan bir ihtiyacının olması gerektiği ve bu ihtiyacın karşılanması durumunda güvenin oluşacağı, karşılanmaması durumunda ise güvenin oluşmayacağı belirtmiş ve bunu başka bir çalışma (219) da desteklemiştir. Bu noktada, hemşirelik bakımının karşılanmasının, hastaların hemşirelere olan güvenini artırıp bakım kalitesi ile hasta memnuniyetini iyileştirebildiği; hemşirelik bakımının karşılanmamasının ise, hastaların hemşirelere olan güvenini zedeleyebildiği, hastanın hemşireyle etkileşime girmeyip ihtiyaçlarını ifade etmekten çekinmesine sebep olabildiği ve bu durumun da hasta memnuniyetini düşürüp bakım kalitesini olumsuz etkileyebildiği ifade edilmektedir (238). Sheehan ve Fealy (239)'in çalışmasında bunu destekleyecek şekilde, hastanede yatıp hemşirelere güvenen çocukların, daha az korku yaşadıkları, klinik prosedürleri daha az tehditkâr olarak algıladıkları ve tedaviye daha fazla uyum sağladıkları saptanmıştır. Bu nedenle hemşirelerin, hastalarının gereksinimlerinin karşılanmak için gereken çaba ve özeni göstererek, hastalarına karşı dikkatli ve duyarlı olmaları önem taşımaktadır (238).

Literatürde sınırlı sayıda yapılan nitel çalışma dışında (30, 31) kanser hastalarında karşılanamayan hemşirelik bakımının hasta güvenine nasıl etki ettiğini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Öbür yandan, KHB ile hasta güveni arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara rastlanmaktadır. Örneğin, Tang ve arkadaşları (234), güven için hastalar ile etkili iletişimin önemini vurgulamıştır. Yapılan bir çalışmada

hastalar, hemşirelere yüksek düzeyde güven duyduklarını ifade ederken, yeterli sayıda hemşire bulunmadığını düşündüklerinde hastane bakımından duydukları memnuniyet azalmaktadır (193). Çalışmalara bakıldığında, bu çalışmalarda KHB'ye sebep olan faktörlerin güvensizliğe sebebiyet verdiği görülmektedir. Bu yüzden, KHB'nin hastaların hemşirelere olan güvenini olumsuz etkileyebileceği sonucuna varılabilmektedir.

Yapılan çalışmalarda hastaların hemşirelere duydukları güvenin yüksek olduğu görülmektedir (66, 71, 240). Ancak, söz konusu KHB olunca, hastaların hemşirelere güvenmesinin yanında hemşirelerin birbirlerine güvenmesi de hasta bakımında önem arz etmektedir. Nitekim yapılan bir çalışmada, hemşirelerin birbirlerine güvendiği ve işi diğer ekip üyelerine devretme konusunda kendilerini rahat hissettikleri servislerde, KHB daha azken, birbirlerine güvenmeyen hemşirelerin bulunduğu servislerde KHB'nin daha çok olduğu saptanmıştır (241). Bu nedenle, hemşirelik bakımının kalitesini artırmak ve hastaların güvenini kazanmak için, hemşirelerin birbirlerine ve hastalarına karşı güvenini artırmak önemlidir.

Karşılanamayan hemşirelik bakımı, hastanın hemşireye olan güvenini ve dolayısıyla hemşirelik bakımından memnuniyetini de etkileyebilmektedir. Shan ve arkadaşları (242) hasta memnuniyetinin en önemli belirleyicisinin hasta güveni olduğunu belirterek; güvenin, hastane içi bakımdan memnuniyet üzerinde önemli bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Benkert ve arkadaşları (243), hastaların hemşirelere olan güveninin, hastaların memnuniyeti üzerinde önemli bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Aiken ve arkadaşları (244) da yürüttükleri geniş kapsamlı bir çalışmada, hastaların bakım algılarının, hemşirelere olan güven eksikliği ve KHB'deki artışlar nedeniyle önemli ölçüde zedelendiğini belirtmiş ve çalışma, İngiltere'deki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin, hemşirelerin bakım kalitesi ve hastaların hemşirelere olan güveni ile yakından ilişkili olduğunu göstermiştir.

#### **2.3.4. Hasta-Hemşire İlişkisinde Güveni Etkileyen Faktörler**

Güvenin gelişimi, bir ilişki bağlamında meydana gelmektedir (40). Güvenin gelişimi için belirli ön koşullar gerekli olmakla birlikte (40, 211), hemşire-hasta ilişkilerinde güvenin gelişimini engelleyen veya hızlandıran çeşitli faktörlerin olduğu belirtilmektedir (40). Literatürde; hastanın yaşam tarzı, yalnız yaşayıp yaşamadığı,

demografik özellikleri, sağlık durumu, daha önceden hastaneden hizmet almış olma durumu, uyku durumu, hastalığının kronik veya akut olma durumu, ek bir hastalığının varlığı, hastanın algıları, beklentileri ve gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmama durumu; hemşirenin kişilik özellikleri, eğitimi, bilgi birikimi, mesleki becerileri, deneyimi, davranışları ve tutumu, hastaya yaklaşımı; bakımda hastaya gerekli bilgilerin verilmesi, yeterli zamanın ayrılması, dikkat, özen, koordinasyon, süreklilik, ortaklık, bireyselleştirme, ilgi ve uyumun olması; etkili iletişim, kültürel farklılıklar, hastane ortamının fiziki koşulları, yönetimin insancıl önlemler alması vb. birçok faktörün hasta-hemşire ilişkisinde güveni etkilediği belirtilmektedir (38, 40, 66, 220, 221, 227, 234, 240, 245-248).

Sistemik nitel literatür taraması şeklindeki bir çalışma, hastaların hemşirelere olan güveninin; hemşirelerin bilgi birikimine, ilişki kurma ve geliştirmeye yönelik diyalogdaki bağlılık düzeyine ve bağlamsal faktörlere dayandığını ortaya koymuştur (246). Hastanın evde sağlık hizmetine güvenini araştırmak üzere literatürün incelendiği bir çalışma, hemşire-hasta ilişkisinde güvenin oluşumu; hastanın gereksinimlerinin karşılanması, saygı gösterilmesi, zamanın dikkate alınması (örneğin bir şeyi yapacağını söyleyen hemşirenin bu şeyi zamanında yapması sonucu bu hemşireye daha fazla güven duyulması gibi), bakımın sürekliliği ve olumlu bir ilk ziyaret gibi öncüllere ve iletişim, bağlantı hissi ve güvenin karşılıklılığı gibi özelliklere bağlı olduğunu belirtmektedir (221). Çalışmada saygı eksikliği ve yetersiz veya etik olmayan bakım, güvene dayalı ilişkinin önündeki engeller arasında bulunduğu belirtilmektedir (221). Diğer bir çalışma, mesleki yetersizlik, kötü muamele ve iletişim sorununun hastalarda hemşirelere karşı güvensizliğe neden olduğunu ortaya koymuştur (66). Radwin (247)'in onkoloji hastalarının kaliteli hemşirelik bakımının nitelikleri ve sonuçlarına ilişkin algılarını teorik olarak analiz etmek amacıyla 22 onkoloji hastasıyla yaptığı bir çalışmada, kaliteli ve mükemmel hemşirelik bakımı; profesyonel bilgi, dikkat, süreklilik, ortaklık, koordinasyon, bireyselleştirme, ilgi ve uyum gibi sekiz özelliklerle tanımlanmakta ve bu kaliteli bakımın sonuçlarının da artan metanet ve güven, iyimserlik ve özgünlükle birlikte genel bir iyi olma hissi yarattığı belirtilmektedir. Başka bir çalışmada güven, hasta merkezli bakımın kişilerarası nitelikleri (dikkat, özen, koordinasyon, süreklilik) ve mesleki bilgi biçimindeki yetkinliklerle



ilişkilendirilmiştir (227). COVID-19 salgını sırasında Hongqi Hastanesi'ndeki 149 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada da, güveni etkileyen faktörlerin; rahat bir hastane ortamı ve insani yönetim önlemleri, hemşire yeterliliği ve hastalarla etkili iletişim şeklindeki üç yönü olduğu belirlenmiş; bunun yanında uykusuz olan hastaların hemşirelere daha az güvendiği bulunmuştur (234).

Hemodiyaliz hastalarıyla yapılan kesitsel bir çalışmada, hemşirelere olan güveninin yüksek olduğunu ancak hemşirelerin hastalık hakkında bilgi verme konusunda en düşük puanı aldığı; bununla birlikte yaş ile güven arasında pozitif, interdiyalitik kilo alımı (iki diyaliz seansı arasındaki kilo alımı) ile güven arasında negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (240). Diğer bir çalışmada, yoğun bakım hastaları/hasta vekillerinin, tedavinin uygunluğu konusunda içinde hemşirelerin bulunduğu bakım verenlerle anlaşmazlık yaşaması durumunda güvenin azaldığı saptanmıştır (248). Yapılan başka bir araştırma, hastaların sağlık durumlarının kötü olması ve yalnız yaşamalarının sağlık hizmeti sağlayıcısına olan güveni artırdığını; ancak fiziksel hareket kabiliyetinin azalması, hastalığın bir yıldan uzun sürmesi ve ek hastalıkların varlığının bu güveni düşürdüğünü göstermiştir (245). 483 geçerli anketin dahil edildiği bir çalışmada, hastane hizmet kalitesinin hizmet sonrası memnuniyet, hasta güveni ve hasta sadakati üzerinde; hizmetle karşılaşma sonrası memnuniyetin hasta güveni ve hasta sadakati üzerinde; hasta güveninin ise hasta sadakati üzerinde doğrudan ilişkili bir etkisi olduğunu göstermektedir (220). Son olarak bir başka çalışma, çocukların ve ebeveynlerin güven inançlarının ilişkili olduğunu, güvenin cinsiyetten bağımsız olduğunu, küçük çocukların hemşirenin algılanan dürüstlüğüyle ilgili olarak büyük çocuklara göre daha yüksek güven seviyelerine sahip olduğunu ve çocuklardaki güvenin önceki hastane deneyimleriyle azaldığını ortaya koymuştur (239).

### **2.3.5. Hasta-Hemşire İlişkisinde Güvenin Sağlanmasında Yönetici Hemşirelerin Rolü**

Yöneticiler, çalışanların kurumları içinde etkileşim kurdukları ve ilişki içinde oldukları en önemli unsurlardan bir tanesidir ve multidisipliner bakım hizmeti sunan sağlık kurumlarında yönetici ve çalışanlar arasında etkili iletişim ile iş birliğinin sağlanabilmesi için güven ortamının oluşturulması gerekmektedir (76). Güvenin,

hemşirelik profesyonelleri arasında yakın hizmet ortamında oluştuğu ve yönetici hemşire rollerinin bu durumu önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir (223). Nitekim, çalışanların yöneticilere olan güveninin, performanslarını önemli ölçüde etkilediği (249) ve güvenin oluşturulmasının, personeli güçlendirip olumlu kurumsal sonuçları beraberinde getirdiği (226) belirtilmektedir.

Yönetici hemşirelerin etkili olabilmeleri için güvenilir olmaları ve astlarıyla güvenilir bir ilişki geliştirmeleri önemlidir (226). Düşük güven seviyesine sahip çalışma ortamları; hasta bakım kalitesinde düşüş, kötü ekip çalışması ve düşük destek ile yetkilendirme sebep olurken; işle ilgili stres, devamsızlık, çatışma ve işgücü devir oranlarında artışa neden olmaktadır (223). Dolayısıyla, hastane içinde hastalarla en çok zaman geçiren ve hastalarla etkileşime giren hemşirelerin motivasyon ve performanslarının artması, iş doyumlarının yükselmesi, örgütsel bağlılığın güçlenmesi, hemşirelik maliyetlerinin azalması, işten ayrılma ve devir hızının düşmesi için hemşirelerin yöneticilere güvenmesi gerekmektedir (76). Sonuç itibarıyla, hem çalışanların yöneticilerine hem de yöneticilerin çalışanlarına güvenmesinin önemli olduğu ve bu durumun sağlık bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmada kritik bir rol oynadığı belirtilmektedir (76).

Literatürden yararlanılarak hasta-hemşire ilişkisinde güvenin sağlanmasında yönetici hemşirelerin rolleri aşağıdaki gibi özetlenebilir (Bkz. Tablo 2.2):

**Tablo 2.2. Hasta-Hemşire İlişkisinde Güvenin Sağlanmasında Yönetici Hemşirelerin Rollerini**

<b>Yönetici Hemşirelerin Rollerini</b>	<b>Açıklama</b>
Güven İlişkisinin Öneminin Farkında Olma	Yönetici hemşirelerin, hasta-hemşire arasındaki güven ilişkisinin kritik öneminin farkında olmaları ve göz önünde bulundurmaları gerekmektedir (226).
Güven Ortamı Oluşturma	Yöneticilerin, güven ortamı oluşturmak için, güvensizliğe sebep olan her şeyi dikkatlice irdelemeleri, araştırmaları, buna yönelik uygun çözüm stratejileri belirlemeleri ve bunları uygulamaları gerekmektedir (76).
Çatışmaların Yönetimi	Yönetici hemşirelerin, çatışmaları, adil olacak şekilde ve zamanında yönetmesi gerekmektedir (207).
Açık ve Şeffaf İletişim	Yönetici hemşirelerin, hemşireler ile hasta arasındaki açık ve şeffaf iletişim ve hastaların hemşirelerine olan güveni ile hasta iş birliği arasında bir ilişki kurmaları gerekmektedir (64).
İletişimde Açıklık ve Erişilebilirlik	Yönetici hemşirelerin, hemşirelerin kendilerine olan güvenini sağlamaları için, iletişim konusunda açık, erişilebilir ve ulaşılabilir olmaları gerekmektedir (223).
Çalışanların Desteklenmesi	Yönetici hemşirelerin, çalışanlarının kendilerini desteklenmiş, güvende ve motive edilmiş olarak hissetmelerini sağlayacak bir biçimde yönetmesi gerekmektedir (203).
Güven Seviyesinin Periyodik Olarak Gözden Geçirilmesi	Daha güvenli ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturmak için, hemşire-hasta arasındaki güven seviyesinin periyodik olarak gözden geçirilmesi ve hasta bakım standartları belirlenirken hastaların hemşirelik hizmetlerinin kalitesine dair algılarının bir referans olarak kullanılması gerekmektedir (71).
Rehberlik, Liderlik ve Destek Sağlama	Yönetici hemşirelerin; rehberlik, liderlik ve destek sağlama rolleriyle, hastanın gereksinimlerinin karşılandığı hasta merkezli bir bakımın sunulmasını sağlaması gerekmektedir (202, 221, 227).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyetine ve hemşirelere duydukları güvene etkisini incelemek üzere tanımlayıcı ilişkiyel tipte gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi (TÖTM) Onkoloji Hastanesi'nde yürütülmüştür. İnönü Üniversitesi TÖTM Onkoloji Hastanesi, TÖTM bünyesinde faaliyet gösteren, 217 yatak kapasiteli bölgedeki en büyük Onkoloji Hastanesi'dir. Hastane 2020 yılında faaliyete geçirilmiştir. Hastanede 16 poliklinik, 84 yataklı ayaktan kemoterapi, 176 onkoloji ve hematoloji yatak odası, 20 kök hücre ve kemik iliği tedavi odası, 16 yoğun bakım odası ve 5 radyoaktif iyotlu tedavi odası bulunmaktadır (250).

İnönü Üniversitesi TÖTM Onkoloji Hastanesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nda; Medikal Onkoloji alanında üç servis aktif olarak hizmet vermektedir. Aktif olarak çalışan servislerden birisi 20 yataklı, ikisi ise 24'er yataklıdır. Servislerdeki tüm hasta odaları tek kişilik olmakla birlikte hasta refakatçisinin kalıp uyuyabileceği bir kanepe ve hasta ile hasta yakınının kullanabileceği banyo, tuvalet vb. olanaklar da mevcuttur. Ayrıca tüm odalarda birer televizyon bulunmaktadır. Bununla birlikte hasta ve hasta yakınına günlük üç öğün yemek de verilmektedir.

Hastanede hemşireler genel olarak üç vardiya şeklinde çalışmaktadır. 08:00-16:00 vardiyasında servis sorumlu hemşiresiyle birlikte ortalama dört hemşire, 16:00-24:00 vardiyasında ortalama üç hemşire ve 24:00-08:00 vardiyasında iki hemşire görev yapmaktadır. Bir hemşire ortalama sekiz hastaya tedavi ve bakım vermekte ve bazen bu sayı 24:00-08:00 vardiyasında 12'yi bulabilmektedir. Hemşireler ve servis sorumlu hemşireleri hasta odalarının ayarlamasını, durumu kritik olan hastalar hemşire odasına yakın olacak şekilde ayarlamaktadır, böylece acil durumlarda hastaya hızlıca müdahale edilebilmektedir. Bununla birlikte hemşireler, hastaya bakım sunarken genellikle hasta ve hasta yakınlarına güler yüzlü davranmakta ve onları dinlemektedirler.

Kurumda hastaların kaçınıcı evrede oldukları bilgisi çoğunlukla hasta dosyasında yazmaktadır. Ancak bu bilgi, dosyasında yazmasına rağmen her zaman hastaya verilmemekte, genellikle hasta yakınına verilmektedir. Bazen evre ile ilgili bilgi hastanın dosyasında da yazılmamakta, hastanın yatışı yapılmadan önce poliklinikte tetkikler tamamlandıktan sonra hasta yakınına verilmektedir. Çok nadir de olsa bilgi, hastanın doktoru tarafından bazen hasta yakınına da verilmeyebilmektedir. Bununla birlikte servislerde çalışan hemşireler de hastanın kaçınıcı evrede olduğunu sadece hasta dosyasından görebilmekte, onun haricinde dosyada yazmayan evre bilgisi hemşirelerle paylaşılmamaktadır.

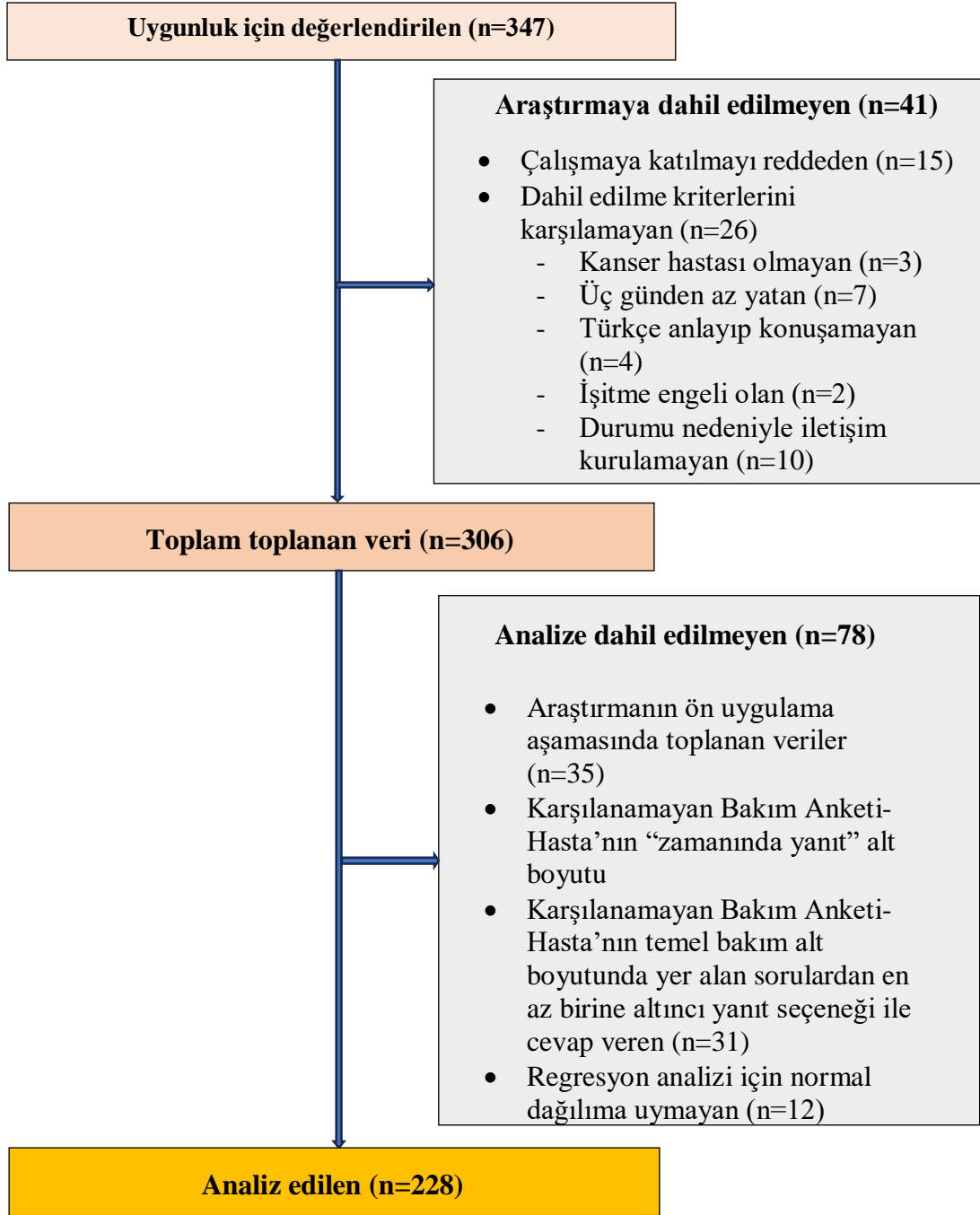
### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini TÖTM Onkoloji Hastanesi'ndeki Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'nın Medikal Onkoloji servislerinde yatan hastalar oluşturmaktadır.

Örnekleme büyüklüğü "A-priori Sample Size Calculator for Multiple Regression" programı kullanılarak hesaplanmıştır. Çalışmadaki bağımsız değişken sayısı (17 -15 sosdemog 2 ölçek) dikkate alınarak 0.15 etki düzeyinde; %95 güç ve  $\alpha=0.05$  değerinde gerekli minimum örneklem büyüklüğü 204 olarak belirlenmiştir (251). Ancak, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın temel bakım alt boyutundaki iki soruda ve zamanında yanıt alt boyutundaki dört soruda; hemşirenin, hastanın bakım veya yardımına olumlu ya da olumsuz bir katkısının olmadığını ifade eden altıncı yanıt seçeneği (örneğin; yardım istemedim veya ihtiyacım olmadı, yataktan kalkamıyordum) bulunmaktadır. Bu seçeneği işaretleyen hastaların değerlendirmeye dahil edilmesi, karşılanamayan hemşirelik bakımının yanlış değerlendirilmesine yol açmaktadır. Bu durum, ölçeğin hem altıncı yanıt seçeneğinin seçildiği alt boyutlardaki puanların hem de genel ölçeğin toplam puanın yanlış hesaplanmasına yol açtığı için Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın özelliği gereği, altıncı yanıt seçeneğinin işaretlendiği veriler değerlendirilmeye katılmamaktadır. Bu yüzden toplanan verilerin düşme ihtimali olduğu göz önünde bulundurularak araştırmanın ön uygulama aşamasında 35 hastadan veri toplanıp veri toplama formlarında gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra araştırmanın uygulama aşamasında 312 hastaya ulaşılmış ancak ulaşılan bu hastalardan 15'i araştırmaya katılmayı kabul etmemiş, 26'sı ise dahil edilme kriterlerine uymadığı için (kanser hastası olmayan: 3; üç

günden az yatan: 7; Türkçe anlayıp konuşamayan: 4; işitme engeli olan: 2; durumu nedeniyle iletişim kurulamayan: 10) araştırmaya dahil edilmemiş ve sonuç itibarıyla araştırmanın uygulama aşamasında araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan 271 hastadan veri toplanmıştır. Böylece çalışmanın ön uygulama ve uygulama aşamalarında toplamda 306 hastadan veri toplanmıştır.

Çalışmamızda toplanan 306 veriden araştırmanın ön uygulamasında toplanan 35 veri, çalışmanın analizine dahil edilmemiş, geriye analiz için 271 veri kalmıştır. Bununla birlikte çalışmamızda, 271 kişiden Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın zamanında yanıt alt boyutundaki soruların en az bir tanesine altıncı yanıt cevabını veren kişi sayısı 254, seçmeyen kişi sayısı ise 17'dir. Ancak ölçek kuralına göre altıncı yanıt seçeneği işaretlenen veriler analize dahil edilmediğinden, bu durum analiz için kullanılabilir veri sayısını 271'den 17'ye düşürmektedir. Çalışmamız için gerekli minimum örneklem büyüklüğü 204 olduğundan ve 17 kişilik veri setinin analiz için yetersiz olmasından dolayı, "zamanında yanıt" alt boyutu çalışmamızda kullanılmamıştır. Dolayısıyla, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim ve temel bakım alt boyutları ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği analize dahil edilmiştir. Ayrıca, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın sonunda yer alan advers/istenmeyen olaylar kısmı da istenmeyen olay yaşama durumlarına göre dağılımı ve istenmeyen olay yaşayanlar ile yaşamayanlar arasındaki ölçek ve ölçek alt boyutlarının puanları karşılaştırılarak analiz edilmiştir. Çalışmamızda Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın "zamanında yanıt" alt boyutu kullanılmadığı için analiz için tekrardan toplanan 271 kişilik veri seti değerlendirilmiştir. Çalışmamızda, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın "temel bakım" alt boyutunda da 31 kişinin en az bir altıncı yanıt seçeneğini seçmesi nedeniyle analiz için bu 31 kişi 271 kişilik veri setinden çıkarılmış, değerlendirme için 240 veri kalmıştır. Daha sonra analizde 12 verinin normal dağılıma uymadığı ve aykırı-uç değerinde bulunduğu görülmüştür. Fakat regresyon analizinin yapılabilmesi için verilerin normal dağılıma uyması gerektiğinden dolayı bu 12 kişinin verisi de analizden çıkarılmıştır. Sonuç itibarıyla analize dahil edilen örneklem sayısı 228'dir. Aşağıda çalışmanın akış şeması verilmiştir:



**Şekil 3.1.** Çalışmanın Akış Şeması

**a) Dahil Edilme Kriterleri**

- En az 18 yaşında olması,
- Evre 1, 2, 3, 4 kanser hastası olması,
- En az üç gündür hastanede yatarak bakım alması,
- Türkçe anlayıp konuşabilmesi,
- Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmesi,

### b) Dışlanma Kriterleri

- İşitme ve konuşma engelinin olması,
- Durumu nedeniyle iletişim kurulamaması,
- Tekrarlı yatış durumunda araştırmaya daha önce katılmış olması.

### c) Çıkarılma Kriterleri

- Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'da yer alan sorulardan en az birine altıncı yanıt seçeneği ile cevap vermesi,
- Veri toplama araçlarının tam olarak cevaplanmaması.

## 3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

**Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri:** Araştırmanın bağımlı değişkenleri, bakım memnuniyeti ve hemşirelere güvendir.

**Araştırmanın Bağımsız Değişkeni:** Araştırmanın bağımsız değişkeni karşılanamayan bakım gereksinimleridir.

## 3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; Hasta Bilgileri Formu (EK-1), Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta (EK-2), Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (EK-3) ve Hemşirelere Güven Ölçeği (EK-4) kullanılarak toplanmıştır.

### 3.5.1. Hasta Bilgileri Formu

Hasta bilgileri formu, literatür doğrultusunda (23, 252, 253) araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form 16 sorudan oluşmaktadır. Formda klinik adı, tanı-evre, yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, yaşadığı yer, sosyal güvence, mevcut çalışma durumu, gelir düzeyi, hastanın bu yatışı öncesinde hastanede yatıp yatmadığı, daha önce bu hastaneden hizmet alma deneyimi, hastanın bu seferki yatışında hastanedeki toplam kalış günü, hastanın yatışı süresince refakatçisinin yanında olup olmadığı ve hastanın şu an ki sağlık durumunu nasıl değerlendirdiğine ilişkin sorular yer almaktadır (Bkz. EK-1).



### 3.5.2. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta

Kalisch ve arkadaşları (147)'nin belirttiğine göre, 2013 yılında Kalisch ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve geçerlik ve güvenilirliği yapılan Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta, hemşirelik bakımının verilir verilmemesini hastanın bildirimini ile ölçen bir araçtır. Anketin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sönmez ve arkadaşları (23) tarafından dahili ve cerrahi servislerinde yatarak tedavi gören 267 hastayla yapılmıştır. Anket, hemşirelik bakımı girişimlerinin hangi sıklıkta sağlandığını ve hastaların bakım almalarının ne kadar sürdüğünü ölçmek üzere üç alt boyut ve 13 maddeden oluşan bir ölçektir (147). Ayrıca anketin sonunda altı sorudan oluşan advers/istenmeyen olayları değerlendiren bir kısım da mevcuttur (23).

Ölçeğin üç alt boyutu vardır. Bu alt boyutlar; iletişim, temel bakım ve zamanında yanıt şeklindedir. 1-5 arasındaki maddeler iletişim, 6-9 arasındaki maddeler temel bakım ve 10-13 arasındaki maddeler zamanında yanıt alt boyutunun maddelerini oluşturmaktadır. İletişim alt boyutu, her biri 5'li Likert tipinde (hiçbir zaman= 1; her zaman= 5) olan ve 1 ile 5 arasında puanlanan beş maddeden oluşmaktadır. İletişim alt boyutunda; hastanın hemşire ile iletişim kurması, tedavi ve bakım, tetkik ve işlemler hakkında bilgilendirilme, hastanın hemşire tarafından dinlenmesi ve görüşlerinin alınma sıklığına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Temel bakım alt boyutu, her biri 5'li Likert tipinde (hiçbir zaman= 1; her zaman= 5) olan ve 1 ile 5 arasında puanlanan dört maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyut; ağız bakımı, banyo, yataktan sandalyeye geçme ve yürüme gibi temel bakım gereksinimlerine yönelik sorular içermektedir. Zamanında yanıt alt boyutu, her biri 5'li Likert tipinde (5 dakikadan kısa= 1; 30 dakikadan uzun= 5) olan ve 1 ile 5 arasında puanlanan dört maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyut ise bir monitör veya başka bir makine uyarı sesi çıkardıktan sonra hemşirenin müdahale etmesinin ne kadar sürdüğü, çağrı ışığı veya zilime basıldığında ya da hemşire çağrıldığında hemşirenin buna yanıt vermesi ve hastanın istediği yardımı ortalama ne kadar sürede aldığı ve hastaların idrara çıkma ihtiyacı olduğunda hemşirenin yardıma gelmesi için geçen sürenin ne olduğu ile ilgili soruları içermektedir (23, 106). Bunların dışında temel bakım alt boyutundaki iki soruda ve zamanında yanıt alt boyutundaki dört soruda hastanın bakım veya yardıma ihtiyacı olmadığını (örneğin; hiçbir makine uyarı sesi çıkarmadı, çağrı ışığıma/zilime hiç basmadım, yardım istemedim veya ihtiyacım olmadı) ya da

hastanın alınacak bakım veya yardım için uygun durumda olmadığını (örneğin; yataktan kalkamıyordum, yürüyemiyordum) belirtmek için altıncı bir yanıt seçeneği bulunmaktadır (23). Diğer bir ifadeyle altıncı yanıt seçeneği; hemşirenin, hastanın bakım veya yardımına olumlu ya da olumsuz bir katkısının olmadığını ifade etmektedir. Bu noktada hastanın cevabının altıncı yanıt seçeneği olması, bu sorular için hemşirenin değerlendirilememesine yol açmaktadır. Ölçek, hastanın bildiri ile hemşirelik bakımının verilir verilmediğini ölçtüğü için de soru cevabı olarak altıncı yanıt seçeneğini seçen hastaların değerlendirmeye katılması, karşılanamayan hemşirelik bakımının yanlış değerlendirilmesine sebebiyet vermektedir. Bu durum ölçeğin hem altıncı yanıt seçeneğinin seçildiği alt boyutlardaki puanların hem de genel ölçeğin toplam puanın yanlış hesaplanmasına yol açmaktadır. Ölçek ve ölçek alt boyutları puanlarının yanlış hesaplanmaması için soruların en az bir tanesine altıncı yanıt seçeneğinin işaretlendiği veriler değerlendirilmeye katılmamaktadır (23). İletişim (1, 2, 3, 4, 5. maddeler) ve temel bakım (6, 7, 8, 9. maddeler) alt boyutlarında yer alan maddeler tersten puanlanmaktadır (23). Ölçekten alınabilecek toplam puan en az bir, en fazla beş olmak üzere ölçeğin toplam puanı 13 maddenin tamamının ortalaması alınarak hesaplanmaktadır (147). 13 maddeden alınan toplam puan, karşılanamayan bakımın toplam puanını göstermektedir (Bkz. EK-2). Ölçekten alınan toplam puandaki artış karşılanamayan bakımın arttığını göstermektedir (23, 106). Çalışmamızda, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın zamanında yanıt alt boyutundaki soruların en az bir tanesinde altıncı yanıt seçeneğini seçen kişi sayısı 254, seçmeyen kişi sayısı ise 17'dir. Ölçek kuralına göre, altıncı yanıt seçeneği işaretlenen veriler analize dahil edilmediğinden, bu alt boyutun değerlendirilmesi için kullanılabilir veri sayısı sadece 17'dir. Bu durum aynı zamanda toplam ölçekte de sadece 17 verinin değerlendirilmesine neden olmaktadır. Ancak, çalışmamız için gerekli minimum örneklem büyüklüğü 204 olduğundan ve 17 kişilik veri setinin analiz için yetersiz olmasından dolayı ölçeğin "zamanında yanıt" alt boyutu çalışmamızda kullanılmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda, ölçeğin iletişim ve temel bakım alt boyutları kullanılmıştır. Ölçek genelinde olduğu gibi, bu iki alt boyuttan da alınabilecek toplam puan en az bir, en fazla beştir ve her bir alt boyutun toplam puanı ilgili alt boyutun madde sayısına bölünerek hesaplanmaktadır.

Anketin sonunda, ölçeğin 13 maddelik kısmı dışında kalan “Advers / İstenmeyen Olaylar” başlığı altında herhangi bir puanlama yapılmadan hemşireliğe duyarlı kalite göstergeleri sorgulanmaktadır. “Yatışınız sırasında aşağıdaki sorunlardan herhangi birini yaşadınız mı?” sorusunun sorulmasıyla hastaların hastaneye yatışları sırasında altı tane istenmeyen olay sıralanmış ve hastalardan bu sorulara “evet”, “hayır” veya “emin değilim” şeklinde yanıt vermeleri beklenmiştir, ayrıca bu altı soruya “başka bir sorun yaşadıysanız belirtiniz” kısmı da bulunmaktadır (23).

Orjinal ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ölçeğin toplamı için 0.838; iletişim alt boyutu için 0.797, zamanında yanıt alt boyutu için .834 ve temel bakım alt boyutu için 0.708 olduğu belirtilmiştir (106). Türkçe ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı toplam ölçek için 0.78; iletişim alt boyutu için 0.85, temel bakım alt boyutu için 0.75, zamanında yanıt alt boyutu için 0.91 olarak belirlenmiştir (23). Çalışmamızda kullanılan alt ölçek alt boyutlarının Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları ise iletişim alt boyutu için 0.399, temel bakım alt boyutu için 0.697’dir. Çalışmamızda kullanılan iletişim ve temel bakım alt boyutlarının maddelerinin genel Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.614’tür.

### 3.5.3. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği

Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, hastaların hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyetin ölçülmesi amacıyla Thomas ve arkadaşları (254) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Akın ve Erdoğan (252) tarafından yapılarak Türk hastalar için de kullanılabileceği ifade edilmiştir. Ölçek standartların geliştirilmesinde; servisler, klinik yönetim birimleri ya da hastaneler arasında hastaların hemşirelik bakımına yönelik deneyim ve memnuniyetlerinin karşılaştırılmasında ve hemşirelik girişimlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.

Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyeti belirlemeye yönelik 19 maddeden oluşan 5’li likert tipinde bir ölçektir (hiç memnun değildim= 1; tamamen memnundum= 5). Ölçeğin bütün maddeleri olumludur. Ölçekten elde edilecek maksimum puan 95, minimum puan ise 19’dur ve ölçekten alınan puan, tüm maddelerin puanları

toplandıktan sonra 100'e dönüştürülerek hesaplanmaktadır (Bkz. EK-3). Ölçekten alınan toplam puandaki artış verilen hemşirelik bakımından memnuniyetin arttığını göstermektedir. Thomas ve arkadaşları (254)'nin çalışmasında orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.96, Akın ve Erdoğan (252)'in çalışmasında ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach alfa katsayısı 0.96 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda ise Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeğinin Cronbach alfa katsayısı 0.878 olarak bulunmuştur.

#### **3.5.4. Hemşirelere Güven Ölçeği**

Hemşirelere Güven Ölçeği'nin maddeleri, Radwin (247)'nin 2000 yılında 22 onkoloji hastasıyla yaptığı niteliksel bir çalışmadan elde edilmiştir. Ölçeğin geliştirme ve psikometrik testleri ilk olarak bir pilot örnekte Radwin ve arkadaşları (255) tarafından 66 kanser hastasıyla yapılan çalışmada değerlendirilmiştir. Daha sonra Radwin ve Cabral (227), 187 kişilik yatan hematoloji-onkoloji hastasıyla yaptıkları çalışmada, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliğini doğrulayarak ölçeğin 4 maddelik ile çalışmamızda kullandığımız 5 maddelik versiyonlarını oluşturmuşlardır. Ölçeğin ülkemizdeki Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yücel ve Ay (253) tarafından akciğer kanseri hastalarına uygulanarak yapılmıştır. Bu çalışmalar dışında da ölçekle hemşirelik alanında çalışmalar yapılmıştır (66, 71, 256).

Hemşirelere Güven Ölçeği, 5 maddeden oluşan 6'lı likert tipinde bir ölçektir (1= hiçbir zaman; 6= her zaman). Ölçekteki her bir madde, bir hemşire faaliyetiyle ilgili olarak hastanın hislerini değerlendirmeye yöneliktir. Ölçeğin toplam puanı, sorulara verilen cevapların puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 5, en yüksek puan 30'dur (Bkz. EK-4). Ölçekten alınan toplam puandaki artış hemşirelere güven düzeyinin arttığını göstermektedir. Radwin ve Cabral (227)'in 2010 yılındaki çalışmasında ölçeğin 5 maddelik versiyonunun Cronbach alfa değeri 0.77; ölçeğin Türkçe versiyonunun genel Cronbach alfa değeri ise 0.95 olarak saptanmıştır (253). Çalışmalardaki bu değerler göz önüne alındığında ölçek güvenilir bir ölçektir. Çalışmamızda ise Hemşirelere Güven Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayısı 0.292 olarak bulunmuştur.

### 3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, soruların amaca uygun içeriğe sahip olup olmadığını ve hastalar tarafından anlaşılır olup olmadığını görmek ve veri toplama formlarını hastaların doldurup dolduramayacağını görmek amacıyla 26 Aralık 2022 ile 2 Ocak 2023 tarihleri arasında TÖTM Onkoloji Hastanesi'nin Medikal Onkoloji kliniklerinde yatan 35 hastayla yapılmıştır.

Ön uygulama sonrası Hasta Bilgileri Formu'nda bazı değişiklikler yapılmıştır. Formda öğrenim durumunu sorgulayan 4. soruya “ön lisans” seçeneği eklenmiştir. Sosyal güvence durumunu sorgulayan 6. soruya “Var” yanıtı işaretleyenler için sorulan “lütfen sosyal güvencenizin ne olduğunu aşağıda belirtiniz” sorusuna hastaların emin olmadığı yanıtlar vermesi ve sosyal güvencenin var olup olmadığının sorgulanmasının yeterli görülmesi nedeniyle bu açıklama kaldırılmıştır. 9. soru olan “Şimdiye kadar bu yatışınız dahil hastanede toplam kaç kez yattınız?” sorusuna hastaların yaklaşık cevaplar vermesi nedeniyle soru “Bu yatışınız öncesinde hastanede yattınız mı?” olarak değiştirilerek evet ya da hayır şeklindeki iki seçenekli bir soru haline getirilmiştir. Hastanın daha önce bu hastaneden hizmet alma deneyiminin olup olmadığı sorusunun devamı olan “10. soruya yanıtınız “Evet” ise lütfen hizmet alma şeklini belirtiniz” sorusuna “ayaktan tedavi” ve “yatarak tedavi” seçeneklerine ek olarak “hem ayaktan hem yatarak tedavi” seçeneği de eklenmiştir. “Şu an ki sağlık durumuzu nasıl değerlendirirsiniz?” şeklindeki 13. sorunun seçenekleri olan mükemmel, çok iyi, iyi, orta ve zayıf şeklindeki beş seçenek, ön uygulamada hiçbir hastanın mükemmel ve çok iyi seçeneklerini seçmemesi nedeniyle ve hastaların kanser hastaları olmaları da göz önünde bulundurularak bu iki seçenek çıkarılmıştır. Ayrıca “zayıf” seçeneğinin de soruya uygun bir seçenek olmadığı düşünüldüğünden yeni formda bu seçenek “kötü” olarak değiştirilmiştir. Ayrıca ön uygulama sonucunda, Hasta Bilgileri Formu'nda yer alan “tanı-evre” sorularını bazı hastaların bilmemesi ya da bazı hastalara bu bilgilerin iletilmemesi, hastaların bazılarının yaşları itibariyle görme problemi yaşamamasından dolayı formlardaki soruları görememesi, bazı hastaların okur-yazar olmaması, veri toplama formundaki bazı soruları hastaların anlayamaması nedeniyle araştırmacı tarafından açıklanmaya gereksinim duyulması, kanser ve tedavilerinin yan etkileri dolayısıyla bazı hastaların formu kendilerinin dolduramayacağını belirtmesi ve araştırmacıya

ihtiyaç duyulması gibi nedenlerden dolayı bütün veri toplama formlarındaki soruların tamamen araştırmacı tarafından hastalara okunması ve açıklanması, hastaların bu soruları sözlü olarak araştırmacıya iletmesi ve katılımcıların verdikleri cevapların araştırmacı tarafından formlara işaretlenmesi kararlaştırılmıştır. Ön uygulamaya katılan hastalar araştırmanın uygulaması aşamasında tekrardan araştırmaya dahil edilmemiş ve bu hastalardan toplanan veriler toplam analize dahil edilmemiştir.

### **3.7. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (EK-12). Ayrıca araştırmanın yapıldığı İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Onkoloji Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (EK-13). Kurum izni alındıktan sonra, uygulama yapılacak olan Medikal Onkoloji servislerinin servis sorumlu hemşirelerine ve servis hemşirelerine yapılacak olan araştırma ve verilerin toplanacağı tarihler hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmanın uygulaması, 3 Ocak 2023 ile 30 Ağustos 2023 tarihleri arasında, dahil edilme ve dışlanma kriterlerini karşılayan hastalarla yüz yüze olacak şekilde olasılıksız örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekeştirilmiştir. Çalışmada kullanılan olasılıksız örnekleme yöntemi, örnekleme dahil edilme ve dışlanma kriterlerini karşılayan hastaların araştırmaya dahil edilmesi gerektiğı için tercih edilmiştir (257).

Araştırmanın yapıldığı süre boyunca araştırmacı, araştırma kapsamına alınan servislerdeki servis sorumlu hemşireleriyle her gidilen gün iletişime geçerek bu servislerdeki hasta listelerini almış, listedeki hasta yatış tarihlerine göre hastaların hastanede kaçınıcı gününde olduklarına bakmış ve servislere gitmesi gerektiğı tarihleri buna göre ayarlamıştır. Listeler araştırmacı tarafından arşivlendiğı için tekrarlı yatışı yapılan hastalar tekrardan araştırmaya dahil edilmemiştir. Dolayısıyla, önceden araştırmaya katılan hastaların bulunduğı odalara tekrarlı gidilmemiş ve böylece hem araştırmacıdan kaynaklanabilecek enfeksiyon riski en aza indirilmiş hem de zamandan tasarruf sağlanmıştır. Araştırmanın ilk gününden itibaren servis sorumlu hemşirelerinden hasta listeleri alınarak serviste üç gün ve üzeri yatan hastalar belirlenmiş ve o gün veri toplama formları uygulanmıştır. Bu yöntemle

toplamda 312 hastaya ulaşılmış fakat hastalardan 15'inin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi ve 26'sının dahil edilme kriterlerine uymaması nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Sonuç itibariyle araştırmaya katılmayı kabul eden, dahil edilme kriterlerine uyan ve bu seferki yatışta hastanedeki kalış süresi ortalama dördüncü günde olan 271 hasta ile araştırma uygulaması tamamlanmıştır.

Veri toplama araçlarının uygulanması, araştırmaya katılan hastaların tedavi ve bakımlarını aksatmayacak biçimde yapılmıştır. Durumu görüşme yapmaya o an için uygun olmayan hastalarla, daha sonra durumlarının daha uygun olduğu vakitlerde görüşme yapılmıştır. Araştırmacı, verileri toplaması esnasında hastalarla etkileşimde bulunacağı için enfeksiyon riskinin önlenmesine karşın hastane pandemi önlemlerini dikkate alarak görüşme esnasında maske takmış, mesafeye dikkat etmiş ve el hijyenini sağlamıştır.

Araştırmanın uygulanması sırasında hastalara araştırmanın ne amaçla yapıldığı, araştırmanın yöntemi, verilerin gizliliğinin korunacağı, uygulanacak formların yaklaşık ne kadar sürede doldurulacağı, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğu ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri konularında açıklama yapılmıştır. Ardından araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalardan araştırmaya katılmak istediklerine dair yazılı onam alındıktan sonra hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Veri toplama formlarından "Hasta Bilgileri Formu"nda yer alan tanı-evre soruları kendisine bilgi verilmeyen hastalar olabileceği göz önünde bulundurularak hastalara sorulmamıştır. Formdaki "tanı" kısmı, araştırmacı tarafından hasta dosyasından alınarak doldurulmuştur. Formdaki "evre" kısmı da genellikle araştırmacı tarafından hasta dosyasından alınmış; hasta dosyasında bu bilgi yoksa bu konudaki bilginin kendisine hastanın doktorları tarafından iletilen hasta yakınına, hasta yakınına konuyla ilgili bir bilgi iletilmemişse de hastaların doktorlarına sorularak doldurulmuştur. Ölçekler de dahil olmak üzere "Hasta Bilgileri Formu"ndaki bu kısımlar haricindeki veri toplama formlarının diğer kısımları, araştırmacı tarafından hastaya sorulmuş ve hastanın verdiği cevaplar araştırmacı tarafından formlara işaretlenmiştir. Formlar ortalama 30 dakikada doldurulmuştur.

### 3.8. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, min-max değerleri, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Kullanılan verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiştir. Araştırmada kullanılan ölçek ve alt boyutlarının normallik analizi, çarpıklık ve basıklık durumlarına göre yapılmıştır. Verilerin normal dağılım göstermesi çarpıklık ve basıklık değerlerinin  $\pm 3$  arasında olmasına bağlıdır (258). Çalışmamızda, ölçek ve alt boyutların hepsinin çarpıklık ve basıklık değerleri  $\pm 3$  arasında olduğu için ölçek ve alt boyutların hepsi normal dağılıma uymaktadır. Normal dağılıma sahip verilerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup arasındaki fark için bağımsız t testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve fark bulunduğu durumda fark yaratan grubu bulmak için Bonferroni kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi test etmek için Pearson korelasyon ve kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların bakım memnuniyetine ve güven algılarına etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılmıştır. Sonuçların analizinde anlamlılık düzeyi (p) 0,05 kabul edilmiştir. p değerinin;  $p < 0,05$  olması “istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık/ilişkinin” olduğu,  $p \geq 0,05$  olması ise “istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık/ilişkinin” olmadığı şeklinde yorumlanmıştır.

### 3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için başvuru yapılmış, 4 Ekim 2022 tarih ve 2022/15-10 karar numarasıyla izin alınmıştır (EK-12). Araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli kurum izni alınmıştır (EK-13). Araştırma örneklemine katılan hastalara araştırmanın amacı, yöntemi, verilerin gizliliğinin korunması, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı ve istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ve uygulanacak formların yaklaşık ne kadar sürede doldurulacağı konularında açıklama yapılmıştır. Yapılan açıklamadan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan sözlü onam ve "Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu" (EK-11) ile yazılı onam



aldıktan sonra hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Ayrıca araştırmada kullanılan Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta (EK-2), Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği (EK-3), Hemşirelere Güven Ölçeği (EK-4)'ni geliştiren ve Türkçe'ye uyarlayan tüm araştırmacılardan izin alınmıştır (Ek-5, Ek-6, Ek-7, Ek-8, Ek-9, Ek-10).

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın sonuçları araştırma yapılan grupla sınırlıdır. Bunun yanında veriler hastaların bildirimleriyle elde edildiği için sonuçlar, hastaların bildirim, bilgileri ve algıları ile sınırlıdır. Bulgular, tanımlayıcı ilişkiyel türdeki bir çalışmadan elde edildiği için sonuçların analiz edildiği bağlamda yorumlanmıştır. Ayrıca, veri toplama aşamasında araştırmacının kendisinin hastalara soruları okuması ve işaretlemesi de araştırmanın bir sınırlılığıdır. Araştırmamızın bir başka sınırlılığı da verilerin toplandığı dönemde, yaşanan 6 Şubat 2023 depreminin hizmet sunumunu değiştirmesi ve bu durumun sonuçları etkilemiş olabileceğidir. Bununla birlikte Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'daki altıncı yanıt seçeneğini işaretleyenlerin ölçek özelliğinden dolayı veri analizine dahil edilmemiş olması da araştırmamızın bir sınırlılığıdır.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde “Kanser Hastalarında Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Bakım Memnuniyetine ve Hemşirelere Duydukları Güvene Etkisi” başlıklı araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında verilmiştir.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Hastaların Karşılanamayan Bakım Gereksinimleri, Hemşirelik Bakımından Duydukları Memnuniyet ve Hemşirelere Duydukları Güvene İlişkin Bulgular

#### 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.1.** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n = 228)

	<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	60 yaş altı	96	42.1
	60 yaş ve üzeri	132	57.9
	<b>Minimum</b>	21.00	
	<b>Maksimum</b>	85.00	
	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	60.14 $\pm$ 12.30	
<b>Cinsiyet</b>	Erkek	131	57.5
	Kadın	97	42.5
<b>Medeni durum</b>	Evli	178	78.1
	Bekâr	50	21.9
<b>Öğrenim düzeyi</b>	Okur-yazar değil	46	20.2
	Okur-yazar	9	3.9
	İlkokul	94	41.2
	Ortaokul	22	9.6
	Lise	31	13.6
	Ön lisans	5	2.2
	Üniversite ve üzeri	21	9.2
	<b>Yaşanılan yer</b>	Köy	74
	İlçe	46	20.2
	İl	108	47.4
<b>Sosyal güvence varlığı</b>	Var	226	99.1
	Yok	2	0.9
<b>Mevcut çalışma durumu</b>	Çalışıyor	28	12.3
	Çalışmıyor	200	87.7
<b>Gelir düzeyi</b>	Düşük	98	43.0
	Orta	123	53.9
	Yüksek	7	3.1
<b>Toplam</b>		<b>228</b>	<b>100.00</b>

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılanların yaşları 21 ile 85 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları 60.14 $\pm$ 12.30 ve %57.9’u 60 yaş ve üzeridir. Katılımcıların %57.5’i erkek, %78.1’i ise evlidir. Bireylerin %41.2’si ilkokul mezunu, %20.2’si ise okur-yazar değildir. Araştırmaya katılanların %47.4’ü ilde yaşamakta, %99.1’inin sosyal güvencesi bulunmakta, %87.7’si çalışmamakta ve %53.9’u orta gelirlidir.

**Tablo 4.2.** Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Dağılımı (n = 228)

	<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tanı</b>	Akciğer Kanseri	40	17.5
	Kolon Kanseri	39	17.1
	Mide Kanseri	26	11.4
	Meme Kanseri	20	8.8
	Pankreas Kanseri	17	7.5
	Rektum Kanseri	14	6.1
	Diğer Kanseler	72	31.6
<b>Evre</b>	Evre 1	24	10.5
	Evre 2	35	15.4
	Evre 3	79	34.6
	Evre 4	90	39.5
<b>Daha öncesinde hastanede yatma durumu</b>	Evet	215	94.3
	Hayır	13	5.7
<b>Daha öncesinde bu hastaneden hizmet alma deneyiminin varlığı</b>	Evet	158	69.3
	Hayır	70	30.7
<b>Hizmet alındı ise hizmet alınma şekli (n = 158)</b>	Ayaktan tedavi	31	19.6
	Yatarak tedavi	72	45.6
	Hem ayaktan hem yatarak tedavi	55	34.8
<b>Bu seferki yatışta hastanedeki toplam kalış süresi</b>	3 gün	168	73.7
	4 gün	18	7.9
	5 gün	11	4.8
	6 gün	5	2.2
	7 gün	6	2.6
	8 gün ve üzeri	20	8.8
	<b>Minimum</b>		3.00
	<b>Maksimum</b>		24.00
	<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>		4.21±3.17
<b>Refakatçi varlığı</b>	Evet	222	97.4
	Hayır	6	2.6
<b>Şu anki sağlık durumu değerlendirmesi</b>	İyi	92	40.4
	Orta	100	43.9
	Kötü	36	15.8
<b>Toplam</b>		<b>228</b>	<b>100.0</b>

Tablo 4.2’de araştırmaya katılan hastaların klinik özellikleri verilmiştir. Araştırmaya katılanların %17,5’i akciğer kanseri tanısına sahipken %31.6’sı diğer kanser tanılarına sahiptir.<sup>1</sup> Katılımcıların %39.5’i evre 4 iken %34.6’sı evre 3’tür. Katılımcıların %94.3’ü daha öncesinde hastanede yatmış, %69.3’ünün daha

<sup>1</sup> Diğer kanserler “over, mesane, özofagus, prostat, karaciğer, testis, safra kesesi, uterus, beyin, sarkom (yumuşak doku), larenks, böbrek, damak, lenfoma, timoma, dil, serviks, nazofarenks, kemik ve kemik iliği, omentum, akciğer zarı ve tonsil” kanserleridir.

öncesinde bu hastaneden hizmet alma deneyimi olmuş ve hizmet alanların hizmet alınma şekline göre %45.6'sı yatarak tedavi almıştır. Araştırmaya katılanların bu seferki yatışta hastanedeki toplam kalış süresi 3 ile 24 gün arasında değişmekte olup katılımcıların ortalama yatış süresi  $4.21 \pm 3.17$  gün ve %73.7'sinin bu seferki yatışta hastanedeki toplam kalış süresi 3 gündür. Hastaların %97.4'ünün refakatçisi vardır ve %43.9'u şu anki sağlık durumunu orta, %40.4'ü ise iyi olarak değerlendirmiştir.

#### 4.2. Hastaların Karşılanamayan Bakım Gereksinimleri, Hemşirelik Bakımından Duydukları Memnuniyet ve Hemşirelere Duydukları Güvene İlişkin Bulgular

**Tablo 4.3.** Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=228)

Ölçek Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	$\bar{X}$	SS	Alt Boyutların Cronbach Alfa Değerleri	Genel Cronbach Alfa Değeri
İletişim Alt Boyutu	1.00	5.00	1.68	0.70	0.399	0.614
Temel Bakım Alt Boyutu	1.00	5.00	3.85	1.19	0.697	

Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim ve temel bakım alt boyutları puan ortalamaları Tablo 4.3'te verilmiştir. Ölçeğin, iletişim alt boyutunun puan ortalamasının  $1.68 \pm 0.70$ ; temel bakım alt boyutunun puan ortalamasının  $3.85 \pm 1.19$  olduğu saptanmıştır. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu için 0.399, temel bakım alt boyutu için 0.697 olarak bulunmuştur. İki alt boyutun maddelerinin genel Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.614 olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 4.4.** Hastane Yatışında Hastaların İstenmeyen Olay Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı (n = 228)

Değişkenler		n (228)	%
Düşme	Evet	8	3.5
	Hayır	220	96.5
Deri bütünlüğünde bozulma / Yatak yarası	Evet	0	0.0
	Hayır	228	100.0
İlaç uygulama hatası	Evet	0	0.0
	Hayır	228	100.0
Yeni enfeksiyon gelişmesi	Evet	2	0.9
	Hayır	226	99.1
Damar yolu tıkanması	Evet	45	19.7
	Hayır	183	80.3
Damar yolundan cilt altına sızıntı olması	Evet	13	5.7
	Hayır	215	94.3
Başka sorun varlığı	Evet	0	0.0
	Hayır	228	100.0
Toplamda en az bir istenmeyen olay yaşama	Evet	55	24,1
	Hayır	173	75,9
<b>Toplam</b>		<b>228</b>	<b>100.0</b>

Hastane yatışında hastaların istenmeyen olay yaşama durumlarına göre dağılımı Tablo 4.4'te verilmiştir. Araştırmaya katılanların %24,1'i en az bir istenmeyen olay bildirmiştir. Katılımcıların %19.7'si damar yolu tıkanması, %5.7'si damar yolundan cilt altına sızıntı olması, %3.5'i düşme ve %0.9'u yeni enfeksiyon gelişmesi sorunlarıyla karşılaşmıştır. Araştırmaya katılanların hiçbiri deri bütünlüğünde bozulma / yatak yarası ve ilaç uygulama hatası yaşamamıştır. Ayrıca katılımcıların hiçbiri bunların dışında başka sorun varlığı bildirmemiştir.<sup>2</sup>

**Tablo 4.5.** Hastaların İstenmeyen Olay Yaşama Durumlarına Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)

Ölçek Alt Boyutları	Hastaların İstenmeyen Olay Yaşama Durumları	n	$\bar{X}$	SS	Test değeri	p
İletişim Alt Boyutu	Yaşayanlar	55	1.73	0.70	0.587**	0.558
	Yaşamayanlar	173	1.67	0.70		
Temel Bakım Alt Boyutu	Yaşayanlar	55	3.56	1.42	-1.825**	0.072
	Yaşamayanlar	173	3.94	1.10		

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi

<sup>2</sup> Çalışmamızda hastalar, istenmeyen olaylarla ilgili olarak yöneltilen sorulara “evet”, “hayır” veya “emin değilim” şeklinde cevaplar vermiştir ancak hastaların hiçbiri “emin değilim” şıkkını seçmemiştir. Bu yüzden “emin değilim” seçeneği oluşturulan tabloya eklenmemiştir.

Tablo 4.5'te hastaların istenmeyen olay yaşama durumlarına göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim ve temel bakım alt boyutları puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. İstenmeyen olay yaşayanlar ile istenmeyen olay yaşamayanların Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu ve temel bakım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.6.** Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği Puan Ortalamaları (n=228)

Ölçekler	Minimum	Maksimum	$\bar{X}$	SS	Cronbach Alfa Değerleri
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	73.00	95.00	91.90	4.95	0.878
Hemşirelere Güven Ölçeği	19.00	30.00	28.15	2.20	0.292

Hastaların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği puan ortalamaları Tablo 4.6'da verilmiştir. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puan ortalamasının  $91.90 \pm 4.95$ ; min-max değerlerinin 73.00-95.00 olduğu saptanmıştır. Hemşirelere Güven Ölçeği puan ortalamasının  $28.15 \pm 2.20$ ; min-max değerlerinin ise 19.00-30.00 olduğu tespit edilmiştir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği için 0.878, Hemşirelere Güven Ölçeği için ise 0.292 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.7.** Hastaların İstenmeyen Olay Yaşama Durumlarına Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n = 228)

Ölçekler	Hastaların İstenmeyen Olay Yaşama Durumları	n	$\bar{X}$	SS	Test değeri	p
Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği	Yaşayanlar	55	90.98	5.62	-1.444**	0.153
	Yaşamayanlar	173	92.19	4.69		
Hemşirelere Güven Ölçeği	Yaşayanlar	55	28.15	2.15	-0.031**	0.975
	Yaşamayanlar	173	28.16	2.22		

\* $p<0.05$ , \*\*Bağımsız t testi

Tablo 4.7’de hastaların istenmeyen olay yaşama durumlarına göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular verilmiştir. İstenmeyen olay yaşayanlar ile istenmeyen olay yaşamayanların hem Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puanları arasında hem de Hemşirelere Güven Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8.** Ölçek ve Ölçek Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n = 228)

Değişkenler		1	2	3	4
<b>1- İletişim Alt Boyutu</b>	r	1.000	0.219**	-0.245**	-0.208**
	p	-	0.001*	0.000*	0.002*
<b>2- Temel Bakım Alt Boyutu</b>	r		1.000	-0.040	-0.088
	p		-	0.546	0.184
<b>3- Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği</b>	r			1.000	0.426**
	p			-	0.000*
<b>4- Hemşirelere Güven Ölçeği</b>	r				1.000
	p				-

\* $p<0.05$ , \*\*Pearson korelasyon

Tablo 4.8’de Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta’nın iletişim ve temel bakım alt boyutları ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği arasındaki ve Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ile Hemşirelere Güven Ölçeği arasındaki ilişkiye ilişkin bulgular gösterilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişki düzeyi, korelasyon katsayısı (r) 0.00-0.29 arasında olunca zayıf; 0.30-0.64 arasında olunca orta; 0.65-0.84 arasında olunca güçlü; 0.85-1.00 arasında olunca da çok güçlü şeklinde değerlendirilebilir (259).

Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta’nın iletişim alt boyutu ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ( $r=-0.245$ ,  $p<0.05$ ) ve Hemşirelere Güven Ölçeği arasında ( $r=-0.208$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ancak Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta’nın temel bakım alt boyutu ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ( $r=-0.040$ ,  $p>0.05$ ) ve Hemşirelere Güven Ölçeği arasında ( $r=-0.088$ ,  $p>0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ile Hemşirelere Güven Ölçeği arasında ( $r=0.426$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.



**Tablo 4.9.** Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Hemşirelik Bakımından Duydukları Memnuniyet ve Hemşirelere Duydukları Güvene Etkisi (n = 228)

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	Beta	t	p	F	p (model)	R <sup>2</sup>
Bakım Memnuniyeti	Sabit	94.615	1.217	-	77.743	<b>0.000*</b>	7.200	<b>0.001*</b>	0.060
	Karşılanamayan iletişim	-1.748	0.467	-	-3.743	<b>0.000*</b>			
	Karşılanamayan temel bakım	0.059	0.276	0.014	0.212	0.832			
Hemşirelere Güven	Sabit	29.518	0.545	-	54.186	<b>0.000*</b>	5.339	<b>0.005*</b>	0.045
	Karşılanamayan iletişim	-0.622	0.209	-	-2.974	<b>0.003*</b>			
	Karşılanamayan temel bakım	-0.083	0.123	-	-0.671	0.503			

\*p<0.05

Karşılanamayan bakım gereksinimlerinin katılımcıların bakım memnuniyetine ve hemşirelere güvene etkisine ait bulgular Tablo 4.9’da verilmiştir. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta’nın iletişim ve temel bakım alt boyutları ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği kullanılarak, karşılanamayan bakım gereksinimlerinin bakım memnuniyetine etkisini incelemek amacıyla kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (F=7.200, p<0.05). Bağımsız değişkenlere ait anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, karşılanamayan iletişimin bakım memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (t=-3.743, p<0.05). Karşılanamayan iletişimdeki bir birimlik artış, bakım memnuniyetinde 1.748 birimlik azalışa neden olmaktadır (B=-1.748). Bakım memnuniyeti üzerindeki değişimin %6’sını açıklamaktadır (R<sup>2</sup>=0.060). Ancak karşılanamayan temel bakımın, bakım memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır (t=0.212, p>0.05).

Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta’nın iletişim ve temel bakım alt boyutları ile Hemşirelere Güven Ölçeği kullanılarak, karşılanamayan bakım gereksinimlerinin bakım memnuniyetine etkisini incelemek amacıyla kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (F=5.339, p<0.05). Bağımsız değişkenlere ait anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, karşılanamayan iletişimin hemşirelere güven üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu belirlenmiştir (t=-2.974, p<0.05). Karşılanamayan iletişimdeki bir birimlik artış, hemşirelere güvende 0.622 birimlik azalışa neden olmaktadır (B=-0.622). Hemşirelere güven üzerindeki değişimin %4.5’ini açıklamaktadır (R<sup>2</sup>=0.045).

Ancak karşılanamayan temel bakımın, hemşirelere güven üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir ( $t=-0.671$ ,  $p>0.05$ ).

**Tablo 4.10.** Hastaların Hemşirelik Bakımından Duydukları Memnuniyet ile Hemşirelere Duydukları Güvenin Karşılıklı Etkileri (n = 228)

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	B	Standart Hata	Beta	t	p	F	p (model)	R <sup>2</sup>
Bakım Memnuniyeti	Sabit	64.879	3.826	-	16.957	<b>0.000*</b>	50.178	<b>0.000*</b>	0.182
	Hemşirelere Güven	0.960	0.135	0.426	7.084	<b>0.000*</b>			
Hemşirelere Güven	Sabit	10.757	2.459	-	4.373	<b>0.000*</b>	50.178	<b>0.000*</b>	0.182
	Bakım Memnuniyeti	0.189	0.027	0.426	7.084	<b>0.000*</b>			

\* $p<0.05$

Hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet ile hemşirelere duydukları güvenin birbirleri üzerindeki karşılıklı etkileri Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Bakım memnuniyetinin hemşirelere güven üzerindeki etkisi ( $F=50.178$ ,  $p<0.05$ ) ile hemşirelere güvenin bakım memnuniyeti üzerindeki etkisini ( $F=50.178$ ,  $p<0.05$ ) incelemek için kurulan modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bağımsız değişkenlere ait anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, hem bakım memnuniyetinin hemşirelere güven üzerindeki etkisi ( $t=7.084$ ,  $p<0.05$ ) hem de hemşirelere güvenin bakım memnuniyeti üzerindeki etkisi ( $t=7.084$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olduğu tespit edilmiştir. Bakım memnuniyetindeki bir birimlik artış, hemşirelere güvende 0.960 birimlik artışa ( $B=0.960$ ) neden olurken hemşirelere güvende bir birimlik artış, bakım memnuniyetinde 0.189'luk artışa ( $B=0.189$ ) sebep olduğu bulunmuştur. Bakım memnuniyeti ile hemşirelere güven, birbirleri üzerindeki değişimin %18,2'sini açıklamaktadır ( $R^2=0.182$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde, “Kanser Hastalarında Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Bakım Memnuniyetine ve Hemşirelere Duydukları Güvene Etkisi” başlıklı çalışmanın bulguları, mevcut literatür ışığında tartışılmaktadır.

Çalışmamızda, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim ve temel bakım alt boyutları kullanılmıştır. Çalışmamızın bulgularına göre kanser hastalarının Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu puan ortalaması düşük düzeyde bulunurken; temel bakım alt boyutu puan ortalamasının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, katılımcıların bildirdiği üzere, hemşirelerin kanser hastalarının iletişim gereksinimlerini yüksek düzeyde karşıladığını ancak temel bakım gereksinimlerini düşük düzeyde karşıladığını göstermektedir. Literatürde doğrudan kanser hastalarında Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta kullanılarak anketin alt boyutlarının puan ortalamalarının incelendiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, Cho ve arkadaşları (260)'nın Kore'de tıbbi ve cerrahi birimlerinde yatan 208 hastayı dahil ettikleri çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde hastaların temel bakım alanında bildirdiği karşılanamayan gereksinim düzeyi yüksek düzeyde, iletişim alanı ise düşük düzeyde bulunmuştur (260). Bununla birlikte çalışma sonucumuz, hastaların temel bakım gereksinimlerinin iletişim gereksinimlerinden daha sık karşılanamadığını göstermektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde hastaların temel bakım alanındaki karşılanamayan bakım gereksinimlerinin ( $2,29 \pm 1,06$ ), iletişim alanından ( $1,69 \pm 0,71$ ) daha fazla olduğu saptanmıştır (106, 147). Aynı şekilde ülkemizde yapılan çalışmalarda da buna benzer sonuçların olduğu görülmektedir (23, 261). Bunun yanında, çalışmamızdaki iletişim alanı puan ortalamasının tıpkı Sönmez ve arkadaşları (23)'nin çalışmasındaki gibi, yurtdışındaki çalışmaların (106, 147, 260) biraz altında olduğu saptanmıştır. Sönmez ve arkadaşları (23)'nin çalışmalarında ifade ettiği üzere ülkemizde hastaların yanında refakatçileri kalabilmektedirler. Çalışmamızda da hastaların genelinin refakatçisi olduğu (Bkz. Tablo 4.2) için refakatçilerin, hemşirelerle veya diğer hastane personelleriyle iletişime geçerek hastanın gereksinim duyduğu iletişim gereksinimlerini (örneğin hastalık, tedavi ve bakım hakkında bilgi almak, yapılan testler veya işlemler hakkında bilgi edinmek vb.) gidermiş olması muhtemeldir ve durumun bundan kaynaklı olduğu

düşünülmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalar, yönetici hemşireler tarafından servislere hem yeterli sayıda hemşire dağıtıldığında karşılanamayan bakımı azaltabileceği belirtilmektedir (17, 108, 137). Çalışmamızdaki servislere, yönetici hemşireler tarafından hasta bakımı için yeterli hemşire dağıtılmış ve bu sayede hemşireler de hastaların karşılanamayan iletişim ihtiyaçlarını karşılamış olabilirler. Tüm bunlarla birlikte çalışmamızda, temel bakım alanı puan ortalamasının diğer çalışmalara (23, 147, 260) göre daha yüksek olduğu da görülmektedir. Bu durum birkaç sebepten kaynaklanmış olabilir. Örneğin, hemşireler hastaların temel bakım gereksinimlerini, hastaların yanında refakatçileri olduğu için yerine getirme gereği duymamış ve refakatçilerin dış fırçalama, banyo, hastanın yürütmesi veya bir sandalyeye oturması gibi hasta gereksinimlerini hastaya yardımcı olarak yerine getirmiş olabileceğini düşünmüş olabilirler. Hemşirelerin kontrol etme gereği duymama nedenlerinden bir tanesi de hastaların çoğunun (%73.7) bu seferki yatışta hastanedeki toplam kalış süresinin 3 gün olmasından kaynaklanmış olabilir (Bkz. Tablo 4.2). Nitekim çalışmamızda, bu seferki yatışta hastanedeki toplam kalış süresi 3 gün olan katılımcıların temel bakım alt boyutu puanlarının, 8 gün ve üzeri olan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ya da Kalisch (103)'in bir çalışmasında belirtildiği gibi hemşireler, bunu kendi işleri olarak görmemiş de olabilirler.

Çalışmamızda, kanser hastalarının en sık bildirdiği iki istenmeyen olay, damar yolu tıkanması ve damar yolundan cilt altına sızıntı olmasıdır. Hem dünyada (147, 260) hem de ülkemizde (23, 261) yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde ilk iki sıradaki yaşanan istenmeyen olayın damar yolu tıkanması ve damar yolundan cilt altına sızıntı olması olduğu çalışmalar mevcuttur. Bu durum hem ülkemizde hem de dünyada hastalara hemşireler tarafından bakım verilirken, damar yolu tıkanması ve damar yolundan cilt altına sızıntı olması olaylarının çok yaşandığını göstermektedir. İncelenen çalışmalarda, damar yolu tıkanması ve damar yolundan cilt altına sızıntı olması durumlarının oranı sırasıyla, Cho ve arkadaşları (260)'nın çalışmasında %17,2 ve %11,6; Kalisch ve arkadaşları (147)'nin çalışmasında %12 ve %15; Sönmez ve arkadaşları (23)'nin yaptığı çalışmada %40,1 ve %34,5; Yayla ve arkadaşları (261)'nin çalışmasındaysa %57 ve %25,1 olarak bulunmuş ancak görüldüğü üzere bu iki çalışmada (23, 261) oranlar nispeten daha

yüksek kaydedilmiştir. Bunun yanında çalışmamızda, yaşanan diğer iki istenmeyen olaydan düşmedeki oranın, yeni enfeksiyon gelişmesinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu iki bulgunun oranı çalışmalarda değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin, yapılan bir çalışmada (260) düşme %2,4 ve yeni enfeksiyon gelişmesi %2; başka bir çalışmada (147) düşme %2,3 ve yeni enfeksiyon gelişmesi %6,1; bir diğer çalışmada (23) düşme %4,9 ve yeni enfeksiyon gelişmesi %11,6; başka bir çalışmada (261) ise düşme %6,3 ve yeni enfeksiyon gelişmesi %11,1 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, diğer çalışmaların (23, 147, 260, 261) aksine, deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası ile ilaç uygulama hatası hakkında istenmeyen olay durumu bildirilmemiştir. Bu durumun, hastaların çoğunun (%73.7) bu seferki yatışta hastanedeki toplam kalış süresinin 3 gün olmasından (Bkz. Tablo 4.2) veya hemşirelerin hastaları yeterince gözetlemesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte hemşireler, kanserli hastaların özel bir grup olduğunun bilincinde olarak istenmeyen olay yaşanmaması için hastalara sundukları iyi bakımdan kaynaklanmış da olabilir. Ek olarak yönetici hemşireler de bu olayların yaşanmaması için gerekli tedbirleri hemşirelerle birlikte almış olabilir. Ayrıca bu noktada kurumun, kanserli hastalar için odaları tek kişilik ve refakatçisinin yanında kalabileceği şekilde tasarlaması ve bu sayede refakatçinin bakıma katılması gibi düzenlemeleri de çalışma sonucumuzu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda istenmeyen olay yaşayanlar ile istenmeyen olay yaşamayan hastaların Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu ve temel bakım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.5). Bu durum, çalışmamızda istenmeyen olay yaşayan kanser hastaları ile yaşamayanların karşılanamayan iletişim ve karşılanamayan temel bakım gereksinimlerinin benzer düzeyde olduğunu göstermektedir. Cho ve arkadaşları (260)'nın çalışmasında istenmeyen olay yaşayan hastaların karşılanamayan iletişim ve karşılanamayan temel bakım puan ortalamalarının, herhangi bir istenmeyen olay yaşamayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, Yayla ve arkadaşları (261)'nin yaptığı araştırmada da istenmeyen olay rapor eden hastaların karşılanamayan bakım puanının, rapor etmeyenlere kıyasla daha fazla bulunmuş ve bu iki grup arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu tespit edilmiştir. John ve arkadaşları (83) da çalışmalarında,

karşılanamayan bakımın istenmeyen olaylar üzerinde doğrudan anlamlı bir fark olduğunu ve karşılanamayan bakımın yaygınlığı ve sıklığı arttıkça istenmeyen olayların meydana gelme derecesinin arttığını belirtmektedir. Sönmez ve arkadaşları (23)'nin çalışmasında tüm istenmeyen olayların teker teker alt boyutlarla ilişkisine bakılmış ve damar yolu tıkanması yaşayanlar yaşamayanlara göre hem iletişimde hem temel bakımda anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuş; damar yolundan cilt altına sızıntı ile deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası durumunu yaşayanlar yaşamayanlara göre sadece temel bakımda anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuş, iletişimde ise bulunulmamış; diğer istenmeyen olaylarda ise her iki alt boyutta da anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmalardaki farklılıklar, farklı çalışma ortamlarından ya da farklı hasta popülasyonlarından kaynaklanmış olabilir. Bununla birlikte çalışmamızdaki kanser hastaları, istenmeyen olay yaşanma durumu ile karşılanamayan hemşirelik bakımını birbiriyle bağdaştırmamış olabilirler. Yani hastalar, istenmeyen olay yaşasalar bile bunu hemşirelik bakımının karşılanamamasına bağlamamış olabilirler. Bu da hastaların, ne karşılanamayan iletişimi ne de karşılanamayan temel bakımı, karşılanamayan hemşirelik bakımıyla ilişkilendirmemesine neden olmuş olabilir. Sonuç itibariyle bu da çalışmamızı etkilemiş olabilir.

Hemşirelik bakımından hastaların duydukları memnuniyet, sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için önemli bir göstergedir. Bu bağlamda, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği, hasta memnuniyetini ölçmek için yaygın olarak kullanılmaktadır. Çalışmamızda, hastaların hemşirelik bakımından yüksek düzeyde memnun oldukları bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.6). Hem ülkemizdeki hem de yurtdışındaki çalışmalara bakıldığında hastaların farklı memnuniyet düzeylerine sahip olduğu görülmektedir (41, 77-79, 187, 192, 262-265). Literatürde hem onkoloji hastalarıyla (77, 187) hem de diğer hasta gruplarıyla (41, 192, 262, 266) yapılan çalışmalarda hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet puan ortalamaları  $76,59 \pm 15,11$  ile  $90,07 \pm 6,21$  arasında değişmek üzere yüksek düzeyde bulunmuştur. Bununla birlikte literatürde, hem onkoloji hastalarıyla (78) hem de diğer hasta gruplarıyla (263-265, 267) yapılan çalışmalarda hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet puan ortalamaları  $58,19 \pm 9,12$  ile  $71,41 \pm 17,63$  arasında değişmek üzere ortanın üstündeki düzeyde de bulunmuştur.

Öte yandan, hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyeti orta düzeylerde bulan çalışma da vardır. Örneğin, palyatif bakım kliniğinde tedavi gören kanser hastalarıyla yapılan bir çalışmada ölçeğin puan ortalaması 51,12 olmak üzere orta düzeyde belirlenmiştir (79). Sonuç itibariyle hastaların orta düzeyde, ortanın üstündeki düzeyde ve yüksek düzeyde hemşirelik bakımından memnuniyet duyduğunu bulan çalışmalar mevcuttur. Çalışmamızda, hastaların hemşirelik bakımından yüksek düzeyde memnun olmaları, çalışmamızdaki en az 3 gün yatarak hemşirelerden bakım alan hastaların hemşirelere karşı güven oluşturmuş olmaları ve bunun da memnuniyetini etkilemiş olmasından kaynaklanmış olabilir. Nitekim çalışmamızda hastaların hemşirelere güvenin bakım memnuniyetini anlamlı ve pozitif yönde etkilediği bulunmuştur (Tablo 4.10). Öte yandan yönetici hemşireler, bakım sürecini iyi yönetmiş, bu durum da hemşirelerin hastalara verdikleri bakıma yansımış ve bu da hastaların, hemşirelik bakımında yüksek düzeyde memnuniyet duymalarını beraberinde getirmiş olabilir. Bununla birlikte, yapılan bir derleme çalışmasında; hizmet sağlayıcının hastalara karşı davranışının daha yüksek hasta memnuniyeti için önemli olduğu belirtilmektedir (170). Çalışmamızda da hemşirelerin hastalara karşı olumlu davranışları nedeniyle hastalar pozitif etkilenmiş ve bu da hastaların hemşirelik bakımından yüksek düzeyde memnuniyet duymalarına sebebiyet vermiş olabilir. Son olarak, verilerin toplandığı dönemde 6 Şubat 2023 depreminin yaşanması hizmet sunumunu değiştirmesi, hastaların bu dönemde hemşirelerden kaliteli bakım aldıkları algısının güçlenmesine ve bu da hastaların hemşirelik bakımından yüksek düzeyde memnuniyet bildirmelerine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda, istenmeyen olay yaşayan hastalar ile yaşamayanların Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.7). Çalışmanın sonucu bu şekilde beklenmiyordu, nitekim istenmeyen olay yaşayanların daha az memnuniyet bildireceği düşünülmüştü. Yapılan bir çalışmada memnun olan hastalar daha az olumsuz deneyim bildirirken, memnun olmayanlar daha fazla olumsuz deneyim bildirmiştir (268). Bununla birlikte, memnun olan hastaların %60'ı bir veya daha çok olumsuz deneyim bildirmiştir. (268). Yapılan başka bir çalışmada en az bir minör istenmeyen olayın meydana gelmesiyle hasta memnuniyetsizliği arasında ilişki

olduğu bulunmuştur (269). Literatüre bakıldığında konuyla ilgili sınırlı çalışmanın yapıldığı görülmektedir. Çalışmamızın, yapılan çalışmalarla uyumlu olmadığı da görülmektedir. Bu durum, hasta memnuniyetini etkileyen birden fazla etkenin varlığını göstermektedir. İstenmeyen olaylar, hasta memnuniyetini etkileyebilecek birden çok faktörden sadece bir tanesidir ve bu çalışmanın sonuçları, istenmeyen olayların hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinin beklenenden az olduğunu göstermektedir. Ayrıca, istenmeyen olayların kanser hastalarının hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet üzerindeki etkisinin, hastanın istenmeyen olaya tepkisine, istenmeyen olayın ciddiyetine ve istenmeyen olayın yönetimine bağlı olarak değişebileceğini gösteriyor olabilir. Bununla birlikte hemşirelerin kanser hastalarıyla geliştirmiş olduğu olumlu ilişkiler de bu durumu etkilemiş olabilir. Bundan kaynaklı olarak hastaların istenmeyen olay yaşamaları, hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini etkilememiş olabilir.

Çalışmamızda, hastaların hemşirelere yüksek düzeyde güvendiği bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.6). Yapılan başka çalışmalarda da çalışmamıza benzer şekilde hastaların, hemşirelere yüksek düzeyde güvendiği görülmüştür (41, 62, 225, 240, 270). Radwin ve Cabral (227)'in yatan hematoloji-onkoloji hastalarıyla yaptığı geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında hastaların hemşirelere olan güveninin yüksek olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da hastaların hemşirelere olan güven düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (41, 66, 80, 81, 253, 266). Yücel ve Ay (253), Ozaras ve Abaan (66) ve Huz (80)'un araştırmalarına göre, onkoloji kliniklerinde tedavi gören hastaların, hemşirelere olan güvenlerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Hem çalışmamızın sonucu hem de literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları, hastaların hemşirelik bakımı alırken hemşirelere güvendiğini, öte yandan hemşirelerin de hastalara bakım sunarken hastalarda güven oluşturduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda istenmeyen olay yaşayan hastalar ile yaşamayanların Hemşirelere Güven Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.7). Literatürde istenmeyen olay yaşayanlarla hastaların hemşirelere duyduğu güven arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Dolayısıyla çalışmamızın literatüre katkı sağladığı düşünülmektedir. Bununla birlikte bu konuyu doğrudan ele alan çalışmanın olmaması nedeniyle



sonuçlarımızı destekleyen bir çalışma da yoktur. Ancak yapılan çalışmalarda doktor-hasta arasındaki güvenin istenmeyen olaylarla hastaların doktorlarına duydukları güven arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir (271, 272). Bu, istenmeyen olayların hastaların sağlık profesyonelleri olan hemşirelere de genellenerek istenmeyen olay yaşanması ile hastanın hemşireye duyduğu güveni azaltabileceği anlamına gelebilir. Yapılan bir çalışmada olumlu hemşirelik liderlik davranışları, tarzları veya uygulamaları ile artan hasta memnuniyeti ve azalan olumsuz olaylar arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirtilmektedir (273). Çalışmamızda istenmeyen olay yaşayan hastalar ile yaşamayanların hemşirelere güven puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasının çalışmamızdaki istenmeyen olay yaşayan kanser hastalarının, bu olayların hemşirelerin kontrolü dışında olduğunu düşünmelerinden kaynaklanabilir. Bu da hemşirelere olan güven puanlarının etkilenmemesine sebebiyet vermiş olabilir. Bunun yanında, kanser hastalarının hemşirelik bakımından yüksek düzeyde memnun olmaları (Bkz. Tablo 4.6) da istenmeyen olay yaşayan ve yaşamayan hastaların güven puanlarında bir fark olmamasına neden olmuş olabilir. Ayrıca, çalışmamızdaki kanser hastalarının hemşirelerle güçlü bir ilişki kurmuş olması da istenmeyen olay yaşayan hastaların hemşirelere olan güvenlerinin etkilenmemesine yol açmış olabilir.

Hastaların bildirdiği karşılanamayan bakım ile hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet arasındaki ilişki önemlidir. Yapılan çalışmalarda hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet ile karşılanamayan bakım arasında negatif bir ilişki olduğu görülmektedir (36, 69, 70, 82). Bununla birlikte, karşılanamayan bakımın alt boyutları ile hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet arasındaki ilişkinin de incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.8). Bu, iletişimde karşılanamayan hemşirelik bakımı arttıkça hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin ve hemşirelere duydukları güvenin azaldığını; tam tersi iletişimde karşılanamayan hemşirelik bakımı azaldıkça hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin ve hemşirelere duydukları güvenin arttığını göstermektedir.

Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın temel bakım alt boyutu ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Bkz. Tablo 4.8). Çalışmadaki karşılanamayan iletişimin güven ve memnuniyetle negatif bir ilişkisinin olması ve karşılanamayan temel bakımın güven ve memnuniyetle anlamlı bir ilişkisinin olmaması kanser hastalarının hemşirelik bakımından tam olarak ne beklediğini bilmiyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bununla birlikte, hastalar için iletişimin temel bakımdan daha önemli olduğunu gösteriyor da olabilir. Yapılan bir çalışmada etkili ve kaliteli temel bakımın sağlanmasında iletişimin, hemşire-hasta ilişkisinin, bağlamsal ortamın ve liderlik etkisinin önemini kapsadığı belirtilmektedir (274). Bu ifadeden anlaşılacağı üzere temel bakımın iletişimi de kapsadığı görülmektedir. Bu yönüyle hastalar için temel bakıma göre iletişimin daha ön plana çıkması olağandır. Nitekim hemşirelerin hastalarla etkili iletişiminin hasta memnuniyetini önemli oranda etkilediği ifade edilmektedir (275). Etkili bir iletişim hasta memnuniyetinin yükselmesini sağlamakta ve nihayetinde hastayla iyi iş birlikçi ilişkiler kurarak güveni teşvik etmektedir (275). Literatürde, çalışmamızı destekleyecek şekilde hastaların iletişim ihtiyaçlarının karşılanması ile hasta memnuniyeti arasında pozitif ilişki bildiren çalışmalar mevcuttur (276-278). Bununla birlikte yapılan sınırlı sayıdaki nitel çalışmada (30, 31) karşılanamayan hemşirelik bakımının hemşireye olan güveni düşürdüğü belirtilmiş, bir çalışmada da hasta-hemşire ilişkisinde hastanın güvensizliği algılamasının, hemşire-hasta arasındaki iletişimi engellediği belirtilmiştir (63). Ozaras ve Abaan (66), "kötü muamele, mesleki yetersizlik ve iletişim sorunu" temalarının hemşirelere karşı güvensizliğe neden olduğunu belirtmektedir. Bu temalar aslında karşılanamayan temel bakım ve iletişim alt boyutlarının ikisini de kapsamaktadır. Ayrıca, karşılanamayan bakımın hastanın hemşireye olan güvenini negatif olarak etkileyebileceği belirtilmektedir (237). Dolayısıyla karşılanamayan bakımın hastanın hemşireye olan güvenin azalmasına neden olabileceği sonucuna ulaşılabilir.

Çalışmamızda, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim ve temel bakım alt boyutları ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği kullanılarak karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyete etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı

olduğu tespit edilmiştir (Bkz. 4.9). Yani bu, karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyeti etkilediği anlamına gelmektedir. Bağımsız değişkenlere ait anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, karşılanamayan iletişimin bakım memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Ancak çalışmamızda, karşılanamayan temel bakımın, bakım memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Literatürde, karşılanamayan iletişim ile karşılanamayan temel bakım ve hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat boyut bazında, karşılanamayan bakımın hasta memnuniyetine etkisi önemli olabilir. Bu noktada çalışmamızın literatüre önemli bir katkı sunduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte, karşılanamayan hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar mevcuttur. Regresyon analizi yapılan bir çalışmada, çalışmamızı destekleyecek şekilde karşılanamayan hemşirelik bakımının hasta memnuniyetini negatif olarak etkilediği bulunmuştur (186). Yapılan bir çalışmada düzeltilmiş model kullanıldığında, karşılanamayan hemşirelik bakım puanındaki 0,5 birimlik artışın, hastaların aldıkları bakımdan memnuniyetlerinde %37'lik bir düşüşle ilişkilendirilmiştir (82). Yapılan sistematik bir inceleme, karşılanamayan hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyetinin azaldığını bildirmiştir (148). Bu çalışmalar çalışmamızı destekler niteliktedir. Bunlara ek olarak, yapılan bir çalışmada karşılanamayan iletişim ve temel bakımın genel hastane değerlendirmeleri üzerine negatif yönlü bir etkisi olduğu belirtilmektedir (260). Bu da çalışmamızı dolaylı yoldan desteklemektedir ancak bu çalışma hem doğrudan hastanın hemşirelik bakımından memnuniyetini ölçmemiştir hem de çalışmada temel bakımın da genel hastane değerlendirmelerini etkilediği görülmüştür. Tüm bunlarla birlikte, çalışmamızda karşılanamayan iletişimin kanser hastalarının hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisinin çıkmasının birçok nedeni olabilir. Örneğin, kanser hastaları, hastalıklarının ciddiyetinden dolayı hemşirelerle iletişim kurma ve bu alanda bakım alma gereksinimine sahip olabilir. Ancak, hemşirelerin birçok hastaya bakım verme zorunluluğu veya yoğunluğu dolayısıyla her hastayla yeterince zaman geçiremeyebilirler. Bu durum ise kanser iletişim gereksinimlerinin

karşılanamamasına ve bu sonucu etkilemesine neden olmuş olabilir. Öte yandan kanser hastaları duygusal stres altında olabilir ve bu durum, hemşirelerle etkili bir iletişim kurmayı zorlaştırarak iletişim gereksinimlerinin karşılanamamasına neden olmuş olabilir. Bu da hasta hasta memnuniyetini negatif etkilemiş olabilir. Çalışmamızda karşılanamayan temel bakımın kanser hastalarının hemşirelik bakım memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmamasının da birçok nedeni olabilir. Örneğin hastaların hemşirelerden temel bakıma yönelik beklentileri bu sonucu etkileyebilir. Nitekim hastalar, temel bakım gereksinimlerinin karşılanmasını hemşirenin bir görevi olarak görmeyip kendisinin ve refakatçisinin karşılması gerektiğini düşünmüş olabilir. Beklentisinin bu şekilde olması ise hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyetten etkilenmemesine yol açmış olabilir. Bununla birlikte hasta ve refakatçilerinin temel bakıma katılıp gereksinimlerini kendilerinin karşılama da bu durumu etkilemiş olabilir. Öte yandan bu durum, hastaların tedavi sürecindeki aşamalarından veya psikolojik durumlarından da etkilenmiş olabilir. Nitekim bu faktörler hastaların karşılanamayan temel bakım ile hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet arasında, ilişki kuramamalarına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim ve temel bakım alt boyutları ile Hemşirelere Güven Ölçeği kullanılarak, karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hemşirelere güvene etkisi için kurulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Bkz. 4.9). Yani bu, karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların hemşirelere duydukları güveni etkilediği anlamına gelmektedir. Bağımsız değişkenlere ait anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, iletişimin hemşirelere güven üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Ancak çalışmamızda temel bakımın, hemşirelere güven üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan sınırlı sayıdaki nitel çalışmada (30, 31) karşılanamayan hemşirelik bakımının hemşireye olan güveni düşürdüğü belirtilmiştir ancak karşılanamayan iletişim ve temel bakımın boyut bazlı güvenle ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Öbür taraftan bilindiği kadarıyla literatürde, karşılanamayan hemşirelik bakımının hasta güvenine etkisini doğrudan inceleyen nicel bir çalışma yoktur ve çalışmamız bu yönüyle yapılan ilk çalışma özelliğini taşımaktadır. Bununla birlikte, yapılan bir

çalışmada, kişiler arası ilişkilerde, hemşire ve hastanın arasında güven bağının oluşturulmasının, hayati bir öneme sahip olduğu belirtilmektedir (279). Çünkü hastalar, sağlıklarını hemşirelere emanet etmektedir ve bu noktada hemşirelere güven duymaları gerekmektedir (225, 227). Hemşire-hasta ilişkisinde, gereksinimlerin ve beklentilerin karşılıklı olarak paylaşıldığı bir etkileşim ve ilişki bulunmakta olup, bu ilişkiyi güçlendiren temel unsur güvendir (66, 228). Güçlendirilen bu ilişki ise hasta bakımında birçok olumlu sonucun ortaya çıkmasına yardımcı olabileceği ifade edilmektedir (221, 225, 232). Bununla birlikte, hemşirelik bakımının karşılanamamasının, hastaların hemşirelere olan güvenini zedeleyebildiği ve genel hastane deneyimlerini olumsuz yönde etkileyebildiği belirtilmektedir (237, 238). Sonuç itibarıyla, karşılanamayan bakımın hasta güvenini azaltabildiği söylenebilir. Literatürde konuyla ilgili çalışmanın olmaması sebebiyle çalışmamızın bu boşluğu doldurmada önemli bir kaynak olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ile Hemşirelere Güven Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.8). Bu, hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet arttıkça hemşirelere duydukları güvenin de arttığını; aksine hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet azaldıkça hemşirelere duydukları güvenin de azaldığını göstermektedir. Literatürde konuyla ilgili yapılan çalışmalar mevcuttur (41, 71, 266). İspir ve arkadaşları (41)'nin çalışmasında hemşirelere güven ile hemşirelik bakımından memnuniyet arasında pozitif güçlü bir ilişki olduğu görülmektedir ( $r=0,826$ ,  $p<0,001$ ) (41). Çoşkun Palaz ve Kayacan (71)'nin çalışmasında hastaların hemşirelere güveni ile hemşirelik bakım memnuniyeti algıları arasında pozitif, anlamlı ve zayıf bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,348$ ,  $p <0,01$ ). İspir (266)'in çalışmasında ise hastaların hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyet ile hemşireye duyduğu güven puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü bir ilişki bulunmuştur ( $r:0,702$ ;  $p<0,01$ ). Çalışmalarda hastaların hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyet ile hemşireye duyduğu güven arasında pozitif bir ilişkinin bulunması çalışmamızı desteklemektedir. Bunların haricinde kalan diğer çalışmalara bakıldığında; bir çalışmada, hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti arasında; hizmet kalitesi ile hasta güveninin yeniden sağlanması arasında anlamlı bir ilişki saptamıştır (280). Yani

çalışmada, hastalara ne kadar iyi hemşirelik bakımı ve hemşirelik hizmeti verilirse, hasta memnuniyetinin de o kadar iyi olacağı ve hasta güveninin yeniden sağlanacağı belirtilmektedir (280). Başka bir çalışmada da sağlık hizmetinden hasta memnuniyeti ile hasta güveninin korelasyonunda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu ( $r=0.55$ ) bulunmuştur (281). Bu çalışmaların da dolaylı olarak çalışmamızı desteklediği söylenebilir. Bu doğrultuda, hastaların hemşirelik bakımından memnun olmaları ile hemşirelere duydukları güven arasında olumlu bir bağlantının var olduğunu söylemek mümkündür.

Çalışmamızda, bakım memnuniyetinin hemşirelere güven üzerindeki etkisi ile hemşirelere güvenin bakım memnuniyeti üzerindeki etkisini incelemek için kurulan modellerin istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.10). Bu sonuçlar, bakım memnuniyeti ile güvenin birbirini karşılıklı olarak etkilediğini göstermektedir. Literatürde doğrudan çalışmamızı destekleyecek şekilde hasta memnuniyetinin hasta güveni üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamış olsa da hasta güveninin hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmaya ulaşılmıştır (71). Bu çalışmada (71), regresyon analizi yapılmış ve hasta güveninin hasta memnuniyet algısı üzerinde pozitif ( $B=0,046$ ) yönde ve %0,31'lik bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma haricindeki diğer çalışmalara bakıldığında; bakım verici-hasta ile memnuniyet ve güvenin ilişkisinin incelendiği ve lojistik regresyonun kullanıldığı bir çalışmada hasta memnuniyetinin daha yüksek güven düzeyi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (242). Başka bir çalışmada da sağlık hizmetinden hasta memnuniyetinin hasta güveni üzerindeki etkisi için yapılan regresyon analizde hasta memnuniyetinin hasta güveni üzerinde pozitif ( $B=0,43$ ) yönde ve %30'luk bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır (281). Bu çalışmaların da dolaylı olarak çalışmamızı desteklediği söylenebilir. Bu doğrultuda, hastaların hemşirelik bakımından memnun olmaları ile hemşirelere duydukları güvenin birbirinden etkilendiğini ifade etmek mümkündür.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu bölümde, “Kanser Hastalarında Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Bakım Memnuniyetine ve Hemşirelere Duydukları Güvene Etkisi” başlıklı çalışmanın sonuçları verilmiş ve bu sonuçlara yönelik önerilerde bulunulmuştur.

### 6.1. Sonuçlar

1. Çalışmamızda, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu puan ortalaması ( $\bar{X} \pm SS = 1.68 \pm 0.70$ ), düşük düzeyde bulunurken; temel bakım alt boyutu puan ortalamasının ( $\bar{X} \pm SS = 3.85 \pm 1.19$ ) yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır.
2. Katılımcıların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır ( $\bar{X} \pm SS = 91.90 \pm 4.95$ ).
3. Katılımcıların hemşirelere duydukları güven düzeyi yüksek olarak saptanmıştır ( $\bar{X} \pm SS = 28.15 \pm 2.20$ ).
4. Hastaların hastane yatışında yaşadıkları en yüksek dört istenmeyen olay durumu sırasıyla damar yolu tıkanması (%19.7), damar yolundan cilt altına sızıntı olması (% 5.7), düşme (%3.5) ve yeni enfeksiyon gelişmesi (%0.9) olduğu belirlenmiştir.
5. Hastaların istenmeyen olay yaşama ve istenmeyen olay yaşamamalarına göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu ile temel bakım alt boyutu, Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ).
6. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim alt boyutu ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ( $r = -0.245$ ,  $p < 0.05$ ) ve Hemşirelere Güven Ölçeği arasında ( $r = -0.208$ ,  $p < 0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ancak Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın temel bakım alt boyutu ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ( $r = -0.040$ ,  $p > 0.05$ ) ve Hemşirelere Güven Ölçeği arasında ( $r = -0.088$ ,  $p > 0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

7. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ile Hemşirelere Güven Ölçeği arasında ( $r=0.426$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve orta düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır.
8. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletişim ve temel bakım alt boyutları ile Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hemşirelere Güven Ölçeği kullanılarak, karşılanamayan bakım gereksinimlerinin bakım memnuniyetine ( $F=7.200$ ,  $p<0.05$ ) ve hemşirelere güvene ( $F=5.339$ ,  $p<0.05$ ) etkisini incelemek için kurulan modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bağımsız değişkenlere ait anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, karşılanamayan iletişimin hem bakım memnuniyeti üzerinde ( $t=-3.743$ ,  $p<0.05$ ) hem de hemşirelere güven üzerinde ( $t=-2.974$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir etkisi olduğu saptanırken, karşılanamayan temel bakımın ne bakım memnuniyeti üzerinde ( $t=0.212$ ,  $p>0.05$ ) ne de hemşirelere güven üzerinde ( $t=-0.671$ ,  $p>0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Karşılanamayan iletişimdeki bir birimlik artış, bakım memnuniyetinde 1.748 birimlik azalışa sebep olurken ( $B=-1.748$ ), hemşirelere güvende 0.622 birimlik azalışa neden olmaktadır ( $B=-0.622$ ). Karşılanamayan bakım gereksinimleri, bakım memnuniyeti üzerindeki değişimin %6'sını açıklarken ( $R^2=0.060$ ), hemşirelere güven üzerindeki değişimin %4.5'ini açıklamaktadır ( $R^2=0.045$ ).
9. Hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin hemşirelere güveni üzerindeki etkisi ( $F=50.178$ ,  $p<0.05$ ) ile hastaların hemşirelere güvenin hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet üzerindeki etkisini ( $F=50.178$ ,  $p<0.05$ ) incelemek amacıyla kurulan modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Bağımsız değişkenlere ait anlamlılık düzeyleri incelendiğinde, hem bakım memnuniyetinin hemşirelere güven üzerindeki etkisi ( $t=7.084$ ,  $p<0.05$ ) hem de hemşirelere güvenin bakım memnuniyeti üzerindeki etkisi ( $t=7.084$ ,  $p<0.05$ ) istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü olduğu bulunmuştur. Bakım memnuniyetindeki bir birimlik artış, hemşirelere güvende 0.960 birimlik artışa ( $B=0.960$ ) neden olurken hemşirelere güvendeki bir birimlik artış, bakım memnuniyetinde 0.189'lük



artıŖa ( $B=0.0189$ ) neden olduğu saptanmıŖtır. Bakım memnuniyeti ile hemŖirelere güven, birbirleri üzerindeki deĐiŖimin %18,2'sini aklamaktadır ( $R^2=0.182$ ).

## 6.2. neriler

AraŖtırmanın sonuçlarına dayanarak, aŖaĐıda belirtilen öneriler sunulmuŖtur.

1. alıŖmamızda, kanser hastalarının KarŖılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletiŖim alt boyutu puan ortalaması dŖk düzeyde ıkmıŖ olmasına rağmen karŖılanamayan iletiŖimin, hem hastaların hemŖirelik bakımından duydukları memnuniyet hem de hemŖirelere duydukları güven üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde bir etkiye sahip olduğu belirlendiği iin hemŖirelerin, kanser hastalarının iletiŖim gereksinimlerini karŖılayacak biimde bakım sunması ve yönetici hemŖireler ile kurumun, hasta-hemŖire arasındaki iletiŖimi artıracak düzenlemeler yapmaları,
2. alıŖmamızda her ne kadar karŖılanamayan temel bakımın kanser hastalarının hemŖirelik bakımından duydukları memnuniyet ve hemŖirelere duydukları güven üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptansa da KarŖılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın temel bakım alt boyutu puan ortalamasının yüksek düzeyde ıkmıŖ olması nedeniyle kurumda alıŖan hemŖirelerin, hastaların karŖılanamayan temel bakımına daha ok dikkat ederek ve hastaların temel bakım gereksinimlerini karŖılayarak hastalara bakım sunması,
3. alıŖmamızda kanser hastalarının, KarŖılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın iletiŖim alt boyutu puan ortalaması dŖk düzeyde ıksa da karŖılanamayan iletiŖimin hastaların hemŖirelik bakımından duydukları memnuniyet ve hemŖirelere duydukları güven ile istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve zayıf düzeyde bir iliŖkisinin olması ve KarŖılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın temel bakım alt boyutu puanının yüksek düzeyde saptanması nedeniyle araŖtırmanın yapıldığı kurumun karŖılanamayan iletiŖim ve karŖılanamayan temel bakıma yol aan öncülleri/sebepleri ve etkileyen faktörleri belirlemesi, bunları ortadan kaldırmak iin kök neden analizi ile gerekli diğer analizleri yapması ve zm stratejilerini geliŖtirmesi; bununla

birlikte KHB'nin önlenmesi için prosedürler geliştirmesi, bakım uygulamalarını güçlendiren politikaları çalışanlarına benimsetmesi,

4. Çalışmamızda istenmeyen olay yaşayan kanser hastaları ile yaşamayanların karşılanamayan iletişim, karşılanamayan temel bakım, hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet ve hemşirelere duydukları güven puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da katılımcıların %24,1'inin en az bir istenmeyen olay bildirmesi nedeniyle hemşire ve yönetici hemşirelerin istenmeyen olay yaşanmaması için gerekli önlemleri alması,
5. Çalışmamızda, Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'daki altıncı yanıt seçeneğini işaretleyen katılımcıların ölçek özelliğinden dolayı veri analizine dahil edilmemiş olması nedeniyle KHB ile kanser hastalarının hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet ve hemşirelere duydukları güven arasındaki ilişkiyi veya KHB'nin kanser hastalarının hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet ve hemşirelere olan güvenine etkisini inceleyen çalışmaların farklı ölçüm araçlarıyla ve daha büyük örneklem gruplarında yapılması,
6. Kurumların, belirli aralıklarla KHB, güven ve memnuniyet düzeylerini belirlemesi, değerlendirmesi ve olumsuz durumlarda önleyici önlemleri alması önerilebilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Baykara O. Current Modalities in Treatment of Cancer. BAUN Sağ Bil Derg. 2016;5(3):154-65.
2. Tan M, Akgün Şahin Z. Kemoterapi Alan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnun Olma Durumlarının İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;12(3):38-45.
3. Saruhan Ç. Cancer, Side Effects Of Chemotherapy and Nursing Care. Int J of Health Serv Res and Policy. 2020;5(1):51-63.
4. Yıldırım Öztürk EN, Uyar M. Evaluation of the Five Most Common Types of Cancer in the World, Europe and Turkey Via Globocan 2012 and 2018 Data. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi. 2021;4(1):17-27.
5. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2020 [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2023]. Erişim Adresi: <https://gco.iarc.fr/today>.
6. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2024 [Erişim Tarihi: 25 Şubat 2024]. Erişim Adresi: <https://gco.iarc.who.int/today>.
7. Ateş E, Set T, Canyılmaz E, Çakır NG, Yurtsever C, Yöney A. Kanser Hastalarının ve Onlara Bakım Veren Kişilerin Depresyon ve Anksiyete Durumlarının Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2018;18(1):61-7.
8. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. Int J Cancer. 2015;136(5):E359-86.
9. Rajcan L, Lockhart JS, Goodfellow LM. Generating Oncology Patient Trust in the Nurse: An Integrative Review. Western Journal of Nursing Research. 2021;43(1):85-98.
10. Lin CC. When Cancer Care Becomes a Long-term Care Issue: Are We Ready? Cancer Nurs. 2017;40(5):341-2.
11. Mawardika T, Afiyanti Y, Rahmah H. Gynecological cancer inpatients need more supportive nursing care than outpatients: a comparative study. BMC Nursing. 2019;18(S1):1-6.
12. Şipal G, Arslan S. Hematolojik Kanserli Hastaların Destekleyici Bakımı Gereksinimleri ve Hastalığı Kabul Düzeyi. HUEMFAD. 2023;10(2):171-8.
13. Lyu X-C, Jiang H-J, Lee L-H, Yang C-I, Sun X-Y. Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. BMC Nursing. 2024;23(1).
14. Çelik H. Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Malatya: İnönü Üniversitesi; 2021.

15. Ayvat İ. Ayaktan Kemoterapi Alan Kanser Hastalarının Karşılanmamış Destekleyici Bakım Gereksinimlerinin Yaş Bağlamında İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
16. Sütsünbüloğlu, E. Kolorektal Kanserli Hastalarda Perioperatif Hemşire Danışmanlığının Hasta Sonuçlarına Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi; 2021.
17. Cho SH, Kim YS, Yeon KN, You SJ, Lee ID. Effects of increasing nurse staffing on missed nursing care. *Int Nurs Rev.* 2015;62(2):267-74.
18. İlaslan N, Yıldırım Şişman N. Evaluation of nurses in a university hospital for the amount and reasons of unmet nursing need. *Çukurova Medical Journal.* 2019;44(4):1226-36.
19. Boyes AW, Clinton-McHarg T, Waller AE, Steele A, D'Este CA, Sanson-Fisher RW. Prevalence and correlates of the unmet supportive care needs of individuals diagnosed with a haematological malignancy. *Acta Oncol.* 2015;54(4):507-14.
20. Lynagh MC, Williamson A, Bradstock K, Campbell S, Carey M, Paul C, et al. A national study of the unmet needs of support persons of haematological cancer survivors in rural and urban areas of Australia. *Support Care Cancer.* 2018;26(6):1967-77.
21. Bozdoğan Yeşilot S, Öz F. Cancer Patients' Perceptions of Nursing Presence. *J Psy Nurs.* 2017;8(3):150-6.
22. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What are the unmet supportive care needs of people with cancer? A systematic review. *Support Care Cancer.* 2009;17(8):1117-28.
23. Sönmez B, İspir Ö, Türkmen B, Duygulu S, Yıldırım A. The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):2072-80.
24. Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res.* 2014;36(7):875-90.
25. Papastavrou E, Charalambous A, Vryonides S, Eleftheriou C, Merkouris 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.
26. Smith JG, Morin KH, Wallace LE, Lake ET. Association of the Nurse Work Environment, Collective Efficacy, and Missed Care. *West J Nurs Res.* 2018;40(6):779-98.
27. Hamou A, Katsaragakis S, Giannakopoulou M, Patiraki E. CN33 Is there a relationship between missed nursing care and compassion fatigue of nursing staff at a Greek Oncology Hospital? *Annals of Oncology.* 2021;32:S1267-S8.
28. Ha SH, Kim M, Kim H, No B, Go A, Choi M, et al. Cancer-Oriented Comprehensive Nursing Services in Republic of Korea: Lessons from an Oncologist's Perspective. *Medicina.* 2023;59(1):144.
29. Papastavrou E, Igoumenidis M, Lemonidou C. Equality as an ethical concept within the context of nursing care rationing. *Nurs Philos.* 2020;21(1):e12284.

30. Aminaie N, Mirlashari J, Lehto RH, Lashkari M, Negarandeh R. Iranian Cancer Patients Perceptions of Barriers to Participation in Decision-Making: Potential Impact on Patient-Centered Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2019;6(4):372-80.
31. Halldórsdóttir S, Hamrin E. Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*. 1997;20(2):120-8.
32. Kuzu C, Ulus B. Cerrahi Kliniklerde Tedavi Gören Hastaların Aldıkları Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2014;5(2):129-34.
33. Akyüz S, Yıldırım J, Öztaş D. Development of a Satisfaction Questionnaire for Cancer Patients in Turkey. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2019;4(1):13-23.
34. Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2001;5(2):69-74.
35. Koç S, Büker N, Şavkım R, Kıter E. The effects of independence and depression level on patients satisfaction with nursing care in orthopedic and traumatology patients. *J Kartal TR*. 2012;23(3):130-6.
36. Lake ET, Germack HD, Viscardi MK. Missed nursing care is linked to patient satisfaction: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf*. 2016;25(7):535-43.
37. Pask EJ. Trust: an essential component of nursing practice - implications for nurse education. *Nurse Educ Today*. 1995;15(3):190-5.
38. Hupcey JE, Miller J. Community dwelling adults' perception of interpersonal trust vs. trust in health care providers. *J Clin Nurs*. 2006;15(9):1132-9.
39. Gopichandran V, Chetlapalli SK. Dimensions and determinants of trust in health care in resource poor settings - a qualitative exploration. *PLoS One*. 2013;8(7):e69170.
40. Dinç L, Gastmans C. Trust in nurse-patient relationships: a literature review. *Nurs Ethics*. 2013;20(5):501-16.
41. İspir Demir Ö, Yıldırım A, Sönmez B, Duygulu S. Relationship between Structural Empowerment and Nurse and Patient-Reported Outcomes: The Mediating Role of Control over Nursing Practices. *Western Journal of Nursing Research*. 2023;45(7):634-45.
42. Lo C, Burman D, Rodin G, Zimmermann C. Measuring patient satisfaction in oncology palliative care: psychometric properties of the FAMCARE-patient scale. *Qual Life Res*. 2009;18(6):747-52.
43. Ntarangwi TK. Satisfaction with Nursing Care among Cancer Patients Admitted In Oncology Wards at a National Referral Hospital in Kenya. *Saudi J Nurs Health Care*. 2019;2(11):374-80.
44. Kannappan SR, Veigas J, Walton M. Patient Satisfaction and Barriers to Nursing Care Quality in Oncology Units. *J Health Allied Sci NU*. 2023;13:247-52.
45. Almaghrabi ZA, Saati HS. Patient Satisfaction on the Holistic Care Approach Rendered by Nurses in the Oncology Ward. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 2022;89(1):6041-50.

46. Shady AB, Mohammed WG, Meawad EB. Elderly Cancer patients Satisfaction with quality of nursing care in day care unit at oncology center Mansoura University. *IOSR-JNHS*. 2018;7(6):1-10.
47. Dönmez E, Dolu İ, Dülger Z, Bayram Z, Can G, Akman M. Care Needs And Satisfaction with Nursing Care Quality of Cancer Patients. *WCRJ*. 2022;9:e2312.
48. Gorari A, Theodosopoulou E. Satisfaction with nursing care provided to patients who have undergone surgery for neoplastic disease. *Prog Health Sci*. 2015;5(1):29-41.
49. Charalambous A. Variations in patient satisfaction with care for breast, lung, head and neck and prostate cancers in different cancer care settings. *Eur J Oncol Nurs*. 2013;17(5):588-95.
50. Lam W, Wong FY, Chan AE. Factors Affecting the Levels of Satisfaction With Nurse-Patient Communication Among Oncology Patients. *Cancer Nursing*. 2020;43(4):E186-E96.
51. Vural Ö, Vural G. Kemoterapi Alan Jinekolojik Kanserli Hastaların Hemşirelik Bakım Memnuniyetlerinin Belirlenmesi *DEUHYO ED*. 2013;6(1):17-25.
52. Gupta D, Rodeghier M, Lis CG. Patient satisfaction with service quality as a predictor of survival outcomes in breast cancer. *Supportive Care in Cancer*. 2014;22(1):129-34.
53. Kim-Soon N, Abdulmaged AI, Mostafa SA, Mohammed MA, Musbah FA, Ali RR, 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;13:87-104.
54. Coban GI, Yurdagul G. The relationship between cancer patients' perception of nursing care and nursing attitudes towards nursing profession. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2014;1:16-21.
55. Kleeberg UR, Tews JT, Ruprecht T, Höing M, Kuhlmann A, Runge C. Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC\* study. *Supportive Care in Cancer*. 2005;13(5):303-10.
56. Alshammari M. The impact of adult patient communication experiences on patient satisfaction with nursing cancer care: A cross-sectional study. 2023.
57. Wang W, Song Z, Li R, Zhou J. Effects of comprehensive nursing care on recovery of patients after radical operation for colon carcinoma. *Int J Clin Exp Med*. 2021;14(7):2102-9.
58. Bando T, Onishi C, Imai Y. Treatment-associated symptoms and coping of postoperative patients with lung cancer in Japan: Development of a model of factors influencing hope. *Japan Journal of Nursing Science*. 2018;15(3):237-48.
59. Dinç L, Gastmans C. Trust and trustworthiness in nursing: an argument-based literature review. *Nurs Inq*. 2012;19(3):223-37.
60. Rchaidia L, Dierckx de Casterlé B, De Blaeser L, Gastmans C. Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review. *Nurs Ethics*. 2009;16(5):528-42.
61. Mok E, Chiu PC. Nurse-patient relationships in palliative care. *J Adv Nurs*. 2004;48(5):475-83.

62. Charalambous A, Radwin L, Berg A, Sjovall K, Patiraki E, Lemonidou C, et al. An international study of hospitalized cancer patients' health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: A path analysis. *Int J Nurs Stud*. 2016;61:176-86.
63. Jakobsson L, Holmberg L. Individual personal relations: effects on service quality. *IJHCQA*. 2011;24(6):430-40.
64. Rutherford MM. The Value of Trust to Nursing. *Nurs Econ*. 2014;32(6):283-8; 327; quiz 289.
65. Tuominen L, Leino-Kilpi H, Meretoja R. Expectations of patients with colorectal cancer towards nursing care– a thematic analysis. *European Journal of Oncology Nursing*. 2020;44:101699.
66. Ozaras G, Abaan S. Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship. *Nurs Ethics*. 2018;25(5):628-39.
67. Montpetit C, Singh-Carlson S. Engaging patients with radiation related skin discomfort in self-care. *Can Oncol Nurs J*. 2018;28(3):191-200.
68. Van Dusseldorp L, Groot M, Adriaansen M, Van Vught A, Vissers K, Peters J. What does the nurse practitioner mean to you? A patient-oriented qualitative study in oncological/palliative care. *J Clin Nurs*. 2019;28:589-602.
69. Bachnick S, Ausserhofer D, Baernholdt M, Simon M. Patient-centered care, nurse work environment and implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals: A cross-sectional multi-center study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;81:98-106.
70. Schubert M, Clarke SP, Glass TR, Schaffert-Witvliet B, De Geest S. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: A correlational study. *International Journal of Nursing Studies*. 2009;46(7):884-93.
71. Çoşkun Palaz S, Kayacan S. The relationship between the level of trust in nurses and nursing care quality perceptions of patients treated for Covid-19. *Scand J Caring Sci*. 2023;37(2):364-72.
72. Ball JE, Griffiths P, Rafferty AM, Lindqvist R, Murrells T, Tishelman C. A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *J Adv Nurs*. 2016;72(9):2086-97.
73. Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of Oncology Unit Nurse Managers on Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5(3):327-36.
74. Philip NS. Exploring holistic nurse manager roles with new patient satisfaction dimensions and expectations [Doctoral Dissertation]. United States, Arizona: University of Phoenix; 2014.
75. McCauley L, Kirwan M, Riklikiene O, Hinno S. A SCOPING REVIEW: The role of the nurse manager as represented in the missed care literature. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8):1770-82.

76. Efe N, Türe A. Hemşirelikte Yöneticiye Güven. *International Social Sciences Studies Journal*. 2020;6(55):392-403.
77. Torres-Contreras C, Buitrago-Vera M. Perception of Quality of Nursing Care in Patients Hospitalized In Oncology Services. *Revista Cuidarte*. 2011;2(1):138-48.
78. Akbulut G, Kant E, Ozmen S, Akpinar RB. Determining patients' satisfaction with the nursing services provided in an oncology clinic of Eastern Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10(3):1276-85.
79. Zengin L, Büyükbayram Z. Palyatif Bakım Kliniğinde Tedavi Gören Kanser Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. *J Tradit Complem Med*. 2019;2(1):17-24.
80. Huz HH. Kanser Hastalarında Hemşirenin Varlığı, Hasta- Hemşire Güven İlişkisi Ve Kurum İmajı Algısı [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2019.
81. Çelik Yavuz S. Hastaların Genel Hastane Hizmetlerinden Memnuniyetlerinin ve Hemşireye Olan Güveninin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2020.
82. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert-Witvliet B, Sloane DM, De Geest S. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care*. 2008;20(4):227-37.
83. John ME, Mgbekem MA, Nsemu AD, Maxwell GI. Missed nursing care, patient outcomes and care outcomes in selected hospitals in Southern Nigeria. *J Nur Healthcare*. 2016;1(2):1-5.
84. Dinç L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010:74-82.
85. Gül Ş. Bakım Kavramı Işığında Hemşirelik Bakımı ve Etkileyen Faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2019;10(2):129-34.
86. Göçmen Baykara Z, Eyüboğlu G. Covid-19 Pandemisinde Hemşirelik Bakımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020: Özel Sayı. 2020:9-17.
87. Kol E, Geçkil E, Arıkan C, İter M, Özcan Ö, Şakırgün E, et al. Türkiye’de Hemşirelik Bakım Algısının İncelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2017(3):163-72.
88. Öner Altıok H, Şengün F, Üstün B. Bakım: Kavram Analizi. *DEUHYO ED*. 2011;4(3):137-40.
89. Türk Dil Kurumu. İçinde *Güncel Türkçe Sözlük*. Bakım. Erişim Tarihi: Haziran 8, 2023, Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
90. Engster D. Rethinking Care Theory: The Practice of Caring and the Obligation to Care. *Hypatia*. 2005;20(3):50-74.
91. Arsat N, Chua BS, Wider W, Dasan N. The Impact of Working Environment on Nurses' Caring Behavior in Sabah, Malaysia. *Front Public Health*. 2022;10:858144.
92. Kaur D, Sambasivan M, Kumar N. Impact of emotional intelligence and spiritual intelligence on the caring behavior of nurses: a dimension-level exploratory study among public hospitals in Malaysia. *Appl Nurs Res*. 2015;28(4):293-8.



93. Mollaoğlu M, Çelik P. Evaluation of emergency department nursing services and patient satisfaction of services. *J Clin Nurs*. 2016;25(19-20):2778-85.
94. Yusefi AR, Sarvestani SR, Kavosi Z, Bahmaei J, Mehrizi MM, Mehralian G. Patients' perceptions of the quality of nursing services. *BMC Nurs*. 2022;21(1):131.
95. Kibret H, Tadesse B, Debella A, Degefa M, Regassa LD. Level and predictors of nurse caring behaviors among nurses serving in inpatient departments in public hospitals in Harari region, eastern Ethiopia. *BMC Nurs*. 2022;21(1):1-7.
96. Agussalim, Asikin M, Nasir M, Podding ITA, Rahman. Caring Behavior of Nurses Increase Level of Client's Satisfaction in Clinical Area. *American Journal of Biomedical Science & Research*. 2020;10(5):408-17.
97. Göçmen Baykara Z. The Concept of Nursing Care. *Turkish Journal of Bioethics*. 2014;1(2):92-9.
98. Dalpezzo NK. Nursing care: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2009;44(4):256-64.
99. Karaca A, Kaya L, Kaya G, Harmanci Seren AK. Psychometric properties of the quality nursing care scale-turkish version: a methodological study. *BMC Nurs*. 2022;21(1):370.
100. Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2014;15:39-44.
101. Güdük Ö. Uzun Dönemli Bakımda Tercihler ve Belirleyiciler: Formal Bakıma Karşı İnfomal Bakım. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2022;25(3):681-94.
102. Gül Ş, Dinç L. Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018:192-208.
103. Kalisch BJ. Missed nursing care: A qualitative study. *J Nurs Care Qual*. 2006;21(4):306-13.
104. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission. *Nurs Outlook*. 2009;57(1):3-9.
105. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2009;65(7):1509-17.
106. Dabney BW, Kalisch BJ. Nurse Staffing Levels and Patient-Reported Missed Nursing Care. *J Nurs Care Qual*. 2015;30(4):306-12.
107. Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(6):1121-37.
108. Taskiran Eskici G, Baykal U. Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. *Int J Nurs Pract*. 2022;28(5):e13050.
109. World Health Organization. Cancer: Key Facts [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2023]. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
110. Bisht J, Rawat P, Sehar U, Reddy PH. Caregivers with Cancer Patients: Focus on Hispanics. *Cancers*. 2023;15(3):626.

111. De Pergola G, Silvestris F. Obesity as a Major Risk Factor for Cancer. *Journal of Obesity*. 2013;2013:1-11.
112. Thun MJ, Peto R, Lopez AD, Monaco JH, Henley SJ, Heath CW, Doll R. Alcohol Consumption and Mortality among Middle-Aged and Elderly U.S. Adults. *New England Journal of Medicine*. 1997;337(24):1705-14.
113. Feskanich D, Ziegler RG, Michaud DS, Giovannucci EL, Speizer FE, Willett WC, Colditz GA. Prospective Study of Fruit and Vegetable Consumption and Risk of Lung Cancer Among Men and Women. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*. 2000;92(22):1812-23.
114. Yokuş B, Çakır DÜ. Kanser Biyokimyası. *Dicle Üniv Vet Fak Derg*. 2012;1(2):7-18.
115. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2021 [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi: 26 Şubat 2024]. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715>.
116. Chido-Amajuoyi OG, Osaghae I, Agogbuo O, Undavalli C, Onyeaka H, Ghoweba M, et al. Correlates of cost-related medication rationing and non-adherence among cancer survivors in the US. 2023.
117. Kousoulou M, Suhonen R, Charalambous A. Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019;41:33-40.
118. Kocaman Yıldırım N, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. *DEUHYO ED*. 2013;6(4):231-40.
119. Krishnasamy M, Hassan H, Jewell C, Moravski I, Lewin T. Perspectives on Emotional Care: A Qualitative Study with Cancer Patients, Carers, and Health Professionals. *Healthcare*. 2023;11(4):452.
120. Dahlin C. Palliative Care: Delivering Comprehensive Oncology Nursing Care. *Seminars in Oncology Nursing*. 2015;31(4):327-37.
121. Mazanec P, Prince-Paul M. Integrating Palliative Care into Active Cancer Treatment. *Seminars in Oncology Nursing*. 2014;30(4):203-11.
122. Lee YS, Yun Y, Kim EK, Kim HS. Relationship between self-consciousness and empathy for cancer patients among nursing students: The moderating effects of clinical practice satisfaction. *Nurse Education Today*. 2023;121:105715.
123. Harrison JD, Young JM, Price MA, Butow PN, Solomon MJ. What Are the Unmet Supportive Care Needs of People With Cancer? A Systematic Review. *Supportive Care In Cancer: Official Journal of The Multinational Association of Supportive Care in Cancer*. 2009;17(8):1117–28.
124. Fruet IMA, Dalmolin GDL, Bresolin JZ, Andolhe R, Barlem ELD. Moral Distress Assessment in the Nursing Team of a Hematology-Oncology Sector. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(suppl 1):58-65.
125. Aycock N, Boyle D. Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical journal of oncology nursing*. 2009;13(2):183-91.

126. Friese CR, Kalisch BJ, Lee KH. Patterns and correlates of missed nursing care in inpatient oncology units. *Cancer Nurs.* 2013;36(6):E51-7.
127. Lynch M, Dahlin C, Hultman T, Coakley EE. Palliative Care Nursing: Defining the Discipline? *Journal of Hospice & Palliative Nursing.* 2011;13(2).
128. Albelbeisi AH, Shaqfa KM, Aiash HS, Kishta WA, Alregeb EI. Prevalence of Missed Nursing Care and Associated Factors - a Nurse's Perspective - at the Oncology Departments in Gaza Strip, Palestine. *Austin J Nurs Health Care.* 2021;8(2):1062.
129. Uslu Şahan F, Terzioğlu F. Hemşirelerin Kanser Hastalarına Yönelik Manevi Bakım Uygulamaları ve Karşılaştıkları Engeller. *GÜSBD.* 2020;9(4):340-9.
130. Pehlivan, T. Onkoloji Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Tanılama Becerileri [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2013.
131. Özşaban A, Acaroğlu R. Karşılammamış Hemşirelik Bakımına Kavramsal Bakış: Bir Delphi Çalışması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2022;9(3):475-87.
132. Hosseini Z, Raisi L, Maghari AH, Karimollahi M. Missed nursing care in the COVID-19 pandemic in Iran. *International Journal of Nursing Knowledge.* 2023;34(3):179-84.
133. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Tryggvadóttir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *J Clin Nurs.* 2017;26(11-12):1524-34.
134. Al-Faouri I, Obaidat DM, Abualrub RF. Missed nursing care, staffing levels, job satisfaction, and intent to leave among Jordanian nurses. *Nursing Forum.* 2021;56(2):273-83.
135. Warshawsky NE, Cramer E, Grandfield EM, Schlotzhauer AE. The influence of nurse manager competency on practice environment, missed nursing care, and patient care quality: A cross-sectional study of nurse managers in U.S. hospitals. *Journal of Nursing Management.* 2022;30(6):1981-9.
136. Simonetti M, Cerón C, Galiano A, Lake ET, Aiken LH. Hospital work environment, nurse staffing and missed care in Chile: A cross-sectional observational study. *Journal of Clinical Nursing.* 2022;31(17-18):2518-29.
137. Nantsupawat A, Poghosyan L, Wichaikhum OA, Kunaviktikul W, Fang Y, Kueakomoldej S, et al. Nurse staffing, missed care, quality of care and adverse events: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management.* 2022;30(2):447-54.
138. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: Magnet versus non-Magnet hospitals. *Nurs Outlook.* 2012;60(5):e32-9.
139. Peterson H, Uibu E, Kangasniemi M. Care left undone and work organisation: A cross-sectional questionnaire-based study in surgical wards of Estonian hospitals. *Scand J Caring Sci.* 2022;36(1):285-94.
140. Elmaoğlu E, Özdemir S. Pediatri Hemşireleri Tarafından Karşılammamayan Bakım ve Nedenleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2022;15(2):175-85.
141. Eskin Bacaksız F, Alan H, Taskiran Eskici G, Gumus E. A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff

- characteristics, professional quality of life and work alienation. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):1975-85.
142. Abdelhadi N, Drach-Zahavy A, Srulovici E. Work interruptions and missed nursing care: A necessary evil or an opportunity? The role of nurses' sense of controllability. *Nurs Open.* 2022;9(1):309-19.
  143. Güleşen G. Hemşirelik Bakımında Önemli Bir Kavram: Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı ve Nedenleri. *TÜSBAD.* 2022;5(1):42-9.
  144. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2018;78:10-5.
  145. Carthon JM, Lasater KB, Sloane DM, Kutney-Lee A. The quality of hospital work environments and missed nursing care is linked to heart failure readmissions: a cross-sectional study of US hospitals. *BMJ Qual Saf.* 2015;24(4):255-63.
  146. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung J Med Sci.* 2021;37(2):82-91.
  147. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW. Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *Am J Med Qual.* 2014;29(5):415-22.
  148. Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs.* 2018;27(11-12):2248-59.
  149. Smith JG, Rogowski JA, Lake ET. Missed care relates to nurse job enjoyment and intention to leave in neonatal intensive care. *J Nurs Manag.* 2020;28(8):1940-7.
  150. Kalisch B, Tschannen D, Lee H. Does missed nursing care predict job satisfaction? *J Healthc Manag.* 2011;56(2):117-31; discussion 32-3.
  151. Tschannen D, Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: the impact on intention to leave and turnover. *Can J Nurs Res.* 2010;42(4):22-39.
  152. Zencir G, Eşer İ. Hemşirelikte Yeni Bir Kavram: Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2015;31(1):83-94.
  153. Ergezen FD, Kol E. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı. *Educ Res Nurs.* 2021;18(4):467-73.
  154. 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):1783-97.
  155. Blackman I, Lye CY, Darmawan IGN, Henderson J, Giles T, Willis E, et al. Modeling Missed Care: Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing.* 2018;15(3):178-88.
  156. Beiboer C, Andela R, Hafsteinsdóttir TB, 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;68:103603.

157. Türk Dil Kurumu. İçinde *Güncel Türkçe Sözlük*. Memnuniyet. Erişim Tarihi: Kasım 12, 2023, Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
158. Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*. 2002;6(32):1.
159. Merriam-Webster. İçinde *Merriam-Webster.com dictionary*. Satisfaction. Erişim Tarihi: Kasım 16, 2023, Erişim Adresi: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/satisfaction#dictionary-entry-1>.
160. Al-Neyadi HS, Abdallah S, Malik M. Measuring patient's satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL. *International Journal of Healthcare Management*. 2018;11(2):96-105.
161. Nazarian-Jashnabadi J, Rahnamay Bonab S, Haseli G, Tomaskova H, Hajiaghaei-Keshteli M. A dynamic expert system to increase patient satisfaction with an integrated approach of system dynamics, ISM, and ANP methods. *Expert Systems with Applications*. 2023;234:1-19.
162. Lim J-S, Lim K-S, Heinrichs JH, Al-Aali K, Aamir A, Qureshi MI. The role of hospital service quality in developing the satisfaction of the patients and hospital performance. *Management Science Letters*. 2018;8:1353-62.
163. Can G, Akin S, Aydiner A, Ozdilli K, Durna Z. Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patients' satisfaction. *Eur J Oncol Nurs*. 2008;12:387-92.
164. Milutinović D, Simin D, Brkić N, Brkić S. The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26:598-606.
165. Buhsem O. Lip Lift With Dermal Suspension Flap Technique: Effect on Patient Satisfaction and Scar Appearance. *Selcuk Med J*. 2023;39(2):69-74.
166. Bora Semiz B, Semiz T, Güneş K. Sağlık kurumlarında algılanan hizmet kalitesinin ve hasta memnuniyetinin ölçülmesine yönelik bir araştırma. *BMIJ*. 2023;11(3):1130-51.
167. Goes M, Oliveira H, Lopes M, Fonseca C, Pinho L, Marques M. A nursing care-sensitive patient satisfaction measure in older patients. *Sci Rep*. 2023;13(1):7607.
168. Guo S, Chang Y, Chang H, He X, Zhang Q, Song B, Liu Y. Patient satisfaction with nurses' care is positively related to the nurse-patient relationship in Chinese hospitals: A multicentre study. *Frontiers in Public Health*. 2023;10.
169. Rashad SU, Bibi A, Ahmad A, Ahmed T, Arshad Z, Ali Y, et al. Exploring Patient Satisfaction with Nursing Care and its Association with Gender at Tertiary Care Hospital Karachi. *Pakistan Journal of Health Sciences*. 2023;4(06):150-4.
170. Akthar N, Nayak S, Pai P Y. Determinants of patient satisfaction in Asia: Evidence from systematic review of literature. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2023;23:101393.

171. Purwitasari S, Suryawati C, Tri Purnami C. Patient satisfaction with chemotherapy nursing care: A review of the literature. *Malahayati International Journal of Nursing and Health Science*. 2023;6(1):35-42.
172. Özkan Şat S, Akbaş P, İş M, Yaman Sözbir Ş. The Reflections of the Communication Style on Patient Satisfaction and Nurses' Perceptions of the Profession. *Unika Journal of Health Sciences*. 2023;3(1):409-27.
173. Dinç D, Ünalın PC, Topsever P, Özyavaş S. Hasta memnuniyeti ve yönetim sistemi: Çözüm ortağı hekim. *Türk Aile Hek Derg*. 2009;13(2):93-8.
174. Fatima T, Malik SA, Shabbir A. Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty. *International Journal of Quality & Reliability Management*. 2018;35(6):1195-214.
175. Johansson P, Oléni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*. 2002;16(4):337-44.
176. Crosier M, Scott J, Steinfeld B. Improving satisfaction in patients receiving mental health care: a case study. *J Behav Health Serv Res*. 2012;39(1):42-54.
177. Güven E. Sağlık Yönetiminde Hasta Memnuniyeti: Bir Devlet Hastanesi Örneği. *OPUS-International Journal of Society Researches*. 2021;17(37):4873-93.
178. Uña Cidón E, Cuadrillero Martín F, Hijas Villaizán M, López Lara F. A pilot study of satisfaction in oncology nursing care: an indirect predictor of quality of care. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012;25(2):106-17.
179. Lis CG, Rodeghier M, Grutsch JF, Gupta D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology with a focus on health related quality of life. *BMC Health Services Research*. 2009;9(1):190.
180. Fuseini AG, Bayi R, Alhassan A, Atomlana JA. Satisfaction with the quality of nursing care among older adults during acute hospitalization in Ghana. *Nursing Open*. 2022;9:1286-93.
181. American Association of Colleges of Nursing (AACN). Nursing Workforce Fact Sheet [Internet]. July 2023 [Erişim Tarihi: 20 Kasım 2023]. Erişim Adresi: <https://www.aacnnursing.org/news-data/fact-sheets/nursing-workforce-fact-sheet>.
182. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs Res*. 1975;24(1):45-52.
183. Mrayyan MT. Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. *Int Nurs Rev*. 2006;53:224-30.
184. Özsoy SA, Özgür G, Durmaz Akyol A. Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: a literature review. *Int Nurs Rev*. 2007;54(3):249-55.
185. Alharbi HF, Alzahrani NS, Almarwani AM, Asiri SA, Alhowaymel FM. Patients' satisfaction with nursing care quality and associated factors: A cross-section study. *Nursing Open*. 2022;0(0):1-10.
186. Ausserhofer D, Schubert M, Desmedt M, Blegen MA, De Geest S, Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(2):240-52.

187. Ülgen T, Zeybekçi S, Uğur Ö. Bir Üniversite Hastanesi Onkoloji Kliniğinde Yatan Hastaların Hemşire Memnuniyeti ve Etkileyen Değişkenlerin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2018;10(1):18-27.
188. Carr-Hill RA. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health.* 1992;14(3):236-49.
189. Ulus B, Kublay G. PedsQL Sağlık Bakımı Ebeveyn Memnuniyet Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması. *ACU Sağlık Bil Derg.* 2012;3(1):44-50.
190. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Science & Medicine Part A: Medical Psychology & Medical Sociology.* 1978;12:283-92.
191. Karaca A, Durna Z. Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum.* 2018;28(2):16-23.
192. Findik UY, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nurs Health Sci.* 2010;12(2):162-9.
193. Okgün Alcan A, Van Giersbergen MY, Şahin Köze B, Tanıl V, İyik Aksakal B. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2015;31(3):81-9.
194. Haile Eyasu K, Adane AA, Amdie FZ, Getahun TB, Biwota MA. Adult patients' satisfaction with inpatient nursing care and associated factors in an Ethiopian referral hospital, Northeast, Ethiopia. *Advances in Nursing.* 2016;2016.
195. Lotfi M, Zamanzadeh V, Valizadeh L, Khajehgoodari M. Assessment of nurse-patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open.* 2019;6:1189-96.
196. Fang J, Liu L, Fang P. What is the most important factor affecting patient satisfaction -a study based on gamma coefficient. *Patient Preference and Adherence.* 2019;13:515-25.
197. Alhusban MA, Abualrub RF. Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *J Nurs Manag.* 2009;17(6):749-58.
198. Taşhyan M, Gök S. Kamu ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyeti: Kahramanmaraş'ta Bir Alan Çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2012;2(1):69-94.
199. Goh ML, Ang ENK, Chan Y-H, He H-G, Vehviläinen-Julkunen K. A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the Revised Humane Caring Scale. *Applied Nursing Research.* 2016;31:126-31.
200. Doğan DA, Tanrıverdi S, Pehlivan S. Hastaların ve Hemşirelerin Algıladığı Bakım Davranışları ve Bakım Memnuniyeti. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi.* 2023;10(2):154-62.
201. Walker J, Brooksby A, McInerney J, Taylor A. Patient perceptions of hospital care: building confidence, faith and trust. *J Nurs Manag.* 1998;6(4):193-200.
202. Penconek T, Tate K, Bernardes A, Lee S, Micaroni SPM, Balsanelli AP, et al. Determinants of nurse manager job satisfaction: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies.* 2021;118:103906.



203. Nurmeksela A, Mikkonen S, Kinnunen J, Kvist T. Relationships between nurse managers' work activities, nurses' job satisfaction, patient satisfaction, and medication errors at the unit level: a correlational study. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):296.
204. Raup GH. The Impact of ED Nurse Manager Leadership Style on Staff Nurse Turnover and Patient Satisfaction in Academic Health Center Hospitals. *Journal of Emergency Nursing.* 2008;34(5):403-9.
205. Raffi F, Hajinezhad ME, Haghani H. Nurse Caring in Iran and Its Relationship with Patient Satisfaction. *The Australian Journal of Advanced Nursing.* 2008;26(2):75-84.
206. Naseer M, Zahidie A, Shaikh BT. Determinants of patient's satisfaction with health care system in Pakistan: A critical review. *Pakistan Journal of Public Health.* 2012;2(2):52-61.
207. Fowler KR, Robbins LK, Lucero A. Nurse manager communication and outcomes for nursing: An integrative review. *J Nurs Manag.* 2021;29(6):1486-95.
208. Gonzalez KM. Trust: A Concept Analysis With Watson's Theoretical Perspective. *Nurs Sci Q.* 2017;30(4):356-60.
209. Chang E, Dillon T, Hussain FK. Trust Concepts and Trust Model. In: Chang E, Dillon T, Hussain FK, editors. *Trust and Reputation for Service-Oriented Environments*; 2006. p. 25-44.
210. Gopichandran V. Introduction. *Dynamics of Trust in Doctor-Patient Relationship in India: A Clinical, Social and Ethical Analysis.* Singapore: Springer Singapore; 2019. p. 1-16.
211. Hupcey JE, Penrod J, Morse JM, Mitcham C. An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing.* 2001;36(2):282-93.
212. Oxford English Dictionary. Oxford University Press; 2023. Trust. Access Date: December 6, 2023, Access from: <https://www.oed.com/search/dictionary/?scope=Entries&q=trust>.
213. Türk Dil Kurumu. İçinde *Güncel Türkçe Sözlük*. Güven. Erişim Tarihi: Aralık 4, 2023, Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/>.
214. Meize-Grochowski R. An analysis of the concept of trust. *J Adv Nurs.* 1984;9(6):563-72.
215. Hansbrough WB, Kray G, Katib F. Patient Trust of the Muslim Nurse. *JONA.* 2018;48(7/8):389-94.
216. Brennan N, Barnes R, Calnan M, Corrigan O, Dieppe P, Entwistle V. Trust in the health-care provider-patient relationship: a systematic mapping review of the evidence base. *International Journal for Quality in Health Care.* 2013;25(6):682-8.
217. Hawley K. Trust, Distrust and Commitment. *Noûs.* 2014;48(1):1-20.
218. Tallant J. Commitment in Cases of Trust and Distrust. *Thought: A Journal of Philosophy.* 2017;6(4):261-7.
219. Hawley K. Trust and distrust between patient and doctor. *J Eval Clin Pract.* 2015;21(5):798-801.



220. Shie AJ, Huang YF, Li GY, Lyu WY, Yang M, Dai YY, et al. Exploring the Relationship Between Hospital Service Quality, Patient Trust, and Loyalty From a Service Encounter Perspective in Elderly With Chronic Diseases. *Front Public Health*. 2022;10:876266.
221. Leslie JL, Lonneman W. Promoting Trust in the Registered Nurse-Patient Relationship. *Home Healthc Now*. 2016;34(1):38-42.
222. Radwin LE, Cabral HJ, Wilkes G. Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Res Nurs Health*. 2009;32(1):4-17.
223. McCabe TJ, Sambrook S. The antecedents, attributes and consequences of trust among nurses and nurse managers: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2014;51(5):815-27.
224. Carter MA. Ethical analysis of trust in therapeutic relationships [Doctoral Dissertations]: University of Tennessee; 1989.
225. Stolt M, Charalambous A, Radwin L, Adam C, Katajisto J, Lemonidou C, et al. Measuring trust in nurses – Psychometric properties of the Trust in Nurses Scale in four countries. *European Journal of Oncology Nursing*. 2016;25:46-54.
226. Mullarkey M, Duffy A, Timmins F. Trust between nursing management and staff in critical care: a literature review. *Nurs Crit Care*. 2011;16(2):85-91.
227. Radwin LE, Cabral HJ. Trust in Nurses Scale: construct validity and internal reliability evaluation. *J Adv Nurs*. 2010;66(3):683-9.
228. Carter MA. Trust, power, and vulnerability: a discourse on helping in nursing. *Nurs Clin North Am*. 2009;44(4):393-405.
229. Bell L, Duffy A. A concept analysis of nurse-patient trust. *Br J Nurs*. 2009;18(1):46-51.
230. Belcher M, Jones LK. Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemp Nurse*. 2009;31(2):142-52.
231. Donnelly F, Wiechula R. The lived experience of a tracheostomy tube change: a phenomenological study. *J Clin Nurs*. 2006;15(9):1115-22.
232. Tian L, Yu W, Dai Q. Building Patient Trust in Nurses Can Improve Respiratory Function, Quality of Life and Self-Management Ability in Patients with Bronchopneumonia. *Altern Ther Health Med*. 2022;28(4):60-4.
233. Dawson-Rose C, Cuca YP, Webel AR, Solís Báez SS, Holzemer WL, Rivero-Méndez M, et al. Building Trust and Relationships Between Patients and Providers: An Essential Complement to Health Literacy in HIV Care. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2016;27(5):574-84.
234. Tang X, Lu J, Chen Z, Liu C, Jiang X, Ning M. Influencing Factors of Patients' Trust in Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. *Disaster Med Public Health Prep*. 2023;17:e302.
235. 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.

236. Kartal H, Çamlıca T, Özkan A. An Analysis of Missed Nursing Care in Intensive Care Units and Influencing Factors. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2022;9(2):322-33.
237. Ausserhofer D, Zander B, Busse R, Schubert M, De Geest S, Rafferty AM, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(2):126-35.
238. Papastavrou E, Andreou P, Vryonides S. The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nursing Ethics*. 2014;21(5):583-93.
239. Sheehan R, Fealy G. Trust in the nurse: Findings from a survey of hospitalised children. *J Clin Nurs*. 2020;29(21-22):4289-99.
240. Ahmadpour B, Ghafourifard M, Ghahramanian A. Trust towards nurses who care for haemodialysis patients: a cross-sectional study. *Scand J Caring Sci*. 2020;34(4):1010-6.
241. Kalisch BJ, Gosselin K, Choi SH. A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care. *Health Care Management Review*. 2012;37(4).
242. Shan L, Li Y, Ding D, Wu Q, Liu C, Jiao M, et al. Patient Satisfaction with Hospital Inpatient Care: Effects of Trust, Medical Insurance and Perceived Quality of Care. *PLoS One*. 2016;11(10):e0164366.
243. Benkert R, Hollie B, Nordstrom CK, Wickson B, Bins-Emerick L. Trust, mistrust, racial identity and patient satisfaction in urban African American primary care patients of nurse practitioners. *J Nurs Scholarsh*. 2009;41(2):211-9.
244. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*. 2018;8(1):e019189.
245. Tegenu Lemma K, Tilahun Beyene D, Mekoya Jemaneh T, Melkamu Andualem E, Atomasa Hunde G. Patients' Trust in Health Care Providers Among Hospitalized Patients, Jimma, South West Ethiopia. *SAGE Open Nurs*. 2023;9:23779608231167810.
246. Rørtveit K, Sætre Hansen B, Leiknes I, Joa I, Testad I, Severinsson E. Patients' Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship—A Systematic Review of Qualitative Studies. *Open Journal of Nursing*. 2015;05(03):195-209.
247. Radwin L. Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Res Nurs Health*. 2000;23(3):179-90.
248. Wilson ME, Dobler CC, Zubek L, Gajic O, Talmor D, Curtis JR, et al. Prevalence of Disagreement About Appropriateness of Treatment Between ICU Patients/Surrogates and Clinicians. *Chest*. 2019;155(6):1140-7.
249. Hadi-Moghaddam M, Karimollahi M, Aghamohammadi M. Nurses' trust in managers and its relationship with nurses' performance behaviors: a descriptive-correlational study. *BMC Nursing*. 2021;20(1):132.

250. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi - Onkoloji Hastanesi [Internet]. [Erişim Tarihi: 29. Haziran 2022]. Erişim Adresi: <https://totm.inonu.edu.tr/index.php?s=sayfa&sid=123>.
251. Soper D. S. A-priori Sample Size Calculator for Multiple Regression [Software]. 2023 [Access Date: 21 Ağustos 2023]. [Available from: <https://www.danielsoper.com/statcalc>].
252. Akın S, Erdoğan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *J Clin Nurs*. 2007;16(4):646-53.
253. Yücel ŞÇ, Ay S. Reliability and Validity of a Turkish Version of the Trust in Nurses Scale. *Soc Behav Personal*. 2013;41(10):1737-45.
254. Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nursing care. *Qual Health Care*. 1996;5(2):67-72.
255. Radwin LE, Washko M, Suchy KA, Tyman K. Development and pilot testing of four desired health outcomes scales. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(1):92-6.
256. Suhonen R, Stolt M, Berg A, Katajisto J, Lemonidou C, Patiraki E, et al. Cancer patients' perceptions of quality-of-care attributes-Associations with age, perceived health status, gender and education. *J Clin Nurs*. 2018;27:306-16.
257. Novosel LM. Understanding the Evidence: Non-Probability (Non-Random) Sampling Designs. *Urologic Nursing*. 2023;43(5):245-7.
258. Shao AT. *Marketing Research: An Aid to Decision Making*. Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning; 2002.
259. Ural A, Kılıç İ. *Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık; 2013.
260. Cho SH, Mark BA, Knafl G, Chang HE, Yoon HJ. Relationships Between Nurse Staffing and Patients' Experiences, and the Mediating Effects of Missed Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*. 2017;49(3):347-55.
261. Yayla A, Eskici V, Karaman Özlü Z, Kılınç T, Yılmaz B. Ameliyat Sonrası Dönemde Hastaların Karşılanmayan Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2023;10(2):163-71.
262. Zhang J, Yang L, Wang X, Dai J, Shan W, Wang J. Inpatient satisfaction with nursing care in a backward region: a cross-sectional study from northwestern China. *BMJ Open*. 2020;10(9):e034196.
263. Geçkil E, DüNDAR Ö, Şahin T. Adıyaman İl Merkezindeki Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *JOHUFON*. 2008;15(2):41-51.
264. Gürdoğan EP, Fındık ÜY, Arslan BK. Patients' Perception of Individualized Care and Satisfaction with Nursing Care Levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2015;8(2):369-75.
265. Güleç D, Eminov A, Kavlak O. Yüksek Riskli Gebelerde Anksiyete ve Depresyon ile Hemşirelik Bakım Memnuniyetinin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2020;6(4):70-5.

266. İspir Ö. Hemşirelerin Güçlendirme Algıları ve Uygulamalar Üzerinde Kontrolleri: Hemşire ve Hasta Sonuçları [Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa; 2020.
267. Evleksiz A. Gazimağusa Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs: Doğu Akdeniz Üniversitesi; 2019.
268. Greenwood N, Key A, Burns T, Bristow M, Sedgewick P. Satisfaction with in-patient psychiatric services: Relationship to patient and treatment factors. *British Journal of Psychiatry*. 1999;174(2):159-63.
269. Lehmann M, Monte K, Barach P, Kindler CH. Postoperative patient complaints: a prospective interview study of 12,276 patients. *Journal of Clinical Anesthesia*. 2010;22(1):13-21.
270. Zhao L, Wang R, Liu S, Yan J. Validation of Chinese version of the 4-item Trust in Nurses Scale in patients with cancer. *Patient Preference and Adherence*. 2017;Volume 11:1891-6.
271. Shoemaker K, Smith CP. The impact of patient-physician alliance on trust following an adverse event. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(7):1342-9.
272. Itoh K, Andersen HB, Madsen MD, Østergaard D, Ikeno M. Patient views of adverse events: Comparisons of self-reported healthcare staff attitudes with disclosure of accident information. *Applied Ergonomics*. 2006;37(4):513-23.
273. Wong CA, Cummings GG. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review. *Journal of Nursing Management*. 2007;15(5):508-21.
274. Ottonello G, Napolitano F, Musio Maria E, Catania G, Zanini M, Aleo G, et al. Fundamental care: An evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2023;79(6):2070-80.
275. Siokal B, Amiruddin R, Abdullah T, Thamrin Y, Palutturi S, Ibrahim E, et al. The Influence of Effective Nurse Communication Application on Patient Satisfaction: A Literature Review. *Pharmacognosy Journal*. 2023;15(3):479-83.
276. Abd El-Moniem MM, Mahfouz MI, Elsoued Hussein H. Geriatric inpatients perception of nurses' communication: the relationship between patient-centered communication practices and satisfaction with nursing care. *World J Nursing Sci*. 2015;1(3):138-51.
277. Nisa S, Hussain M, Afzal M, Gilani SA. Quality of nurse patient therapeutic communication and overall patient satisfaction during their hospitalization stay. *European Academic Research*. 2019;7(3):1970-2011.
278. Nikmanesh P, Mohammadzadeh B, Nobakht S, Reza Yusefi A. Nurses Communication Skills Training and Its Effect on Patients' Satisfaction in Teaching Hospitals of Shiraz University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Health Sciences*. 2018;6(4):22-9.
279. Aladwan MA, Salleh HS, Anuar MM, ALadwan RM. Patient Trust and Its Impact on Patient Satisfaction and Loyalty. *Tuijin Jishu/Journal of Propulsion Technology*. 2023;44(4):498-506.

280. Anu Nono E. The Correlation Between Quality of Nurse Services and Hospital Services towards Satisfaction and Patient Comfort in Covid-19 Disease Recovery in Hospital. *Jurnal Kesehatan*. 2022;11(1):52-7.
281. Durmuş A, Akbolat M. The Impact of Patient Satisfaction on Patient Commitment and the Mediating Role of Patient Trust. *Journal of Patient Experience*. 2020;7(6):1642-7.

## 8. EKLER

### EK-1. Hasta Bilgileri Formu

Değerli katılımcı, klinik adı ve tanı-evre sorularını boş bırakıp diğer soruları doldurunuz. Katılımınız için teşekkürler.

**Klinik adı:** .....

**Tanı-Evre:** .....

1. **Yaşınız:** .....

2. **Cinsiyetiniz:**

( ) Erkek ( ) Kadın

3. **Medeni durumunuz:**

( ) Evli ( ) Bekar

4. **Öğrenim düzeyiniz:**

( ) Okur-yazar değil ( ) Okur-yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul  
( ) Lise ( ) Ön lisans ( ) Üniversite ve üzeri

5. **Yaşadığınız yer:**

( ) Köy ( ) İlçe ( ) İl

6. **Sosyal güvenceniz:**

( ) Var ( ) Yok

7. **Mevcut çalışma durumunuz:**

( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

7.soruya yanıtınız “Çalışıyor” ise lütfen mesleğinizi belirtiniz:

.....

8. **Gelir düzeyiniz:**

( ) Düşük ( ) Orta ( ) Yüksek

9. **Bu yatışınız öncesinde hastanede yattınız mı?**

( ) Evet ( ) Hayır

10. **Daha önce bu hastaneden hizmet alma deneyiminiz var mı?**

( ) Evet ( ) Hayır

10. soruya yanıtınız “Evet” ise lütfen hizmet alma şeklini belirtiniz:

( ) Ayaktan tedavi ( ) Yatarak tedavi ( ) Hem ayaktan hem yatarak tedavi

11. **Bu seferki yatışınızda hastanedeki toplam kalış gününüz:**

( ) 3 gün ( ) 4 gün ( ) 5 gün ( ) 6 gün ( ) 7 gün

( ) Diğer (Lütfen kaç gün olduğunu belirtiniz): ..... gün

12. **Hastanede yatışınız süresince refakatçiniz var mıydı?**

( ) Evet ( ) Hayır

13. **Şu an ki sağlık durumuzu nasıl değerlendirirsiniz?**

( ) İyi ( ) Orta ( ) Kötü

## EK-2. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta

Bu çalışma, hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Lütfen her bir soru için düşüncenizi en iyi ifade eden yanıtı belirtiniz. Verdiğiniz yanıtlar gizli tutulacaktır. Formlar üzerine isminizi veya herhangi bir kimlik bilginizi belirtmeyiniz. Katkınız için teşekkür ederiz.

**Lütfen, hastanede yattığınız süreyi değerlendirerek, aşağıdaki soruları hatırlayabildiğiniz kadarıyla yanıtlayın; hatırlayamıyorsanız, cevabı boş bırakın.**

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 sıklıkta **konuştu**?
  - 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 dâhil olacak eylemler vb.) hakkında size ne sıklıkta bilgi verdi?
  - Hiçbir Zaman
  - Nadiren
  - Bazen
  - Genellikle
  - Her Zaman
4. Bakımınız ya da hastalığınız hakkında endişeniz ya da bir sorunuz olduğunda, hemşireniz **sizi dinledi 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 bunu gerçekleştiremediğiniz 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 Kalkmıyordum.
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  
 \_\_\_\_\_ Hiçbir Makine Uyarı Sesi Çıkarmadı.
11. **Çağrı ışığına/zilinize** bastığımızda (**ya da hemşireyi çağırdığımızda**), hemşirenin buna yanıt vermesi ortalama ne kadar sürdü?
- \_\_\_\_\_ 5 Dakikadan Az  
 \_\_\_\_\_ 5-10 Dakika  
 \_\_\_\_\_ 11-20 Dakika  
 \_\_\_\_\_ 21-30 Dakika  
 \_\_\_\_\_ 30 Dakikadan Fazla  
 \_\_\_\_\_ Çağrı Işığıma Hiç Basmadım.



**12. Çağrı ışığına/zilinize (ya da çağrınıza) yanıt verildiğinde, istediğiniz yardımı almanız ortalama ne kadar sürdü?**

- 5 Dakikadan Az  
 5-10 Dakika  
 11-20 Dakika  
 21-30 Dakika  
 30 Dakikadan Fazla  
 Çağrı Işığıma Hiç Basmadım.

**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			
<b>Başka bir sorun yaşadıysanız belirtiniz:</b>			
.....			

### EK-3. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği

Bu ölçek, sizin hastanede kaldığınız sürede aldığınız hemşirelik bakımına ait düşüncelerinizi belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen her bir soru için, düşüncenizi en iyi ifade eden sayıyı **yuvarlak içine alınız**. Verdiğiniz cevaplar gizli tutulacaktır. **Formlar üzerinize isminizi veya herhangi bir kimlik bilgisi belirtmeyiniz.** Gösterdiğiniz ilgi için teşekkür ederiz.

İfadeler	<i>Hiç memnun değilim</i>	<i>Biraz memnunuz</i>	<i>Oldukça memnunuz</i>	<i>Çok memnunuz</i>	<i>Fazlasıyla memnunuz</i>
1. Hemşirelerin size ayırdığı süreden	1	2	3	4	5
2. Hemşirelerin işlerinde gösterdikleri yeterlilikten	1	2	3	4	5
3. Birine ihtiyaç duyduğunuz zaman etrafınızda daima bir hemşirenin bulunmasından	1	2	3	4	5
4. Hemşirelerin bakımınız konusundaki bilgi düzeylerinden	1	2	3	4	5
5. Hemşireleri çağırdığınız zaman yanınıza olabildiğince çabuk gelmelerinden	1	2	3	4	5
6. Hemşirelerin sizi evinizdeymiş gibi rahat ettirmelerinden	1	2	3	4	5
7. Hemşirelerin durumunuz ve tedaviniz hakkında sizi bilgilendirmelerinden	1	2	3	4	5
8. Hemşirelerin iyi olup olmadığınızı kontrol etme sıklığından	1	2	3	4	5
9. Hemşirelerin yardımseverliğinden	1	2	3	4	5
10. Hemşirelerin size açıklama yapma biçiminden	1	2	3	4	5
11. Hemşirelerin yakınlarınızın ve arkadaşlarınızın sizinle ilgili endişelerini gidermesinden	1	2	3	4	5
12. Hemşirelerin işlerini yaparken gösterdikleri tavırdan	1	2	3	4	5
13. Durumunuz ve tedaviniz hakkında size verdikleri bilginin içeriğinden	1	2	3	4	5
14. Hemşirelerin size karşı bir birey olarak davranış tarzlarından	1	2	3	4	5
15. Hemşirelerin sizin üzüntülerinizi ve endişelerinizi dinlemesinden	1	2	3	4	5
16. Serviste size sağlanan özgürlükten	1	2	3	4	5
17. Hemşirelerin isteklerinizi karşılamada istekli olmalarından	1	2	3	4	5
18. Hemşirelerin mahremiyetinize (bireysel ve bedensel sınırlarınıza) saygı göstermesinden	1	2	3	4	5
19. Hemşirelerin ihtiyaçlarınızın farkında olmasından	1	2	3	4	5

#### EK-4. Hemşirelere Güven Ölçeği


Değerli katılımcılar,

Aşağıdaki ifadelerde belirtilenlerin, ne kadar sıklıkla yapıldığına ilişkin olarak; 1= Hiçbir zaman, 2= Nadiren, 3= Bazen, 4= Sık sık, 5= Genellikle, 6= Her zaman seçeneklerinden, sizin için uygun olan bir tanesini daire içine alarak cevaplayınız lütfen.

Teşekkür ederiz.

İfadeler	Hiçbir zaman (1)	Nadiren (2)	Bazen (3)	Sık sık (4)	Genellikle (5)	Her zaman (6)
1. Hemşirelerinize ihtiyaç duyduğunuzda hangi sıklıkla yanınızdaydılar?	1	2	3	4	5	6
2. Hemşirelerinizin hangi sıklıkla sizin yararınıza davrandıklarını düşündünüz?	1	2	3	4	5	6
3. Hemşirelerinizin size söylediklerine hangi sıklıkla güvendifiz?	1	2	3	4	5	6
4. Hemşireleriniz hangi sıklıkla size yapacaklarını söyledikleri şeyleri yaptılar?	1	2	3	4	5	6
5. Hemşireleriniz hangi sıklıkla size hastalığınız (kanser) hakkında doğru bilgi verdiler?	1	2	3	4	5	6

## EK-5. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın Kullanımı İçin İzin Yazısı

 **Sergul Duygulu** < to Beatrice, Necip > Fri, Jun 24, 10:26 AM (9 days ago) ☆ ↶ ⋮

Dear Prof. Kalisch

My master student Necip Hanci and I have been in the process of planning his master thesis aiming to examine the effect of missed nursing care on patient' satisfaction and trust in nurses.

In our study, for identifying the patients' perceptions of misscare, we are planning to use the Turkish version of 'MISSCARE Survey-Patient' you developed and Turkish validity and reliability study was done by Sonmez and et al. (including me) in 2020 in Turkey. Could we kindly get your permission to use MISSCARE Survey- Patient for Necip's master thesis?

For the purposes of using the Survey in this study, we are also going to seek permission from Sonmez et al. who conducted the Turkish validity and reliability study of the Survey in Turkey.


Thank you very much for your kind attention.

If you have any queries, please do not hesitate to contact me.

Yours sincerely,

**Assoc. Prof. Sergul Duygulu**

--  
Doç.Dr. Sergül Duygulu / Sergul Duygulu RN, PhD, Assoc. Professor  
Hacettepe Üniversitesi Hemsirelik Fakültesi / Hacettepe University Faculty of Nursing


 **Beatrice Kalisch** Jun 30, 2022, 4:08 AM (3 days ago) ☆ ↶

to me >

Yes you have my permission to use the tool.  
Sorry for the late reply. Bea

...

--  
Beatrice J. Kalisch, RN, PhD  
Emeritus Professor of Nursing  
University of Michigan  
Ann Arbor, Michigan

 **Sergul Duygulu** < to Beatrice > Jun 30, 2022, 7:16 AM (3 days ago) ☆ ↶

Thank you Bea. Kind regards  
Seegul

30 Haz 2022 Per, saat 04:08 tarihinde Beatrice Kalisch < > şunu yazdı:

## EK-6. Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın Türkçe Formunun Kullanımı İçin İzin Yazısı

KARŞILANAMAYAN BAKIM ANKETİ-HASTA KLLANIMI İZİNİ

Gelen Kutusu x



Necip Hanci

Alıcı:

24 Haziran Cum 14:17 (8 gün önce)



Sayın Dr. Öğr. Üyesi Öznur İspir Demir

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi programında tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Master programı kapsamında Doçent Doktor Sergül Duyugulu danışmanlığında "Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Hemşirelere Duyduğu Güven ve Hastaların Bakım Memnuniyetine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını yürütmeyi planlamaktayım. Tez çalışmamda sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta"yı kullanmayı planlıyorum. Anketi tez çalışmamda kullanabilmem hususunda izinlerinizi bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Saygılarımla

Arş. Gör. Necip Hanci

İnönü Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi, Malatya

E-posta:



Öznur İspir

Alıcı: ben

27 Haziran Pzt 10:35 (5 gün önce)



Merhaba Necip,

Miscare-Patient' tez çalışmamda kullanabilirsin. Ölçeği ve Türkçe uyarlama makalesini atladım.

Benzer bir çalışma yürüttüğümüz bilgisini de Sergül hoca ile paylaştım.

İyi çalışmalar diliyorum, bol şans.

Öznur.

Necip Hanci

, 24 Haz 2022 Cum, 14:17 tarihinde şunu yazdı:

...

Dr. Öğr. Üyesi Öznur İSPİR DEMİR

Osmaniye Kozluk Ata Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi / Gerontoloji Bölümü

Osmaniye, Türkiye

Öznur İSPİR DEMİR, Asst Prof

Osmaniye Kozluk Ata University

Faculty of Health Sciences

OSMANIYE, TURKEY

## EK-7. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği'nin Kullanımı İçin İzin Yazısı

PERMISSION TO USE NEWCASTLE SATISFACTION WITH NURSING SCALES Gelen Kutusu x



**Necip Hanci**

24 Haziran Cum 14:09 (7 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alıcı:

Dear Prof. Mccoll.

My name is Necip Hanci. I'm studying in Nursing Administration Master Program at Hacettepe University, Turkey. My advisor "Assoc. Prof. Sergül Duygulu" and I have been in a process of planning my master thesis aiming to examine the effect of missed nursing care on patient' satisfaction and trust in nurses.

In our study, for identifying the patients' satisfaction with nurses, we are planning to use the Turkish version of Newcastle Satisfaction With Nursing Scale you developed and Turkish validity and reliability study was done by Akin and Erdogan in 2013 in Turkey. Could we kindly get your permission of using Newcastle Satisfaction With Nursing Scale for my master thesis?

For the purposes of using the Scale in this study, we are also going to seek permission from Akin and Erdogan who conducted the Turkish validity and reliability study of the inventory in Turkey.

Thank you very much for your kind attention.

If you have any queries, please do not hesitate to contact me.

Yours sincerely,

Research Assist. Necip Hanci, RN

Inonu University Faculty of Nursing

Malatya/Turkey

E-mail:

**Elaine McColl** <elaine.mccoll@ncl.ac.uk>  
Alıcı: ben

29 Haziran Çar 10:23 (2 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Many thanks for your enquiry about the NSNS. I am pleased to attach a copy of the English language version of the NSNS questionnaire and scoring instructions.

I am also pleased to grant permission for you to use the Newcastle Satisfaction with Nursing Scale in your work and publications. I would ask, however, that you include an acknowledgement of the NSNS team at the end of any reports or papers. A form of words like 'We would like to thank the NSNS team at the University of Newcastle for their permission to use the NSNS questionnaire in this study' would be adequate. I would also be grateful if you could supply me with details of any reports or publications on your use of the NSNS in due course.

I note that you will use the translation by Akin and Edogan and will also seek their permission.

Just one other point - the NSNS was designed and validated for use in respect of experiences of and satisfaction with nursing care in general acute hospital settings (i.e. medical/surgical patients). It is important to be aware that it is intended for patients who have had at least one night of inpatient care in an acute hospital (we have not validated in long-term care settings, mental healthcare settings, nor for outpatient or community care). You'd need to ensure that the questions are relevant to the context in which you plan to use it!

I wish you the best of luck with your research

Elaine

Professor Elaine McColl, PhD (*she/her/hers*)  
Professor of Health Services Research & Postgraduate Research Student Coordinator  
Population Health Sciences Institute  
Faculty of Medical Sciences, Newcastle University  
Baddley-Clark Building  
Richardson Road  
Newcastle upon Tyne  
NE2 4AX  
Email: [elaine.mccoll@ncl.ac.uk](mailto:elaine.mccoll@ncl.ac.uk) (all correspondence on PHSI PGR matters should be sent to [elaine.mccoll@ncl.ac.uk](mailto:elaine.mccoll@ncl.ac.uk))  
Twitter: [ElaineMcColl](https://twitter.com/ElaineMcColl)

## EK-8. Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği'nin Türkçe Formunun Kullanımı İçin İzin Yazısı

### NEWCASTLE HEMŞİRELİK BAKIM MEMNUNİYET ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE FORMUNUN KULLANIMI İÇİN İZİN YAZISI



**Necip Hanci** <

Alıcı:

24 Haziran Cum 14:06 (7 gün önce)



Sayın Prof. Dr. Semiha Akın ve Sayın Prof. Dr. Semra Erdoğan

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi programında tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Master programı kapsamında Doçent Doktor Sergül Duyugulu danışmanlığında "Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların hemşirelere Duyduğu Güven ve Hastaların Bakım Memnuniyetine Etkisi" başlıklı tez çalışmasını yürütmeyi planlamaktayım. Tez çalışmamda sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği" ni kullanmayı planlıyorum. Ölçeği tez çalışmamda kullanabilmem hususunda izinlerinizi bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Saygılarımla

Arş. Gör. Necip Hanci

İnönü Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi, Malatya

E-posta: :

### Ölçek izni: NSNS

Gelen Kutusu x



**semiha akin**

Alıcı: ben ▾

24 Haziran Cum 21:21 (7 gün önce)



Sayın Hanci,

Öncelikle yapmayı planladığınız bu araştırmanız için sizi tebrik ederim.

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan mutluluk duyarız.

Size ölçeği ve ölçekle ilgili elimdeki tüm kaynakları gönderiyorum.

İyi günler dilerim.

Prof. Dr. Semiha AKIN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane, Selimiye Mah. Tıbbiye Cad. No:38, 34668 Üsküdar İstanbul

Telefon:

## EK-9. Hemşirelere Güven Ölçeği'nin Kullanımı İçin İzin Yazısı

PERMISSION TO USE TRUST IN NURSES SCALE Gelen Kutusu x



Necip Hanci <n>

24 Haziran Cum 14:01 (7 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alici:

Dear Prof. Radwin and Dear Prof. Cabral.

My name is Necip Hanci. I'm studying in Nursing Administration Master Program at Hacettepe University, Turkey. My advisor "Assoc. Prof. Sergül Duygulu" and I have been in a process of planning my master thesis aiming to examine the effect of missed nursing care on patients' satisfaction and trust in nurses.

In our study, for identifying the patients' perceptions of trust in nurses, we are planning to use the Turkish version of Trust in Nurses Scale you developed and Turkish validity and reliability study was done by Cinar Yucel and Ay in 2013 in Turkey. Could we kindly get your permission of using Trust in Nurses Scale for my master thesis?

For the purposes of using the Scale in this study, we are also going to seek permission from Cinar Yucel and Ay who conducted the Turkish validity and reliability study of the inventory in Turkey.

Thank you very much for your kind attention.

If you have any queries, please do not hesitate to contact me.

Yours sincerely,

Research Assist. Necip Hanci, RN

Inonu University Faculty of Nursing

Malatya/Turkey

E-mail: .

TO: Mr. Necip Hanci

RE: Permission to use TINS

From: Laurel E. Radwin, RN, Ph.D

June 29, 2022

I grant permission for Mr. Hanci to use the TINS in the project, "The Effect of Missed Care on Cancer Patients' Trust and Satisfaction with Nurses."

Please do not hesitate to call on me if you would like.

Sincerely,

*Laurel E. Radwin*

Laurel E. Radwin, RN, Ph.D.



## EK-10. Hemşirelere Güven Ölçeği'nin Türkçe Formunun Kullanımı İçin İzin Yazısı

**Necip Hanci** <Alici> 28 Haz 2022 22:26 (3 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Sayın Şebnem Çınar Yücel hocam,  
Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi programında tebli yüksek lisans öğrencisiyim. Master programı kapsamında Doçent Doktor Sergül Duygulu danışmanlığında "Kanser Hastalarında Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Bakım Memnuniyetine ve Hemşirelere Duydukları Güvene Etkisi" başlıklı tez çalışmasını yürütmeyi planlamaktayım. Tez çalışmada sizin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığımız "Hemşirelere Güven Ölçeği"ni kullanmayı planlıyorum. Ölçeği tez çalışmada kullanabilmem hususunda izinlerinizi bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Saygılarımla

Arş. Gör. Necip Hanci  
İnönü Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi, Malatya  
E-posta: .

Necip Hanci < >, 24 Haz 2022 Cum, 13:54 tarihinde şunu yazdı:

...

**Şebnem Çınar Yücel** 28 Haz 2022 22:37 (3 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alici: ben ▾

Sayın Hanci,  
Ölçeği tabii ki kullanabilirsiniz.  
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Necip Hanci < > şunları yazdı (28 Haz 2022 22:26):

**MICROSOFT OUTLOOK** 29 Haz 2022 13:33 (2 gün önce) ☆ ↶ ⋮

Alici: ben ▾

**Hemşirelere Güven Ölçeği:**  
Likert Tipi olan ölçek, 6 derecelidir. Minimum 6 puan, Maksimum 30 puan.  
Değerlendirme; puan ortalamaları üzerinden yapılacaktır.  
Ölçeğin Türkçe versiyonu ve puanlama sistemi ve yayınlanmış makalesi ektedir.

Kolaylıklar dilerim...

Doç.Dr. Semra Ay (PdD. Halk Sağlığı Hemşireliği)  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Hizmetleri MYO.

---

**Gönderen:** Necip Hanci < >  
**Gönderildi:** 24 Haziran 2022 Cuma 13:54  
**Kime:** .  
**Konu:** HEMŞİRELERE GÜVEN ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE FORMUNUN KULLANIMI İÇİN İZİN YAZISI

...

...  
[\[İleti kısaltıldı\] Tüm iletiyi görüntüle](#)

## EK-11. Anket Araştırmaları İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Değerli Katılımcı,

“Kanser Hastalarında Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Bakım Memnuniyetine ve Hemşirelere Duydukları Güvene Etkisi” isimli bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı tarafından yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların bakım memnuniyetine ve hemşirelere duydukları güvene etkisini incelemektir. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçların hastalara verilen bakımın bütüncül bakış açısıyla ele alınmasına katkıda bulunacağı düşünölmektedir. Soruların tümüne içtenlikle cevap vermeniz, araştırmanın niteliği ve araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Çalışmamız “Hasta Bilgileri Formu” ve 3 ölçekten oluşmakta, çalışmada sizden cevaplamanız istenen 59 soru bulunmaktadır. Anketler yüz yüze uygulanacaktır ve ortalama 30 dakika sürmesi beklenmektedir. Araştırmacı, verileri toplaması esnasında hastalarla etkileşimde bulunacağı için enfeksiyon riskinin önlemine karşın hastane pandemi önlemlerini dikkate alarak görüşme esnasında maske takacak, mesafeye dikkat edecek ve el hijyenini sağlayacaktır.

Araştırmaya katılmanız gönüllölük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya “bilimsel amaçlar için”) kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmayınız.

Yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak, bazı soruların sol yanındaki boşluğa tik veya çarpı işareti koyarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında veya yanında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz. Eğer sorunun yanıtları arasında “diğer” seçeneği mevcutsa ve yanıtınız var olan seçenekler arasında yer almıyorsa, bu durumda yanıtınızı diğer seçeneğindeki boşluğa yazınız.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

**Çalışma Ekibi:**

Doç. Dr. Sergöl DUYGULU

Arş. Gör. Necip HANCI

E-posta:

Telefon: 0312 305 1580 Dahili no: 170

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum

## EK-12. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzin Belgesi



T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 - 1806

Konu : ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 04 EKİM 2022 SALI  
Toplantı No : 2022/15  
Proje No : GO 22/924 (Değerlendirme Tarihi: 04.10.2022)  
Karar No : 2022/15-10

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Doç. Dr. Sergül DUYGULU'nun sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Necip HANCI'nın yüksek lisans tezi olan, GO 22/924 kayıt numaralı "*Kanser Hastalarında Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Bakım Memnuniyetine ve Hemşirelere Duydukları Güvене Etkisi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 05 Ekim 2022 - 05 Ekim 2023 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

### İZİNLİ

1. Prof. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR (Başkan) 8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK (Üye)

2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN (Üye) 9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ (Üye)

3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK (Başkan V.) 10. Doç. Dr. Merve BATUK (Üye)

4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER (Üye) 11. Doç. Dr. Gülten KOÇ (Üye)

5. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN (Üye) 12. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR (Üye)

6. Prof. Dr. Tolga YILDIRIM (Üye) 13. Av. Buket ÇINAR (Üye)

### İZİNLİ

7. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN

**EK-13. Araştırmanın Yapıldığı Kurumun İzin Belgesi**

Evrak Tarih ve Sayısı: 14/12/2022-260124

Tarih: 15/12/2022 15:53  
Sayı: E--770.00002574585T.C.  
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi Dekanlığı  
Tıbbi Onkoloji Bilim DalıSayı : E-46815138-770--260124  
Konu : çalışma izni (Doç.Dr.Sergül  
DUYGULU)

14/12/2022

**TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

İlgi : 06/12/2022 tarihli ve 257288 sayılı yazınız,

İlgide kayıtlı yazınıza istinaden; Fakültemiz Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Sergül DUYGULU'nun sorumlu araştırmacı, yüksek lisans programı öğrencisi Necip Hancı'nın yardımcı araştırmacı olduğu "Kanser Hastalarında Karşılanamayan Bakım Gereksinimlerinin Hastaların Bakım Memnuniyetine ve Hemşirelere Duydukları Güvene Etkisi" isimli çalışmasını yapması bölümümüzde uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Emin Tamer ELKIRAN  
Bilim Dalı Başkanı**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu :BSPNBAHLTL Pin Kodu :66792

Belge Takip Adresi :  
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=3837&eD=BSPNBAHLTL&eS=260124>Adres: Tütün  
Telefon:3410660 Faks:3410036  
e-Posta: tıbbionkoloji@inonu.edu.tr Web: http://www.inonu.edu.tr/ic.hastaliklari  
Kep Adresi: inonuniversitesi@hs03.kep.trBilgi için: Merve ASLAN  
Unvanı: Sekreter

**Ek-14. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

**Tablo 8.1.** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)

	Değişkenler	İletişim Boyutu		Temel Bakım Boyutu	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş	60 yaş altı	1.64	0.73	4.10	1.09
	60 yaş ve üzeri	1.72	0.68	3.67	1.23
	<b>Test değeri</b>	-0.863**		2.742**	
	<b>p</b>	0.389		<b>0.007*</b>	
Cinsiyet	Erkek	1.66	0.70	3.70	1.26
	Kadın	1.72	0.70	4.05	1.06
	<b>Test değeri</b>	-0.649**		-2.200**	
	<b>p</b>	0.517		<b>0.029*</b>	
Medeni durum	Evli	1.68	0.69	3.91	1.17
	Bekâr	1.69	0.74	3.66	1.24
	<b>Test değeri</b>	-0.063**		1.328**	
	<b>p</b>	0.950		0.185	
Öğrenim düzeyi	Okur-yazar değil	1.80	0.76	3.72	1.27
	Okur-yazar	1.56	0.36	3.72	1.60
	İlkokul	1.64	0.73	3.94	1.17
	Ortaokul	1.69	0.66	3.72	1.19
	Lise	1.66	0.72	3.93	1.05
	Ön lisans	2.12	0.77	4.20	0.84
	Üniversite ve üzeri	1.59	0.58	3.75	1.27
	<b>Test değeri</b>	0.687***		0.365***	
	<b>p</b>	0.660		0.901	
Yaşanılan yer	Köy	1.62	0.70	3.95	1.13
	İlçe	1.67	0.64	3.72	1.21
	İl	1.73	0.73	3.84	1.22
	<b>Test değeri</b>	0.463***		0.526***	
<b>p</b>	0.630		0.592		
Sosyal güvence varlığı	Var	1.69	0.70	3.86	1.19
	Yok	1.20	0.28	3.25	1.06
	<b>Test değeri</b>	0.977**		0.719**	
	<b>p</b>	0.330		0.473	
Mevcut çalışma durumu	Çalışıyor	1.65	0.61	4.22	0.97
	Çalışmıyor	1.69	0.71	3.81	1.20
	<b>Test değeri</b>	-0.265**		1.699**	
	<b>p</b>	0.792		0.091	
Gelir düzeyi	Düşük	1.69	0.75	3.93	1.17
	Orta	1.68	0.67	3.79	1.21
	Yüksek	1.66	0.62	3.82	1.09
	<b>Test değeri</b>	0.012***		0.381***	
	<b>p</b>	0.988		0.684	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

**Ek-15. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması**

**Tablo 8.2.** Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta'nın İletişim ve Temel Bakım Alt Boyutları Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)

Değişkenler		İletişim Boyutu		Temel Bakım Boyutu	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Evre	Evre 1	1.78	0.70	3.82	1.40
	Evre 2	1.72	0.75	3.80	1.16
	Evre 3	1.70	0.78	4.02	1.05
	Evre 4	1.62	0.61	3.73	1.26
	<b>Test değeri</b>	0.464***		0.878***	
	<b>p</b>	0.708		0.453	
Daha öncesinde hastanede yatma durumu	Evet	1.67	0.70	3.83	1.20
	Hayır	1.94	0.63	4.19	1.04
	<b>Test değeri</b>	-1.357**		-1.063**	
	<b>p</b>	0.176		0.289	
Daha öncesinde bu hastaneden hizmet alma deneyiminin varlığı	Evet	1.58	0.64	3.80	1.20
	Hayır	1.91	0.78	3.98	1.17
	<b>Test değeri</b>	-3.266**		-1.040**	
	<b>p</b>	0.001*		0.299	
Bu hastaneden hizmet alma şekli	Hizmet almayan (1)	1.90	0.78	3.98	1.17
	Ayaktan tedavi (2)	1.54	0.51	3.90	1.03
	Yatarak tedavi (3)	1.68	0.78	3.80	1.22
	Hem ayaktan hem yatarak tedavi (4)	1.48	0.49	3.74	1.26
	<b>Test değeri</b>	4.565***		0.476***	
	<b>p</b>	0.004*		0.699	
	<b>Bonferroni</b>	<b>1&gt;4</b>			
Bu seferki yatışta hastanedeki toplam kalış süresi	3 gün (1)	1.71	0.75	4.00	1.09
	4 gün (2)	1.58	0.46	3.94	0.99
	5 gün (3)	1.69	0.58	3.41	1.53
	6 gün (4)	2.00	0.49	3.80	0.84
	7 gün (5)	1.53	0.56	3.46	1.21
	8 gün ve üzeri (6)	1.49	0.63	2.88	1.53
	<b>Test değeri</b>	0.695***		3.944***	
	<b>p</b>	0.628		0.002*	
	<b>Bonferroni</b>	<b>1&gt;6</b>			
Refakatçi varlığı	Evet	1.68	0.70	3.84	1.19
	Hayır	1.87	0.59	4.17	1.33
	<b>Test değeri</b>	-0.651**		-0.656**	
	<b>p</b>	0.516		0.512	
Şu anki sağlık durumu değerlendirmesi	İyi	1.65	0.71	3.96	1.16
	Orta	1.68	0.72	3.72	1.21
	Kötü	1.78	0.66	3.96	1.18
	<b>Test değeri</b>	0.420***		1.141***	
	<b>p</b>	0.658		0.321	

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

**Ek-16. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hastalara Güven Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

**Tablo 8.3.** Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hastalara Güven Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)

Değişkenler		Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği		Hemşirelere Güven Ölçeği	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Yaş	60 yaş altı	91.63	5.43	28.27	2.11
	60 yaş ve üzeri	92.10	4.58	28.07	2.26
	<b>Test değeri</b>	-0.713**		0.687**	
	<b>p</b>	0.477		0.493	
Cinsiyet	Erkek	92.45	4.51	28.27	2.11
	Kadın	91.15	5.42	28.07	2.26
	<b>Test değeri</b>	1.968**		1.030**	
	<b>p</b>	0.050		0.304	
Medeni durum	Evli	91.99	4.96	28.15	2.17
	Bekâr	91.56	4.95	28.16	2.30
	<b>Test değeri</b>	0.548**		-0.024**	
	<b>p</b>	0.584		0.981	
Öğrenim düzeyi	Okur-yazar değil	92.30	4.32	27.76	2.69
	Okur-yazar	92.11	4.78	28.56	1.67
	İlkokul	92.56	4.62	28.45	1.78
	Ortaokul	90.77	5.34	27.77	3.07
	Lise	90.94	5.37	28.23	1.73
	Ön lisans	87.60	7.89	27.00	3.32
	Üniversite ve üzeri	91.57	5.64	28.10	2.17
	<b>Test değeri</b>	1.382***		0.920***	
<b>p</b>	0.223		0.481		
Yaşanılan yer	Köy	92.72	3.79	27.89	2.28
	İlçe	91.96	5.59	28.48	2.22
	İl	91.31	5.30	28.19	2.12
	<b>Test değeri</b>	1.778***		1.046***	
<b>p</b>	0.171		0.353		
Sosyal güvence varlığı	Var	91.89	4.96	28.15	2.21
	Yok	92.50	3.54	28.50	0.71
	<b>Test değeri</b>	-0.172**		-0.224**	
	<b>p</b>	0.863		0.823	
Mevcut çalışma durumu	Çalışıyor	91.68	5.19	28.00	2.31
	Çalışmıyor	91.93	4.92	28.18	2.19
	<b>Test değeri</b>	-0.251**		-0.394**	
	<b>p</b>	0.802		0.694	
Gelir düzeyi	Düşük	91.50	5.62	28.01	2.36
	Orta	92.04	4.45	28.21	2.09
	Yüksek	95.00	0.00	29.14	1.46
	<b>Test değeri</b>	1.756***		0.961***	
<b>p</b>	0.175		0.384		

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

### Ek-17. Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hastalara Güven Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması


**Tablo 8.4.** Hastaların Klinik Özelliklerine Göre Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği ve Hastalara Güven Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n = 228)

Değişkenler		Newcastle Hemşirelik Bakım Memnuniyet Ölçeği		Hemşirelere Güven Ölçeği	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
<b>Evre</b>	Evre 1	93.29	3.94	28.83	1.71
	Evre 2	91.71	5.30	28.23	2.21
	Evre 3	91.37	5.08	27.90	2.41
	Evre 4	92.07	4.92	28.17	2.11
	<b>Test değeri</b>	0.989***		1.137***	
	<b>p</b>	0.399		0.335	
<b>Daha öncesinde hastanede yatma durumu</b>	Evet	91.92	4.97	28.16	2.21
	Hayır	91.62	4.65	28.00	2.00
	<b>Test değeri</b>	0.213**		0.259**	
	<b>p</b>	0.832		0.796	
<b>Daha öncesinde bu hastaneden hizmet alma deneyiminin varlığı</b>	Evet	91.92	4.93	28.08	2.22
	Hayır	91.86	5.02	28.33	2.15
	<b>Test değeri</b>	0.085**		-0.800**	
	<b>p</b>	0.932		0.424	
<b>Bu hastaneden hizmet alma şekli</b>	Hizmet almayan	91.86	5.02	28.33	2.15
	Ayaktan tedavi	93.61	3.49	28.29	2.07
	Yatarak tedavi	91.36	4.91	27.63	2.31
	Hem ayaktan hem yatarak tedavi	91.69	5.48	28.55	2.10
	<b>Test değeri</b>	1.570***		2.195***	
	<b>p</b>	0.197		0.090	
<b>Bu seferki yatışta hastanedeki toplam kalış süresi</b>	3 gün	92.20	4.50	28.15	2.19
	4 gün	90.33	6.84	28.33	1.81
	5 gün	90.27	6.77	27.18	2.79
	6 gün	93.00	2.83	27.60	2.07
	7 gün	94.33	1.03	29.00	1.67
	8 gün ve üzeri	90.70	6.17	28.40	2.46
	<b>Test değeri</b>	1.304***		0.742***	
	<b>p</b>	0.263		0.593	
<b>Refakatçi varlığı</b>	Evet	91.87	4.99	28.16	2.19
	Hayır	92.83	2.86	27.83	2.71
	<b>Test değeri</b>	-0.468**		0.361**	
	<b>p</b>	0.640		0.718	
<b>Şu anki sağlık durumu değerlendirmesi</b>	İyi (1)	93.11	3.37	28.49	1.71
	Orta (2)	91.16	5.62	27.91	2.49
	Kötü (3)	90.86	5.77	27.97	2.40
	<b>Test değeri</b>	4.816***		1.824***	
	<b>p</b>	0.009*		0.164	
	<b>Bonferroni</b>	1>2			

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi



## EK-18. Turnitin Dijital Makbuz



### Digital Receipt

This receipt acknowledges that **Turnitin** received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author:	Necip Hancı
Assignment title:	KANSER HASTALARINDA KARŞILANAMAYAN BAKIM GEREKSİ...
Submission title:	neciphanci_tez_turnitin_4mart.docx
File name:	neciphanci_tez_turnitin_4mart.docx
File size:	732.81K
Page count:	91
Word count:	23,247
Character count:	170,651
Submission date:	04-Mar-2024 03:52PM (UTC+0300)
Submission ID:	2311309625



Copyright 2024 Turnitin. All rights reserved.

## EK-19. Turnitin Ekran Görüntüsü

neciphanci_tez_turnitin_4mart.docx			
ORJİNALLİK RAPORU			
% <b>5</b>	% <b>5</b>	% <b>2</b>	% <b>2</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİL KAYNAKLAR			
<b>1</b>	<b>Submitted to Hacettepe University</b> Öğrenci Ödevi		% <b>2</b>
<b>2</b>	<b>toad.halileksi.net</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>3</b>	<b>www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı		% <b>1</b>
<b>4</b>	<b>Tan, Nazife Utlu. "Cerrahi Hastalarının Hemsirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2022</b> Yayın		<% <b>1</b>
<b>5</b>	<b>acikerisim.ybu.edu.tr:8080</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>
<b>6</b>	<b>acikarsiv.ankara.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>
<b>7</b>	<b>acikbilim.yok.gov.tr</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>
<b>8</b>	<b>acikerisim.cumhuriyet.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>
<b>9</b>	<b>Ozbek, Mehmet Ferhat. "Çalışma İlişkilerinde güven: Yönetim Politikaları, Güven ve Bağlılık İlişkisi Konusunda Bir Türkiye ve Kırgızistan Uygulaması", Bursa Uludağ University (Turkey), 2021</b> Yayın		<% <b>1</b>
<b>10</b>	<b>docplayer.biz.tr</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>
<b>11</b>	<b>openaccess.biruni.edu.tr</b> İnternet Kaynağı		<% <b>1</b>

Alıntıları çıkart

Üzerinde

Eşleşmeleri çıkar

&lt; 5 words

Bibliyografyayı Çıkart

Üzerinde

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### 1. KİŞİSEL BİLGİLER

<b>ADI, SOYADI:</b>	NECİP HANCI
---------------------	-------------