



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**CERRAHİ HASTALARINDA
KARŞILANAMAYAN HEMŞİRELİK BAKIMI
ALGISI İLE HASTA MEMNUNİYETİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Melek DEMİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. Öğr. Üyesi Bahar CANDAS ALTINBAS

TRABZON-2023

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

21/02/2023

Melek DEMİR

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, 6 Şubat 2023 tarihinde Kahramanmaraş'ta meydana gelen ve ülkemizde birçok ili etkileyen depremde hayatını kaybedenlere ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam boyunca her zaman bilgi ve deneyimleriyle yanımda olan, değerli katkılarıyla çalışmalarına rehber olan, her zaman motive edici ve özverili yaklaşımıyla bana yol gösteren ve ilk tez öğrencisi olmaktan gurur duyduğum değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bahar CANDAS ALTINBAS'a,

Yüksek lisans eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleriyle her zaman yanımda olan; sevgisini, anlayışını, eğitici ve öğretici ruhunu her zaman hissettiğim saygıdeğer hocam Prof. Dr. Dilek ÇİLİNGİR'e,

Tez savunma jürisi olarak tezimin gelişimine değerli zamanlarını ayırarak fikir ve önerilerini sunan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayla GÜRSOY'a,

Verilerin toplanması aşamasında desteklerini esirgemeyen servis sekreterimiz Hülya SARAL'a, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve her zaman desteklerini yanımda hissettiğim Of Devlet Hastanesi Cerrahi Servisi Hemşirelerine ve Kadın Doğum Servisi Ebelerine,

Tez teslim sürecinde her daim yanımda olan Saliha Asra BAKI'ye,

Büyük bir sabır ve özveriyle tezimin her aşamasında yanımda olan sevgili eşim Murat DEMİR'e,

Varlıklarıyla bana güç veren ve bugünlere gelmemde emeği olan sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Melek DEMİR

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

viii

ŞEKİLLER DİZİNİ

ix

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

x

ÖZET

xi

ABSTRACT

xii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

3

2.1. Bakım Kavramı

3

2.2. Cerrahi ve Bakım

4

2.3. Cerrahi Hastasının Bakım Gereksinimi

4

2.3.1. Fizyolojik Gereksinimler

5

2.3.2. Psikolojik Gereksinimler

5

2.4. Cerrahi Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

6

2.4.1. Ameliyat Öncesi Dönem

9

2.4.2. Ameliyat Sırası Dönem

10

2.4.3. Ameliyat Sonrası Dönem

10

2.5. Eksik Verilen Bakım

11

2.6. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

11

2.6.1. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Sonuçları

14

2.7. Hasta Memnuniyeti

14

3. GEREÇ ve YÖNTEM

18

3.1. Araştırmanın Tipi

18

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

18

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

18

3.4. Veri Toplama Araçları

19

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu	19
3.4.2. Misscare (Karşılanamayan Bakım) Anketi – Hasta	19
3.4.3. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği	20
3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması	20
3.6. Veri Toplama Yöntemi	21
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	21
3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı	21
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	21
3.10. Araştırma Planı	22
4. BULGULAR	23
5. TARTIŞMA	33
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	39
6.1. Sonuçlar	39
6.2. Öneriler	40
7. KAYNAKLAR	41
EKLER	58
Ek 1. Hasta Tanıtım Formu	59
Ek 2. Misscare (Karşılanamayan Bakım) Anketi – Hasta	60
Ek 3. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği	63
Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	64
Ek 5. Kurum İzni	65
Ek 6. Etik Kurul İzni	66
Ek 7. Misscare (Karşılanamayan Bakım) Anketi–Hasta Kullanım İzni	69
Ek 8. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Kullanım İzni	70
ÖZGEÇMİŞ	71

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri	24
Tablo 2. Hastaların karşılamayan hemşirelik bakımı ve hemşirelik bakımından memnuniyet puanlarının tanımlayıcı istatistikleri	25
Tablo 3. Hastaların istenmeyen olay türlerine göre dağılımı	26
Tablo 4. Tanımlayıcı özelliklere göre karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanlarının karşılaştırılması	27
Tablo 5. Tanımlayıcı özelliklere göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanlarının karşılaştırılması	29
Tablo 6. İstenmeyen olay görülme durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanlarının karşılaştırılması	31
Tablo 7. Karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puan ve alt boyut puanları ile hemşirelik bakımından memnuniyet puanı arasındaki ilişki	31
Tablo 8. Karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanı ve hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ile yaş ve hastanın hastanede yattığı süre arasındaki ilişki	32

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Perioperatif hasta odaklı model	8
Şekil 2. Karşılanamayan hemşirelik bakım modeli	13
Şekil 3. Araştırma planı	22



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

IQR	Interquartile range
mak	Maksimum
min	Minimum
n	Sayı
SS	Standart sapma
AORN	Association of perioperative registered nurses
ANA	American Nurses Association
vb.	Ve benzeri

Simgeler

$\bar{x}$	Ortalama
%	Yüzde
r	Spearman's rho korelasyon katsayısı

ÖZET

Cerrahi Hastalarında Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Algısı ile Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Araştırma cerrahi hastalarında karşılanamayan hemşirelik bakım algısı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı özellikteki çalışmanın örneklemini 130 hasta oluşturmaktadır. Çalışma verileri hasta tanıtım formu, misscare (karşılanamayan bakım) anketi-hasta ve Newcastle hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler IBM SPSS 23 paket programında analiz edildi. Araştırma kapsamında bireylerin yaş ortalaması 48.9 ± 16.7 ve %59.2'si erkektir. Hastaların %96.2'sinin refakatçisi bulunmakta olup %53.1'i ameliyat sonrası kendi bakımına katılabilecek yeterlilikte değildir. Hastaların hastanede yatış süreleri ortalama 2.8 ± 1.2 gündür. Hastaların karşılanamayan hemşirelik bakım puanı ortalaması 24 ± 7.4 , iletişim alt boyutu 9.2 ± 3.4 , temel bakım alt boyutu 12.8 ± 4.8 ve zaman alt boyutu 2.1 ± 2.2 olarak saptandı. Hastaların memnuniyet ölçeği puanı 81.1 ± 15.4 olarak belirlendi. Hastaların tamamına yakını düşme, deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası, ilaç uygulama hatası ve yeni enfeksiyon gelişme sorunu yaşamadığını belirtti. Damar yolu tıkanması (%20.0) ve damar yolundan cilt altına sızıntı (%16.2) olması durumları ile diğerlerine göre daha fazla karşılaştıkları belirlendi. Hastaların memnuniyet puanı ile karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanı arasında yüksek düzeyde negatif yönlü ($r = -0.638$; $p < 0.001$) bir ilişki bulunmaktadır. Bununla birlikte memnuniyet düzeyi ile hemşirelik bakımı iletişim alt boyutu arasında yüksek düzeyde negatif ($r = -0.662$; $p < 0.001$), temel bakım alt boyutu arasında orta düzeyde negatif ($r = -0.431$; $p < 0.001$) ve zaman alt boyutu arasında düşük düzeyde negatif ($r = -0.174$; $p < 0.001$) bir ilişki bulunmaktadır. Hastaların yaş ve hastanede yatış sürelerinin karşılanamayan hemşirelik bakımı ile anlamlı bir ilişkisi bulunmazken ($p > 0.050$), yaş arttıkça ve hastanede yatış süresi uzadıkça hasta memnuniyetinin azaldığı belirlendi. Sonuç olarak, karşılanamayan hemşirelik bakım algısı arttıkça hasta memnuniyeti azalmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Cerrahi hemşiresi, hasta memnuniyeti, hemşirelik bakımı, ihmal, karşılanamayan hemşirelik bakımı

ABSTRACT

Evaluation of the Relationship Between Perception of Missed Nursing Care and Patient Satisfaction in Surgical Patients

The research was conducted to determine the relationship between the perception of unmet nursing care and patient satisfaction in surgical patients. The sample of the descriptive study consists of 130 patients. Study data were collected using patient identification form, misscare survey-patient and Newcastle satisfaction with nursing care scale. Data were analyzed in IBM SPSS 23 package program. Within the scope of the research, the mean age of the individuals was 48.9 ± 16.7 and 59.2% of them were male. 96.2% of the patients have a companion, and 53.1% of them are not qualified to participate in their own care after the surgery. The mean hospital stay of the patients was 2.8 ± 1.2 days. The patients' total unmet nursing care score was detected 24 ± 7.4 , communication sub-dimension 9.2 ± 3.4 , basic care sub-dimension 12.8 ± 4.8 , time sub-dimension 2.1 ± 2.2 . The satisfaction scale score of the patients was determined as 81.1 ± 15.4 . Almost all of the patients stated that they did not experience any problems such as falling, deterioration of skin integrity/bed sores, medication errors or new infections. It was determined that they encountered more frequent vascular occlusion (20.0%) and subcutaneous leakage (16.2%) than the others. There is a highly negative correlation ($r = -0.638$; $p < 0.001$) between the satisfaction score of the patients and missed nursing care total score. With this, there is a high level of negative ($r = -0.662$; $p < 0.001$) relationship between satisfaction level and nursing care communication sub-dimension, moderately negative ($r = -0.431$; $p < 0.001$) among basic care sub-dimensions and low-level negative ($r = -0.174$; $p < 0.001$) relationship between the time sub-dimension. While there was no significant relationship between the age and length of hospital stay of the patients with unmet nursing care ($p > 0.050$), it was determined that patient satisfaction decreased as the age increased and the length of hospital stay increased. As a result, as the perception of missed nursing care increases, patient satisfaction decreases.

Keywords: Nursing care, omission, patient satisfaction, surgical nurse, unmet nursing care

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Bakım kavramı kişinin ya da bir şeyin yararına yönelik çaba ve özen olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bakmak, ilgilenmek ile de ifade edilerek başkaları ile bağlantı kurmanın bir yolu olarak nitelendirilmektedir (1). Bu bağlamda bakım, tanımı gereği hemşirelik mesleğinin özü olarak kabul edilmektedir (2).

Hemşirelik bakımı sosyo-kültürel, ekonomik, kurumsal birçok özelliğten etkilenmektedir. Bunların yanı sıra, hemşirelik profesyonellerinin teorik ve pratik mesleki birikimleri, kişisel özellikleri doğrudan bakımı etkilemektedir (3). Hemşirelik profesyonelleri hasta güvenliğini sağlama ve bakımın kalitesini artırmak için gerekli iyileştirme fırsatlarının neler olduğunu ve bakım kalitesini düşüren durumların neler olduğunu araştırarak bakım uygulamalıdır (4).

Karşılanamayan hemşirelik bakımı literatürde “bakımın bir kısmının ya da tamamının yapılmaması, geciktirilmesi” olarak tanımlanmaktadır. İlk olarak 2006 yılında Kalish tarafından yapılan nitel bir araştırmada ortaya çıkan bu kavram hasta güvenliğini olumsuz etkileyen ihmal hatası olarak değerlendirilmektedir (5-7). Dünya’da ve ülkemizde yapılan çalışmalardan yola çıkarak hemşirelerin sıklıkla bakım uygulamalarını karşılayamadıkları görülmüştür (8-11). Karşılanamayan hemşirelik bakımı sonucunda ilaç uygulama hataları, hasta düşmeleri, basınç yarası gibi olumsuz hasta sonuçları meydana gelmekte ve bu sonuçlar hasta memnuniyetini olumsuz olarak etkilemektedir (12). Bununla birlikte karşılanamayan hemşirelik bakımı, yatış süresinin uzamasına bağlı maliyet artışı nedeniyle kurumu; iş doyumunun azalması, hayal kırıklığı ve düşük benlik saygısı gibi nedenlerle de sağlık profesyonellerini olumsuz etkilemektedir (13).

Memnuniyet kavramı “memnun olma, sevinç duyma, sevinme” şeklinde tanımlanmaktadır (14). Hasta memnuniyeti verilen bakımın hastalar tarafından nasıl algılandığı ile ilgilidir (15). Hasta algısını belirlemek, hasta merkezli bakım sağlama ve hastaları da bakıma dahil etmenin yani bir yoludur (10). Tıp Enstitüsü tarafından 21. yüzyıl sağlık sistemine ilişkin olarak güvenli, etkili, hasta merkezli, eşit-adil, kanıta dayalı, zamanında bakım sağlamaya teşvik eden altı hedef belirlenmiştir. Bu hedefler hasta güvenliği ve hasta memnuniyetini kapsamaktadır (16). Günümüzde verilen sağlık bakım hizmetinin kalitesini değerlendirmede hasta memnuniyeti en önemli göstergelerdendir

(17). Bununla birlikte, artan hasta memnuniyeti hastaların tedavi sürecine uyumunu kolaylaştırarak iyileştirmeyi hızlandırmaktadır (18).

Cerrahi girişimler bireylerin homeostatik dengesinde değişim, stres ve anksiyete gibi fizyolojik ve psikolojik değişikliklere neden olmaktadır. Hastaların ameliyat sürecinde ortaya çıkan değişikliklere uyumunu sağlamada hemşirelik bakımının kaliteli ve eksiksiz verilmesi önemli bir faktördür (19, 15). Bu süreçte hastanın fizyolojik ve psikolojik değerlendirmesi yaparak iyileşmeyi hızlandırmak ve cerrahi komplikasyonları önlemeye yönelik bakımı düzenlemek cerrahi hemşiresinin birincil görevidir. Hemşirenin hasta ve aile ile iletişim halinde olması ve gereksinim durumunda hastanın hemşireye kolaylıkla ulaşabilmesi hastanın bakım memnuniyetini belirlemede oldukça etkilidir (20). Yine, cerrahi girişim sonrası hastaların ihtiyaçlarının eksiksiz bir şekilde karşılanması ve yeterli bilgilendirmenin sağlanması hasta memnuniyetini artıran faktörler arasındadır (21).

Ameliyat sürecindeki sağlık bakım gereksinimleri cerrahi hastalarını diğer hastalardan ayırmaktadır. Literatür incelendiğinde cerrahi hastalarında karşılanamayan hemşirelik bakımını ile memnuniyet arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmadı. Çalışma bu doğrultuda, cerrahi servisinde yatan hastalar tarafından bildirilen karşılanamayan hemşirelik bakım algısı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım Kavramı

Bakım, Türk Dil Kurumu tarafından "Bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi; iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi" olarak tanımlanmaktadır (22, 23). Bakım kavramı önlem, koruma, destek, ilgilenmek, bakmak, beslemek ve korumak gibi birçok anlam taşımaktadır. Bunların yanı sıra saygı duymak, değer vermek, sevmek ve sahiplenmek ile de ifade edilen bakım kavramı işin şefkatli doğasını yansıtır ve multidisipliner ekip yaklaşımı gerektirir (24, 25). Bu bağlamda bakım, kendi bakımını sağlayacak yeterliliğe sahip olmayan kişilere hemşire, fizyoterapist ve hekim gibi profesyonel meslek grupları tarafından formal ya da aile bireyleri ve yakın çevresi tarafından informal olarak sağlanabilmektedir (26).

Bakım yalnızca hemşirelere özgü bir kavram olmamakla birlikte formal bakım vermenin bilimsel yolu hemşirelik sürecinden geçmektedir. Bakım, profesyonel hemşirelik disiplininin temel odak noktasıdır ve giderek daha fazla önem kazanmaktadır (24, 27, 28). Hemşirelik, bireyleri biyo-psiko-sosyal yönden bütünüyle ele alarak karşılıklı güven ve etkili iletişim ile bireyin gereksinimlerini belirleyen ve planlı bir yaklaşım ile bireye yarar sağlamayı amaç edinen bir meslektir (3, 29, 30). Bu kapsamda hemşirelik mesleği, bireylerin ve toplumun sağlığını koruma, sürdürme, geliştirme; bireyi rahatlatma ve bilgilendirme gibi tüm işlevlerinde bakım verme fonksiyonunu kullanmayı gerektirmektedir (23, 31).

Bakım süreci bireysel, akılcı, eleştirel ve bilimsel hemşirelik süreci yaklaşımı gerektirir (31). Hemşirelik kuramları, bakım uygulamalarında hemşirelik profesyonellerine yol gösterici olmuştur (32). Florence Nightingale hemşireliğin temel taşının bakım kavramı olduğunu ve bu sürecin hemşire-hasta etkileşimi ile önem kazandığını vurgulamıştır. Leininger bakımın hemşirelikteki önemini "bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır" şeklinde ifade etmiştir (30). Yine Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nin hemşirelik mesleğinin bakım felsefesini yansıttığı ve birey odaklı bakımı savunduğu için yaygın olarak kullanıldığı görülmektedir (32-34). Bakım verme hemşirelik mesleğinin profesyonelliğe ulaşmasını sağlayan en önemli uygulamadır. Bakım verirken sadece bilinen ihtiyaçlara yönelik değil; bireyin gereksinim duyduğu ihtiyaçlar da göz önüne alınmalıdır (35).

2.2. Cerrahi ve Bakım

Cerrahi, insan organizmasında meydana gelen hastalığı tedavi etmek, oluşan hasarı onarmak ya da rekonstrüktif amaçlı yapılan planlı ve kontrollü travmalardır. Bunların yanı sıra diagnostik, eksploratif ve palyatif amaçlı cerrahi girişimler de uygulanmaktadır (36, 37). Cerrahi girişimler 1840'lı yıllara kadar kaba ve tehlikeli olarak algılanmış, ancak anestezi, asepsi ve anatomi biliminin gelişmesiyle daha yaygın olmuştur (37). Cerrahi tedavi var olan sağlık durumunun sürdürülmesi ya da patolojik durumun düzeltilmesi, yaşam kalitesinin artması, analjezinin sağlanması, organ fonksiyonlarının yeterli düzeye getirilmesi ve görünümün düzeltilmesi gibi birçok alanda etkin bir yöntem olarak kullanılmaktadır (38).

Sağlık alanındaki teknolojik ve bilimsel gelişmeler cerrahi girişimlerin sayısında artışa neden olmaktadır (39). Yeni teknolojilerin kullanılması ile bakım uygulama şekilleri ve cerrahi yöntemler değişerek daha kısa sürede daha başarılı ameliyatlara yapılmaktadır. Ayrıca cerrahi yöntemlerdeki güncel gelişmeler yapılan girişimlerin daha güvenilir olmasını sağlamıştır. Cerrahi girişimlerdeki artış ve gelişmelerin cerrahi hastasının bakımına da yansıtılması gerekmektedir (40).

Cerrahi girişimler her ne kadar kontrollü travma olarak belirtilse de oluşabilecek komplikasyonlar nedeniyle ameliyat olan hastalara verilen hemşirelik bakımı daha kapsamlı olmalıdır. Ameliyat kararının verilmesinden itibaren başlayıp ameliyat sonrası bakıma kadar süren süreçte nitelikli bakım sağlamak yapılan ameliyatın başarısını gösteren en önemli unsurlardandır (39, 41). Ameliyat sürecinde bireyin bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi ve kanıta dayalı bireyselleştirilmiş bakımın sunulması cerrahi hemşireliğinin temelini oluşturmaktadır (37).

2.3. Cerrahi Hastasının Bakım Gereksinimi

Her yıl dünyada 234 milyon ameliyat gerçekleştirilmektedir (42). Yine Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 verilerine göre, ülkemizde yılda dört milyona yakın ameliyat gerçekleştirilmektedir (43). Bununla birlikte, tüm dünyada ameliyat sonrasında yedi milyon hastanın %50'sinin önlenebilir komplikasyonlara maruz kaldığı bilinmektedir (39).

Planlı ya da acil, büyük ya da küçük fark etmeksizin cerrahi girişim birçok fizyolojik ve psikolojik sonuçlara yol açmakta ve buna bağlı olarak hastaların bakım gereksinimini artırmaktadır (44). Aust ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hastaların %40.5'inin yüksek düzeyde ameliyat öncesi anksiyete yaşadıkları bildirilmiştir (45). Yine Yılmaz ve arkadaşları çalışmalarında hastaların %51.8'inin ameliyata ve tedaviye bağlı korku yaşadıklarını ve %52.8'inin ameliyata ilişkin bilgi almadıklarını belirtmişlerdir (46). Bu kapsamda hastaların fizyolojik ve psikolojik gereksinimleri göz önüne alınarak hemşirelik bakımı sağlanmalıdır.

2.3.1. Fizyolojik Gereksinimler

Ameliyata ilişkin fizyolojik değerlendirme yapmak, olası riskleri en aza indirebilmek için gerekli bir yaklaşımdır. Bunun yanı sıra hastanın genel sağlık durumuna ilişkin gereksinimlerin de değerlendirilmesi ve buna yönelik destek olunması gerekmektedir. Bu süreçte cerrahi hastalarının gereksinimleri şunlardır (39, 41, 47, 48);

- Tedavi ve bakım hakkında bilgi sahibi olmak,
- Güvenli cerrahi,
- Öz bakım ihtiyaçlarının karşılanması,
- Komplikasyonlara yönelik bakım,
- Ameliyat sonrası mobilizasyon ve rehabilitasyon,
- Ağrının giderilmesi,
- Psikososyal destek,
- Uyku ve dinlenmenin sağlanması,
- Beslenmenin sağlanması,
- Mahremiyetin korunması,
- Taburculuk planlaması,
- Taburculuk sonrası danışmanlık.

2.3.2. Psikolojik Gereksinimler

Ameliyatın büyüklüğü fark etmeksizin ameliyat kavramı kişilerde korkuya, ameliyat sürecine ilişkin bilinmezlik ise anksiyeteye neden olur (49). Ameliyat dışı nedenlerle hastaneye yatan hastalarda anksiyete görülme sıklığı %10-30 iken, ameliyat olacak hastalarda bu oran %50-90 arasında değişiklik göstermektedir (50-53).

Anksiyete, ameliyat olacak hastaların planlanan cerrahi girişimden kaçınmasına neden olan rahatsız edici duygusal bir deneyimdir (54). Her ne kadar bu süreçte meydana gelen korku, anksiyete ve stres gibi duygular doğal fizyolojik bir tepki olarak kabul edilse de ameliyat öncesi yeterli psikolojik desteğin sağlanmaması bu duyguların artmasına neden olmakta ve süreci olumsuz etkilemektedir (39, 55). Cerrahi hastalarında anksiyeteye neden olan birçok faktör bulunmaktadır. Ölüm korkusu ve bilinmezlik anksiyeteye neden olan en birincil faktörlerdendir (56-59). Bunların yanı sıra fiziksel aktivitelerde azalma, aileden ve sevdiklerinden ayrı kalma, ağrı, işini kaybetme endişesi, aç kalma süresi ve ameliyatın türü gibi birçok neden perioperatif dönemde anksiyeteye yol açmaktadır (57, 58). Ameliyata karşı oluşan anksiyete (45, 49, 59-62);

- Ameliyat öncesi premedikasyon gereksinimi artışına,
- Ameliyat sırası anestezi gereksinimi artışına,
- Ameliyat sonrası analjezik gereksinimi artışına,
- İyileşme süresinde gecikmeye,
- Yara iyileşmesinde gecikmeye,
- Ameliyat sonrası komplikasyonların artışına,
- Mortalite ve morbidite artışına,
- Hasta memnuniyetinde azalmaya,
- Hastanede kalış süresinin uzamasına neden olur.

Ameliyat planlanan hastaların tıbbi tedavi alan hastalara göre fizyolojik ve psikolojik bakım gereksinimleri daha fazladır (63). Bu doğrultuda hastaya verilen bakımın temel amacı ameliyat öncesi hasta eğitiminde hastanın bilinmezliklerinin giderilmesi, fizyolojik ve psikolojik yönden destek olunması ve ameliyat sonrası rol ve sorumlulukları hakkında bilgilendirilme yapılmasıdır (64). Anksiyete yalnızca cerrahi uygulanacak hasta için değil bireyin ailesi ve yakınları için de önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu durumda sağlık profesyonelleri anksiyeteyi azaltmak için bireyi ailesiyle birlikte değerlendirerek psikolojik destek sağlamalıdır (39, 55).

2.4. Cerrahi Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Cerrahi hemşiresi, perioperatif süreç boyunca hastanın gereksinim duyduğu hemşirelik bakımını sağlayan sağlık profesyonelidir. Cerrahi hastasının bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında cerrahi hemşireleri ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve

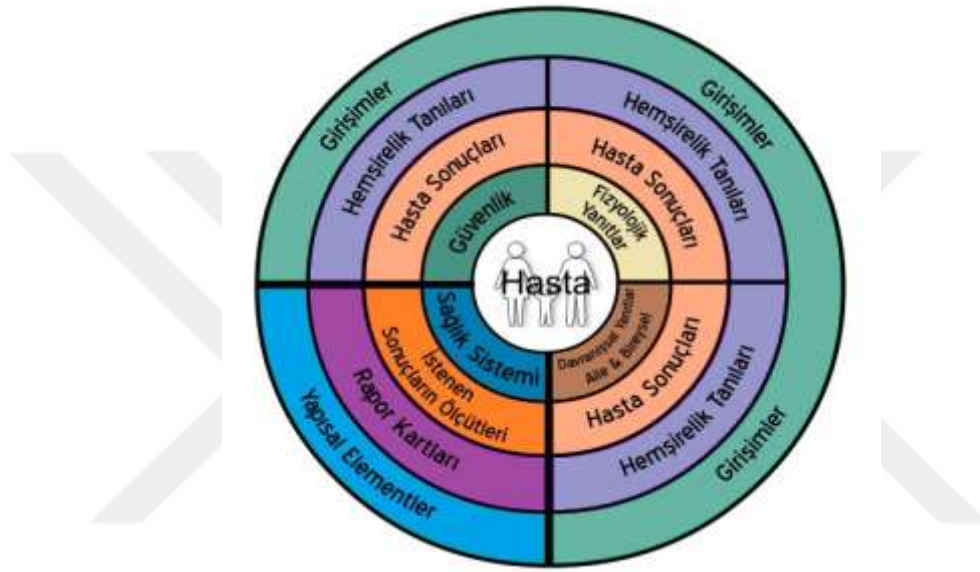
ameliyat sonrası tüm süreçlerde hastaların kaliteli ve eksiksiz hemşirelik bakımı almalarından sorumludurlar (46). Literatürde cerrahi hemşiresinin rol ve sorumlulukları şu şekilde sıralanmaktadır (19, 39, 65-68):

- Hastanın fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerini belirlemek,
- Cerrahi komplikasyonları önlemeye yönelik bakımı düzenlemek,
- Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında birey odaklı bakımı benimseyerek gerekli uygulamaları yapmak,
- Kapsamlı bir şekilde hastayı değerlendirerek hastalığın yönetimini sağlamak,
- Etik ilkelere uygun olarak hemşirelik bakımı sağlamak,
- Bakım sunma sırasında hasta ve ailesinin inanç ve kültürel değerlerini dikkate almak,
- Kaynakların verimli kullanımını sağlamak,
- Hasta bireyin ve ailesinin eğitim gereksinimlerini belirleyerek planlı eğitim vermek,
- Eğitim uygulamaları için çeşitli materyaller geliştirmek,
- Hasta savunuculuğu yapmak,
- Hasta güvenliğini sağlamak,
- Kanıta dayalı yaklaşımları bakım uygulamalarına yansıtmak,
- Perioperatif hemşirelik bakım standartlarını benimsemek,
- Mesleki gelişimine katkı sağlayacak bilimsel faaliyetlere katılmak,
- Teknolojik gelişmeleri takip ederek bakım uygulamalarında kullanmak,
- Diğer sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği içinde olarak gerektiğinde danışmanlık yapmak.

Perioperatif Hemşireler Derneği (Association of Perioperative Registered Nurses-AORN) Perioperatif Hasta Odaklı Model’de hasta güvenliği, fizyolojik yanıt, davranışsal yanıt ve sağlık sistemi olmak üzere dört alanı tanımlamaktadır (Şekil 1) (65, 66). Cerrahi deneyimin doğasını yansıtan ve hemşirelik bakımında kılavuz görevi gören bu alanlar (37, 69);

1. Ameliyat ya da herhangi bir invaziv prosedürün amaçlanan terapötik etkileriyle ilgili olmayan fiziksel yaralanma belirti ve semptomlarının yokluğu olarak tanımlanan hasta güvenliği,

2. Amaca yönelik fiziksel, biyokimyasal ve fonksiyonel tepkiler şeklinde ifade edilen fizyolojik yanıt,
3. Hasta ve ailesinin ameliyat ve diğer invaziv prosedürlere karşı psikolojik tepkileri ifade eden davranışsal yanıt,
4. Perioperatif ortamda ya da sağlık sisteminde var olan yapısal unsurları temsil eden sağlık sistemidir.



Şekil 1. Perioperatif hasta odaklı model (65, 66)

Son yıllarda hemşirelik uygulamalarında bakım model ve kuramlarının kullanımındaki artış ile birlikte birey odaklı bakım sağlanmanın önemi ortaya çıkmıştır (32, 70-72). Bu kapsamda Watson'ın İnsan Bakım Modeli cerrahi girişimlere yönelik olarak planlandığında (73, 74);

Bakım İlişkisi: İletişim cerrahi ya da ameliyathane hemşireleri ile ameliyat olacak hasta arasındaki hemşirelik bakımının tüm sürecinde önemlidir.

Bakım Durumu: Ameliyatı planlanan hastanın tüm süreç boyunca olan gereksinimlerinin karşılanması, hastanın durumu ve bakım kalitesi açısından önemlidir.

Bakım Anı: Perioperatif sürecin en önemli aşamalardan biri olan bakım anında hasta ile birebir etkileşim içinde olunan zamandır şeklinde belirtilebilir.

Bu doğrultuda aynı ameliyat uygulanmış olsa dahi her hastanın bakım gereksinimi farklı olacağından, hastanın bireysel ihtiyaçları göz önüne alınarak bakım planı yapılması gerekir (55). Yine birey merkezli hemşirelik bakımı, sağlık bakım kalitesinin ve hasta bireyin aldığı bakıma yönelik memnuniyet düzeyinin artmasını sağlamaktadır (29).

2.4.1. Ameliyat Öncesi Dönem

Ameliyat öncesi dönem, hastanın ameliyata karar vermesiyle başlayıp; cerrahi girişimin planlanması ile devam eden ve ameliyathaneye gönderilmesiyle son bulan bir süreçtir. Ameliyat öncesi dönemde hastanın fizyolojik, psikolojik ve yasal hazırlığının yapılması gerekir (75, 76). Bu dönemin uzunluğu ameliyatın planlı ya da acil olma durumuna göre değişmektedir. Acil ameliyatlarda ameliyat öncesi dönem kısa iken planlı ameliyatlarda bu dönem uzayabilir (77).

Ameliyat öncesi hemşirelik bakımı, bu sürecin her basamağında hastanın bakım yönetimini sürdürme ve hazırlığını tamamlamayı ifade eder. Ameliyat öncesi süreçteki hemşirelik uygulamaları şunlardır (39, 55, 64, 75, 78);

- Ameliyat öncesi hastayı bir bütün olarak değerlendirip, gerekli testlerin ve onamların kontrolünü sağlamak,
- Risk faktörlerini belirlemek,
- Hasta ve ailenin ameliyat stresi ile baş etmesini sağlamak,
- Oluşabilecek komplikasyonları önlemek ya da en aza indirmek,
- Bakım faaliyetlerine rehber olmak,
- Sağlık sorunları, cerrahi işlem ve esas olarak ameliyat sonrası kendi bakımlarına nasıl katılabilecekleri konusunda hasta ve ailesine eğitim yapmak,
- Hasta ve aileyi bakım uygulamalarına katılmaları için cesaretlendirmek,
- Cilt hazırlığı yapmak,
- Gastrointestinal sistem hazırlığı yapmak,
- Uyku ve istirahati sağlamak,
- Premedikasyon uygulamak,
- Güvenli cerrahi kontrol listesini kontrol ederek hastayı ameliyathaneye teslim etmek.

2.4.2. Ameliyat Sırası Dönem

Ameliyat sırası dönem, hastanın ameliyathaneye alınması ile başlayan ve hastanın ameliyat sonrası ayılma ünitesi ya da anestezi sonrası bakım servisine alınması ile son bulan dönemdir (47). Ameliyathane ortamı hasta için tanıdık olmayan bir ortamdır. Ameliyathanede olduğu süreç içerisinde hastanın gereksinimlerinden birincil sorumlu olan kişi ameliyathane hemşiresidir (79). Bu bağlamda ameliyat sırasında hemşirelerin sorumlulukları şu şekilde sıralanmaktadır (19, 39, 77, 80);

- Hasta güvenliğini ve homeostazisi sağlamak,
- Emosyonel destek olmak,
- Enfeksiyonu önlemek,
- Uygun pozisyon vermek,
- Güvenli çevre koşullarını sağlamak,
- Vücut ısını korumak,
- Hastanın bilgi ve kültürlerine saygı duyarak anlayabilecekleri şekilde açık bir dille hastalar ile iletişim halinde olmak,
- Ekip üyeleri arasında etkili bir iletişim kurmak,
- İlaç, cerrahi malzeme ve ekipman hazırlığı yapmak.

2.4.3. Ameliyat Sonrası Dönem

Ameliyat sonrası dönem ameliyat sonrası erken ve geç dönem olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Erken dönem; anestezi etkisinin geçtiği ilk saatleri, geç dönem ise ameliyat sonrası haftaları ya da birkaç ayı kapsayan, ameliyat sonrası komplikasyonlara yönelik önlemlerin alındığı iyileşme aşaması olarak ifade edilmektedir (81). Bu dönemdeki bakımın temel hedefleri; bireyin fizyolojik ve psikolojik olarak desteklenmesini sağlamak, ağrısını azaltmak, komplikasyonları önlemek ve hastanın bakım uygulamalarına katılımını sağlamaktır (19). Bu hedeflere ulaşmak için ameliyat sonrası dönemde (19, 39, 81, 82);

- Sıvı elektrolit dengesini sürdürmek,
- Dolaşım, solunum ve renal fonksiyonları desteklenmek,
- Yara iyileşmesini sağlamak,
- Enfeksiyonları önlemek,
- Hasta güvenliğini sağlamak,
- Yeterli beslenme ve dolaşımı sağlamak,

- İstirahati sağlamak,
- Hastanın rehabilitasyonuna kadar etkili bakımı vermek,
- Ameliyat sonrası süreçlere göre hastanın ihtiyacına yönelik destek sağlamak,
- Taburculuk sonrası bakıma ilişkin eğitim vermek cerrahi hemşirenin bakım sorumluluğundadır.

2.5. Eksik Verilen Bakım

Wal'a göre hemşirelik bakımı; bilgi, beceri ve deneyimin hemşirelik uygulamaları ile bütünleşmesiyle somut bir şekilde ortaya çıkan eylem boyutu ve duygu, etik gibi kavramları içeren, bakıma yön veren duyuşsal boyut olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (83). Hemşirelik bakımının bu iki boyut birlikte ele alınarak nitelikli ve tam olarak verilmesi gerekmektedir (84, 12). Bu iki boyuttan birinin ihmal edilmesi bakımın eksik verilmesi anlamına gelmektedir (83, 84).

Aiken ve arkadaşları tarafından eksik verilen bakıma ilişkin Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, İskoçya ve Almanya verilerinin incelendiği ilk çalışmada; ağız hijyeni, cilt bakımı, bilgilendirme ve hastaları rahatlatma gibi hemşirelik bakımı uygulamalarının sıklıkla yapılmadığı bildirilmiştir (85, 86). Verilmesi gereken hemşirelik bakımının göz ardı edilmesi, eksik bakım verilmesine neden olmaktadır. Bu durum hasta güvenliği açısından risk oluşturmaktadır. Yeterli hemşirelik bakımının verilememesi karşılanamayan hemşirelik bakımı kavramını ortaya çıkarmaktadır (8, 87).

2.6. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı

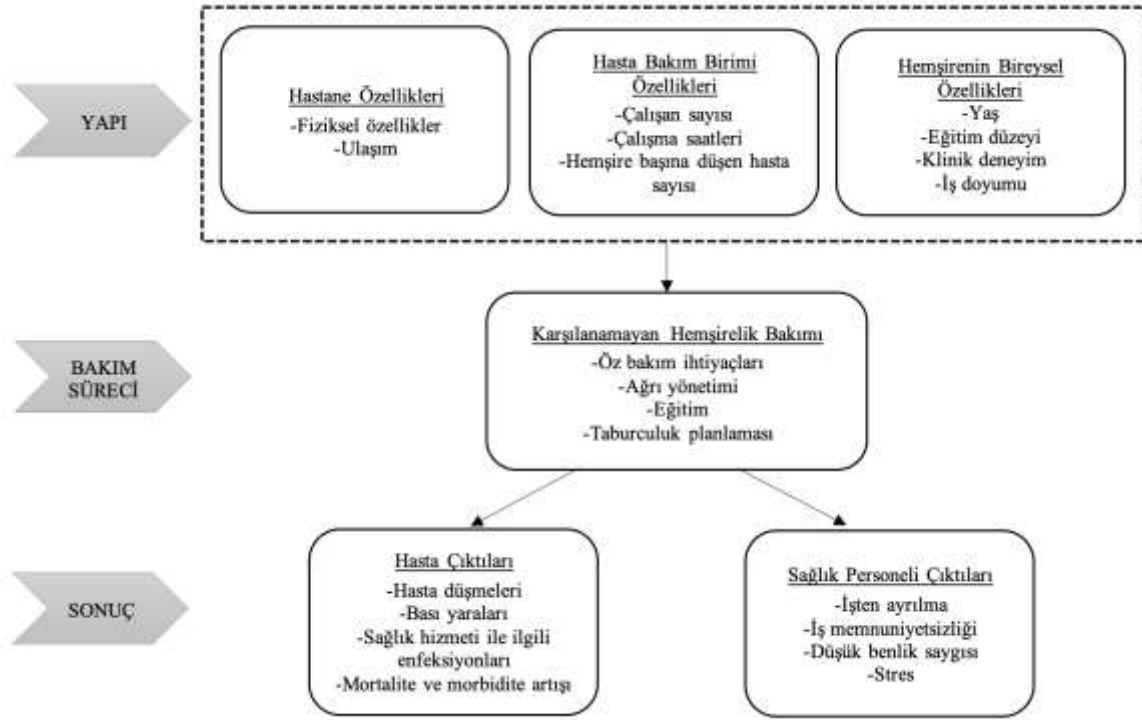
Hemşirelik bakımındaki aksaklıkları önlemek için tıbbi hatalara dikkat çekmek gerekmektedir. Bakım uygulamasında hasta güvenliği açısından temel iki tıbbi hata belirtilmektedir. Bu tıbbi hata türlerinden birincisi; "İcrai Fiilin Etkisi" denilen yanlış taraf cerrahisi gibi uygulamada hata yapılması ve ikincisi ise "İhmalin Etkisi" denilen hastanın ağız bakımı yapılmaması, mobilizasyonun sağlanmaması gibi durumları içeren türdür (4, 12). Bu doğrultuda karşılanamayan hemşirelik bakımı önemli bir ihmal hatası olarak değerlendirilmektedir (88, 89).

İhmal edilen hemşirelik bakımı sonucunda hasta güvenliğini etkileyen durumlar meydana gelmektedir. Hastanın ihtiyaç duyduğu bakımın yapılmamış olması bakımın kalitesini doğrudan etkilemekte ve olumsuz hasta sonuçlarına neden olmaktadır (87, 90).

Karşılanamayan hemşirelik bakımı tüm ülkelerde ve kültürlerde hasta güvenliğini tehdit edebilecek evrensel bir sorundur (88, 89).

Karşılanamayan hemşirelik bakımı kavramı literatürde az yer bulmakla birlikte son zamanlarda ilgi çekici bir konu haline gelmiştir. Bu kavram, Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşire Kalisch tarafından 2006 yılında "Missed Nursing Care" şeklinde literatüre kazandırılmıştır. "Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı" olarak Türkçe'ye uyarlanan ve Türkçe literatürde yeni olan bu kavram; hastanın ihtiyaç duyduğu bakımın tamamının ya da bir kısmının yapılmaması, ertelenmesi, gecikmesi ya da ihmali olarak ifade edilmektedir (12, 91, 92). Kalisch'in karşılanamayan bakımın temellerinin atıldığı çalışmasında, hemşirelik bakımına yönelik ambulasyon, pozisyon verme, beslenme, hasta eğitimi, taburculuk planlaması, duygusal destek ve hijyen alanlarında sıklıkla gözden kaçan uygulamaları olduğu saptanmıştır. Gözden kaçan bu uygulamalar hemşirelik bakımının temellerini oluşturmaktadır (5).

Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Modeli, Donabedian'ın yapı-süreç-sonuç modellemesine dayanır (93). Bu modelde hastane özellikleri, hasta bakım birimi özellikleri ve bireysel hemşire özellikleri yapıyı; taburculuk planlaması, eğitim, cilt bakımı, ağız hijyeni ve ağrı yönetimi gibi karşılanamayan hemşirelik bakımı uygulamaları süreci ve bunların hasta ve çalışan çıktıları sonucu oluşturmaktadır (Şekil 2) (8, 94). Diğer bir ifade ile model çalışma ortamı özelliklerinin, bakım ve karar verme sürecini etkilediğini göstererek karşılanamayan hemşirelik girişimlerine ilişkin olumsuz hasta sonuçlarını tanımlar (94). Modeldeki yapı özellikleri bakım sürecini doğrudan etkileyerek sonuçların ortaya çıkmasına neden olur (93).



Şekil 2. Karşılanamayan hemşirelik bakım modeli (8, 94)

Literatürde karşılanamayan hemşirelik bakım kavramı; göz ardı edilen bakım, ihmal edilen bakım, bakımın yapılmaması, gecikmeli bakım, karşılanmayan bakım, yapılmamış bakım, bitirilmemiş bakım ve kısıtlandırılmış bakım olarak da adlandırılmaktadır (95-98). Yapılan çalışmalarda karşılanamayan hemşirelik bakımı nedenleri ve karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen etmenler benzerlik göstermektedir. Bunlar (8, 12, 99-101):

Karşılanamayan hemşirelik bakımını etkileyen etmenler;

- Hastaneler ve klinikler,
- İş yükü,
- Çalışan ile ilgili faktörler ve
- Çalışma şekli ile ilgili faktörler.

Karşılanamayan hemşirelik bakımı nedenleri;

- İş gücü eksikliği (Hasta sayısının fazla hemşire sayısının yetersiz olması nedeniyle, iş yükü artışı, fazla mesai, vardiya sistemi),
- Malzeme eksikliği

- İletişim eksikliği şeklindedir.

2.6.1. Karşılanamayan Hemşirelik Bakımının Sonuçları

Karşılanamayan hemşirelik bakımı hastalar, sağlık profesyonelleri ve kurum açısından olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. İhmal edilen ya da eksik verilen her bakım hasta düşmeleri, hastane enfeksiyonları, bası yaraları, ilaç uygulama hataları ve yetersiz ambulasyona bağlı gelişen komplikasyonlar gibi istenmeyen (advers) olaylar ile sonuçlanmaktadır (5, 13). Bununla birlikte hastanede yatış süresinin uzaması ve bakım maliyetinin artmasına bağlı kurum için olumsuz sonuçlara da sebep olmaktadır. Kurumun hizmet kalitesinin düşmesi hedeflenen amaca ulaşmayı güçleştirerek beraberinde kurumun tercih edilirliliğini azaltmaktadır (94, 95). Ayrıca karşılanamayan hemşirelik bakımı çalışanlarda işten ayrılma, memnuniyetsizlik, düşük benlik saygısı, suçlu ve yetersiz hissetme, stres ve hayal kırıklığı gibi durumlar ortaya çıkarmaktadır (102-104). Bu bağlamda karşılanamayan hemşirelik bakımı, profesyonel hemşirelik algısını ve saygınlığını olumsuz etkileyerek hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarını yerine getirmemelerine neden olmaktadır (95).

Günümüzde RANCARE Konsorsiyumu ve Karşılanamayan Bakım Çalışma Grubu gibi çeşitli ulusal ve uluslararası araştırma gruplarının bakım kavramı üzerine çalışmaları devam etmektedir. Bu tür çalışmalara olan ihtiyaç hasta güvenliği, hasta sonuçları, kurum ve personel sonuçları açısından önemlidir (86).

2.7. Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet kavramı Türk Dil Kurumu'nda "memnun olma, sevinç duyma, sevinme" şeklinde tanımlanmaktadır (14). Bireylerin kişisel özellikleri, sosyal hayatları, eğitim durumu gibi birçok faktöre bağlı olan bu kavram ilk kez 1956 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılmıştır (105, 106). Greeneich, hasta memnuniyetini hastaların almış oldukları bakım ile hastaların bakımdan beklentileri arasındaki uyum olarak belirtmiştir (105). Yine Donebedian, hasta memnuniyetini "hastanın beklentilerinin ne kadarının karşılandığı hakkında bilgi veren, bakımın kalitesini gösteren en temel unsur" şeklinde tanımlamıştır (107).

Hastaların beklenti içinde olduğu isteklerini karşılamayı hedefleyen bakım kavramı ilk olarak 'Working for patients' (Hastalar için çalışmak) belgesi ile 1989 yılında Birleşik

Krallık'ta ortaya çıkmıştır (108, 109). Bu belgede sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde gösterge olarak hasta memnuniyetinin ölçülmesi vurgulanmıştır (109).

Son yıllarda her alanda artan rekabet ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu açısından sağlık hizmetleri alanını da etkilemiştir (110). Bakım kalitesi, sağlık hizmeti verme sürecinin hem teknik yeterliliğini hem de kişiler arası boyutunu vurgulayan ve sağlık hizmetlerini tümüyle ele alan bir sistemdir. Hasta memnuniyeti, hastaya saygıyı, hastanın ihtiyaçlarını anlamayı ve buna yönelik sağlık hizmeti vermeyi içeren bakım kalitesinin ana bileşenlerinden biridir (111).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association-ANA) tarafından 1944 yılında belirlenen yedi göstergeden birisi hasta memnuniyetidir (112). Tıp Enstitüsü tarafından 2001 yılında yayınlanan Crossing the Quality Chasm raporunda hasta güvenliği kapsamında kaliteli bir sağlık hizmeti verebilmek için güvenilir, eşit- adil, kanıta dayalı, zamanında, etkili ve hasta merkezli olarak tanımlanan altı faktör belirlenmiştir. Özellikle zamanında, etkili ve hasta merkezli faktörler doğrudan hasta memnuniyetini etkilemektedir (113, 114).

Günümüzde hastaların başta internet olmak üzere kitle iletişim araçlarına erişim kolaylıkları ve daha hızlı hizmet alma konusundaki istekleri memnuniyet beklentisinde artmaya neden olmaktadır (109). Bununla birlikte hasta memnuniyeti hasta ile ilgili, sağlık hizmeti sağlayıcısı ile ilgili ve fiziksel- çevresel özellikler ile ilgili faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Bu faktörler (110, 115, 116);

Hastayla ilgili özellikler:

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Kültürel özellikler,
- Eğitim durumu,
- Sosyo-ekonomik durum,
- Medeni durum,
- Deneyimler,
- Ziyaret sıklığı,

- Hastanede kalış süresi,
- Sağlık durumu.

Sağlık hizmeti sağlayıcısıyla ilgili belirleyiciler:

- Sağlık profesyonellerinin yetkinlikleri, becerileri ve deneyimleri,
- Sağlık profesyonellerinin algılanan yeterliliği,
- Kişiler arası iletişim,
- Hastalara karşı tutum,
- Organizasyonel özellikler,
- Bakımın sürekliliği
- Bakımın sonucu.

Fiziksel- çevresel özellikler:

- Hastaların kendilerini evlerinde gibi hissetmeleri,
- Yeterli aydınlatma,
- Isıtma,
- Ses yalıtımı,
- Yemek hizmetleri
- Erişilebilirlik, ulaşılabilirlik, finans şeklindedir.

Bu kapsamda kaynakların yetersizliği ve sağlık okuryazarlığının düşük olması hasta memnuniyetini azaltan faktörler olarak bilinmektedirler. Hasta güvenliğinin sağlanması ve klinik etkinlik gibi yaşam kalitesini artırıcı yönde yapılan uygulamalar hasta memnuniyetini artırmaktadır. Yine olumlu yönde olan hasta sonuçları hasta memnuniyetini artıran faktörlerdendir (117-119).

Hasta memnuniyeti hasta, kurum ve sağlık personeli açısından farklı sonuçlara neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada hastaların beklentileri karşılandığında tedaviye uyum oranının arttığı, böylece hasta şikayetlerinin azaldığı ve hasta bağımsızlığının arttığı görülmüştür (120). Yine hasta memnuniyeti yüksek olan bireylerin hastanede kalış süresinin kısaldığı, buna bağlı olarak tedavi maliyeti ve iş yükünün azaldığı bilinmektedir (121). Bunun yanı sıra yüksek hasta memnuniyeti, hastaların tedaviye ve taburculuk sonrasında takip randevularına uyumunu artırmakta ve hastanenin tavsiye edilmesini sağlamaktadır (122). Bununla birlikte, hasta memnuniyeti düşük olan hastaneler kalite

yönünden önemli bir finansal risk oluşturmaktadır. Kurumun bu durumdan olumsuz olarak etkilenmesi sağlık profesyonelleri arasında çatışmaya neden olarak iş yükünün artmasına neden olabilmektedir (123, 124).

Hemşirelik profesyonelleri hasta bireylerle en uzun süre iletişim halinde bulunan meslek grubudur. Bu nedenle hemşirelerin hastalara karşı tutumları, davranışları ve iletişim tekniklerini doğru kullanmaları en az verdikleri bakım hizmeti kadar önem taşımaktadır (125). Hemşirelik bakımı ile sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde etkili olan; sağlık hizmeti uygulamalarında ana rolü olan hemşireler, hastanın var olan yaşam kalitesinin artmasını sağlamaktadırlar (111, 126). Yine hemşirelik bakımının tam ve eksiksiz olması hasta memnuniyetini artırarak tedaviyi olumlu yönde etkilemektedir. Ameliyat kararının verilmesinden taburcu olana kadar geçen süreçte, cerrahi hemşireleri hasta memnuniyetinin sağlanmasında önemli bir etkiye sahiptir (15, 127). Bu bağlamda hasta memnuniyeti sağlığın sürdürülmesinde ve gelişiminde önemli bir yere sahiptir. Bunun yanı sıra hastaların gereksinim duyduğu hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri, verilen sağlık hizmetinin kalitesini belirlemede en önemli ölçütlerden biridir (113, 128, 129).

Hemşirelik mesleğinin özü olarak kabul edilen bakım eylemi, hasta sonuçlarını etkileyebilen ve karşılanamayan bakımı şekillendiren temel bir uygulamadır. Buna bağlı olarak bakımın kalitesi doğrudan etkilenmektedir (91). Hemşirelik bakımının etkin bir şekilde sunulması hem hasta güvenliğini hem de hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir (94). Hastanelerde hemşirelik bakımının kaliteli bir şekilde verilmemesinin hasta sonuçlarına yansması kaçınılmaz bir durumdur. Bu nedenle, hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti birlikte ele alınarak sunulan hizmetin kalitesi değerlendirilebilir (111, 130).

Literatürde hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır (121, 126, 130-132). Yapılan incelemeler sonucunda karşılanamayan hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma bu doğrultuda, cerrahi servisinde yatan hastalarda karşılanamayan hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirildi.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma cerrahi servisinde yatan hastalarda karşılanamayan hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Ekim 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında, Trabzon İlinde bulunan Of Devlet Hastanesi'nde ameliyat olan hastalar ile gerçekleştirildi. Of Devlet Hastanesi'nde üç ameliyat odası bulunmakta ve ayda ortalama 30-40 ameliyat yapılmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirildiği klinikte yedi hemşire çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini ilgili hastanede ameliyat olan Genel Cerrahi, Kulak Burun Boğaz ve Ortopedi hastaları oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemi %97 güç, 0.3 etki büyüklüğü (133) ve 0.05 Tip-I hata payı ile yapılan güç analizi sonucunda belirlenen 130 hasta oluşturdu.

Örnekleme kabul edilme ölçütleri;

1. 18 yaş ve üzeri olmak,
2. Ameliyat sonrası en az iki gece hastanede kalmış olmak,
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak,
4. Türkçe konuşabilmek ve anlayabiliyor olmak.

Örnekleme kabul edilmeme ölçütleri;

1. Görme, duyma ve konuşma sorunu olması,
2. İletişim kurmasına engel olacak demans, alzheimer gibi hastalıkları olması,
3. Psikiyatrik rahatsızlığı olması ya da psikiyatrik ilaç kullanması,
4. Acil cerrahi uygulanması,
5. Kanseri cerrahisi uygulanmış olması,
6. Ameliyat sonrası fonksiyon kaybı oluşturacak ameliyat (ampütasyon, organ çıkarılması vb.) uygulanmış olması.

3.4. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak “Hasta Tanıtım Formu” (Ek 1), “Misscare (Karşılanamayan Bakım) Anketi-Hasta” Ölçeği (Ek 2) ve “Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği” (Ek 3) kullanıldı.

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturuldu (10, 134). Form, hastaların sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) belirlemeye yönelik altı; hastalık ve ameliyata ilişkin özelliklerini (daha önce ameliyat olma durumu, hastanede kalış süresi vb.) belirlemeye yönelik yedi soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır (Ek 1).

3.4.2. Misscare (Karşılanamayan Bakım) Anketi-Hasta

Kalisch ve arkadaşları tarafından 2013 yılında geliştirilmiş (10) olan ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları 2019 yılında Sönmez ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (134). Ölçek hemşirelik bakımı ile ilgili 13 madde ve iletişim, zaman ve temel bakım olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. İletişim alt boyutu beş maddeden oluşmaktadır (5’li likert tip ölçek; 1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Genellikle, 5: Her zaman). İletişim alt boyutu hastanın hemşireyle kurduğu iletişimin sıklığıyla ilgili soruları içermektedir. Zaman alt boyutu dört maddeden oluşmaktadır (5’li likert tip ölçek; 1: 5 dakikadan daha az, 2: 5-10 dakika, 3: 11-20 dakika, 4: 21-30 dakika, 5: 30 dakikadan daha fazla). Bu alt boyut hemşirelerin tuvalet ihtiyacına, monitör veya makine uyarı sesine ve hemşire çağrı sinyaline ne kadar sürede cevap verdiğine ilişkin sorular içermektedir. Temel bakım alt boyutu dört soruyu kapsamaktadır ve 5’li likert tipi ölçek ile puanlandırılmıştır (1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Genellikle, 5: Her zaman). Sorular banyo, ağız bakımı ve mobilizasyon gibi temel bakım ihtiyaçlarıyla ilgilidir. Temel bakım alt boyutundaki iki soruda ve zaman alt boyutundaki dört soruda altıncı bir yanıt seçeneği vardır. Altıncı yanıt seçeneğinin işaretlendiği madde değerlendirmeye katılmamaktadır. İletişim ve temel bakım alt boyutunda maddeler tersten puanlanmaktadır. Toplamda 13 maddenin toplam puanı karşılanmamış bakım toplam skorunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar iletişim alt boyutu için 5-25, zaman alt boyutu için 0-20, temel bakım alt boyutu için 2-20 ve toplam ölçek

puanı için 7-65'tir. Ölçekten alınan puan arttıkça karşılanamayan hemşirelik bakımı düzeyi artmaktadır. Anketin sonunda beklenmedik olaylarla ilgili hastanedeki yatışları süresince düşme, bası yarası, ilaç uygulama hataları gibi beklenmedik olaylar ile ilgili sorun yaşıyıp yaşamadıkları şeklinde sorular bulunmaktadır (134) (Ek 2). Kalisch ve arkadaşları tarafından ölçeğin geliştirildiği çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık iletişim alt boyutu için 0.79, temel bakım alt boyutu için 0.70 ve zaman alt boyutu için 0.83 olup toplam ölçek iç tutarlılık katsayısı 0.83'tür. Türkçe geçerlik güvenirliği yapılan çalışmada bu değerler sırası ile 0.85, 0.75, 0.91 ve 0.78 şeklindedir. Bizim çalışmamızda ise, Misscare (Karşılanamayan Bakım) Anketi ölçeği Cronbach alfa iç tutarlılık kat sayısı iletişim alt boyutu için 0.81, temel bakım alt boyutu için 0.82, zaman alt boyutu için 0.78 ve için toplam ölçek için 0.79'dur.

3.4.3. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği

Thomas ve arkadaşları tarafından 1996'da geliştirilmiş olan ölçek, hastanede hemşirelik bakım kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (135). Ölçek 2003 yılında Uzun tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup, geçerlik ve güvenirlik çalışması 2007 yılında Akın ve Erdoğan tarafından yapılmıştır (136). Beşli likert tipinde olan ve 19 madde içeren ölçekte 1 puan- Hiç memnun değilim, 2 puan- Biraz memnunum, 3 puan- Oldukça memnunum, 4- Çok memnunum, 5- Fazlasıyla memnunum şeklinde puanlama yapılmaktadır. Ölçek puanları toplanarak hemşirelik bakımından memnuniyet derecesi değerlendirilmektedir. Ölçekten elde edilen en yüksek puan 95 ve en düşük puan 19'dur. Alınan puan ne kadar yüksek ise hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet derecesi o kadar yüksektir (113). Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeğinin geliştirildiği çalışmada güvenirlik katsayısı 0.96, Türkçe uyarlamasında 0.94, Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında 0.96 olarak bulunmuştur (136) (Ek 3). Bizim çalışmamızda ise, Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği Cronbach alfa kat sayısı 0.98 olarak bulundu.

3.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu 10 hastada uygulandı. Ön uygulama kapsamında hastalara anketler dağıtıldı. Hastalar anketleri kendileri doldurdularında bazı bölümleri anlayamadıkları ve uygulama sırasında güçlük yaşadıkları görüldü. Bunun

sonucunda sorular tekrardan düzenlendi ve formların araştırmacı tarafından uygulanmasına karar verildi. Ön uygulama yapılan hastalar araştırma kapsamına alınmadı.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Veriler toplanmadan önce hastalara çalışma hakkında bilgilendirilme yapılarak “Bilgilendirilmiş Onam Formu” uygulandı (Ek 4). Veriler, hasta odasında yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Formlarda yer alan sorular araştırmacı tarafından hastalara okundu. Aynı odada yatışı olan hastaların verileri farklı zamanlarda toplandı. Formlar yaklaşık 20-30 dakikada uygulandı.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Yapılan ön uygulama sırasında soru formlarının hastaların kendileri tarafından doldurması aşamasında aksamalar meydana gelmesi nedeni ile soru formları araştırmacı tarafından uygulandı. Araştırmacı aynı zamanda çalışmanın yürütüldüğü hastanede hemşire olarak çalışmaktadır. Veri toplama sırasında hastalar kendilerine bakım veren kişiye açık ve net yanıtlar vermemiş olabilirler. Bunun yanı sıra memnuniyet kavramı bireysel özellik ve kültürel yapıdan etkilenen bir kavramdır. Bu doğrultuda çalışmanın verilerinin tek bir bölgede tek bir hastaneden toplanmış olması nedeni ile çalışma sonuçları tüm ülkeye genellenemez.

3.8. Yasal İzin ve Etik Kurul Onayı

Araştırma için Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Of Devlet Hastanesi’nden 25/05/2021 tarihinde (Sayı: E-24266957-604.01.02) kurum izni (Ek 5) ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı’ndan 07/10/2021 tarihinde etik kurul izni (Sayı: 24237859-793) (Ek 6) alındı. Ayrıca Misscare (Karşılanamayan Bakım) Anketi Ölçeği (Ek 7) ve Newcastle Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeğinin araştırmamızda kullanımı için gerekli izinler alındı (Ek 8). Ayrıca tüm katılımcılardan yazılı onam alındı (Ek 4).

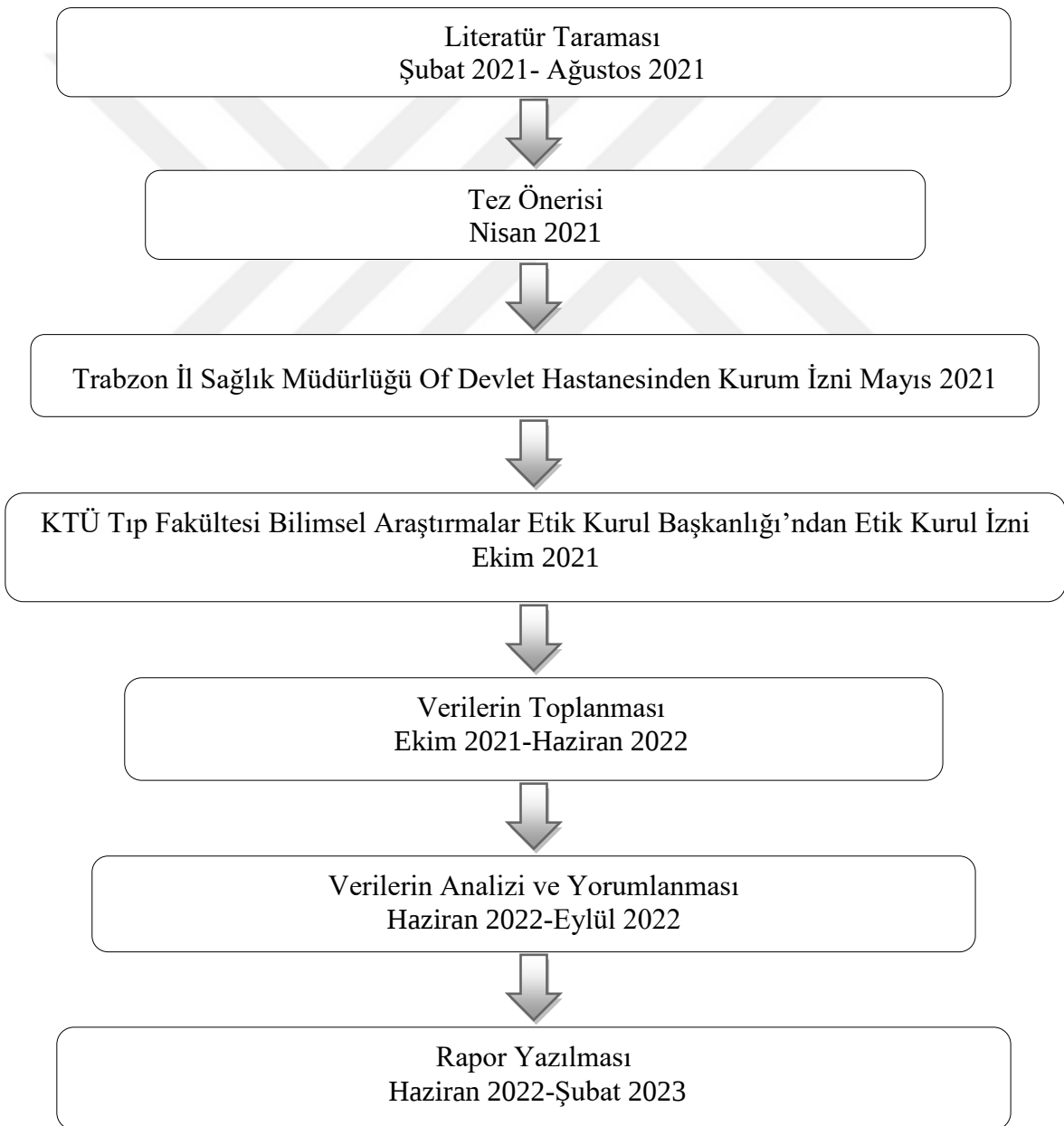
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 23 paket programı kullanıldı. Analiz sonuçları nicel veriler ortalama, standart sapma (minimum-

maksimum) ve ortanca (IQR); kategorik değişkenler frekans (yüzde) şeklinde sunuldu. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U; üç ve üzeri gruplu grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Varyans analizi testi uygulandı. Normal dağılım göstermeyen veriler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyonu kullanıldı. Sonuçlar %95.0 güven aralığı ve anlamlılık $p<0.05$ olarak değerlendirildi.

3.10. Araştırma Planı

Araştırmanın planı Şekil 3'te yer almaktadır.



Şekil 3. Araştırma planı

4. BULGULAR

Araştırma sonucunda elde edilen veriler hastaların tanımlayıcı özellikleri, hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı ve hemşirelik bakımından memnuniyet puanlarının tanımlayıcı istatistikleri, hastaların istenmeyen olay türlerine göre dağılımı, tanımlayıcı özelliklere göre karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanı ve hemşirelik bakımından memnuniyet puanlarının karşılaştırılması, istenmeyen olay görülme durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanlarının karşılaştırılması, karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puan ve alt boyut puanları ile hemşirelik bakımından memnuniyet puanı arasındaki ilişki ve karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanı ve hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ile yaş ve hastanın hastanede yattığı süre arasındaki ilişki olarak ele alındı.

Tablo 1. Hastaların tanımlayıcı özellikleri (n=130)

Tanımlayıcı özellikler	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca (IQR)
Yaş	48.9±16.7	52 (37.2-61.2)
Yatış Süresi (gün)	2.8±1.2	2 (2-3)
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	53	40.8
Erkek	77	59.2
Medeni Durum		
Evli	100	76.9
Bekar	30	23.1
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar	19	14.6
İlkokul	45	34.6
Ortaokul	11	8.5
Lise	32	24.6
Üniversite	23	17.7
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	46	35.4
Çalışmıyor	84	64.6
Gelir Düzeyi		
İyi	18	13.8
Orta	103	79.3
Kötü	9	6.9
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu		
Evet	81	62.3
Hayır	49	37.7
Daha Önce Bu Hastanede Yatma Durumu		
Evet	33	25.4
Hayır	97	74.6
Ameliyat Olduğu Cerrahi Birim		
Ortopedi	80	61.5
Genel Cerrahi	34	26.2
Kulak Burun Boğaz	16	12.3
Komorbidite		
Evet*	39	30.0
Hayır	91	70.0
Refakatçi		
Var	125	96.2
Yok	5	3.8
Kendi Bakımına Katılabilecek Yeterlilikte Olma Durumu		
Evet	61	46.9
Hayır	69	53.1

*Komorbiditesi olan hastaların (n=39) %71.8'inin hipertansiyon, %25.6'sının diyabet, 15.4'ünün prostat ve %10.3'ünün astım tanısı bulunmaktadır; IQR: Interquartile range (25. ve 75. çeyreklikler)

Hastalara ait tanımlayıcı özellikler Tablo 1’de yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 48.9 ± 16.7 ’dir. Katılımcıların %59.2’si erkek, %76.9’u evli, %34.6’sı ilkokul mezunu, %64.6’sı çalışmamakta ve %79.3’ü orta gelir düzeyindedir. Katılımcıların %62.3’ünün daha önce ameliyat olduğu ve %74.6’sının çalışmanın yürütüldüğü hastanede daha önce yatmadığı saptandı. Hastaların %61.5’ine ortopedi, %26.2’sine genel cerrahi ve %12.5’ine kulak burun boğaz ilişkili bir ameliyat uygulanmıştır. Hastaların %70’inde komorbidite bulunmaktadır. Katılımcıların %96.2’sinin refakatçısının olduğu ve %53.1’inin kendi bakımına katılabilecek yeterlilikte olmadığı belirlendi. Ayrıca hastaların hastanede yatış süreleri ortalama 2.8 ± 1.2 (min:2, mak:8) gündür.

Tablo 2. Hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı ve hemşirelik bakımından memnuniyet puanlarının tanımlayıcı istatistikleri

Ölçekler ve alt boyutlar	$\bar{X} \pm SS$ (min-mak)	Ortanca (IQR)
Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Toplam Puanı	24 ± 7.4 (7-44)	25 (19-29)
Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı İletişim Alt Boyutu	9.2 ± 3.4 (5-24)	9 (6-11)
Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Temel Bakım Alt Boyutu	12.8 ± 4.8 (2-20)	14 (10-16)
Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Zaman Alt Boyutu	2.1 ± 2.2 (0-8)	2 (0-4)
Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Puanı	81.1 ± 15.4 (29-95)	86.5 (70-95)

Min: minimum; mak: maksimum; IQR: Interquartile range (25. ve 75. çeyreklikler)

Hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı ve hemşirelik bakımından memnuniyet puanlarının tanımlayıcı istatistikleri Tablo 2’de yer almaktadır. Karşılanamayan hemşirelik bakım toplamı ortalamasının 24 ± 7.4 olduğu saptandı. İletişim alt boyutu puan ortalaması 9.2 ± 3.4 , temel bakım alt boyutu puan ortalaması 12.8 ± 4.8 ve zaman alt boyutu puan ortalaması 2.1 ± 2.2 olarak belirlendi. Hastaların Newcastle hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği ortalaması ise 81.1 ± 15.4 olduğu belirlendi.

Tablo 3. Hastaların istenmeyen olay türlerine göre dağılımı (n=130)

İstenmeyen Olay Türü	n	%
Düşme		
Evet	2	1.5
Hayır	128	98.5
Deri Bütünlüğünde Bozulma /Yatak Yarası		
Evet	1	0.8
Hayır	128	98.4
Emin Değilim	1	0.8
İlaç Uygulama Hatası		
Hayır	129	99.2
Emin Değilim	1	0.8
Yeni Enfeksiyon Gelişmesi		
Hayır	126	96.9
Emin Değilim	4	3.1
Damar Yolu Tıkanması		
Evet	26	20.0
Hayır	101	77.7
Emin Değilim	3	2.3
Damar Yolundan Cilt Altına Sızıntı Olması		
Evet	21	16.2
Hayır	106	81.5
Emin Değilim	3	2.3

Hastaların yaşadıkları istenmeyen olaylar Tablo 3'te verilmektedir. Araştırma kapsamındaki kişilerin %98.4'ünde düşme ya da deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası meydana gelmediği, %99.2'sinin ilaç uygulama hatası yaşamadığı ve %96.9'unda yeni enfeksiyon gelişmediği belirlendi. Hastaların %77.7'sinin damar yolu tıkanması ve %81.5'inin damar yolundan cilt altına sızıntı olması sorunu ile karşılaşmadığı saptandı.

Tablo 4. Tanımlayıcı özelliklere göre karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanlarının karşılaştırılması (n=130)

Tanımlayıcı özellikler	$\bar{X} \pm SS$ (Min-Mak)	Ortanca (IQR)	Test istatistik	P
Cinsiyet				
Kadın	22.6 $\pm$ 8.4 (7-44)	24 (15-28.5)	2397.5	0.090*
Erkek	25.0 $\pm$ 6.5 (8-36)	25 (21-29.5)		
Medeni Durum				
Evli	24.5 $\pm$ 7.3 (9- 44)	25.5 (19.2-29)	1265.5	0.195*
Bekar	22.4 $\pm$ 7.5 (7-36)	23.5 (15-27.2)		
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar	23.7 $\pm$ 8.1 (10-35)	26 (17-29)	5.026	0.285**
İlkokul	24.9 $\pm$ 7.7 (9-44)	25 (20-31)		
Ortaokul	24.9 $\pm$ 6.4 (11-35)	25 (21-28)		
Lise	24.6 $\pm$ 7.6 (7-36)	27 (19.2-30.7)		
Üniversite	21.2 $\pm$ 6 (8-30)	23 (16-27)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	23.7 $\pm$ 7.3 (7-35)	24 (19-29.25)	1942	0.961*
Çalışmıyor	24.1 $\pm$ 7.5 (9-44)	25 (18.25-29)		
Gelir Düzeyi				
İyi	22.7 $\pm$ 8.6 (7-35)	23 (17.2-30.2)	5.745	0.057**
Orta	23.7 $\pm$ 7.1 (9-44)	24 (18-29)		
Kötü	29.8 $\pm$ 6.1 (19-36)	28 (25.5-36)		
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu				
Evet	24.3 $\pm$ 6.9 (8-36)	25 (20-29)	1862	0.556*
Hayır	23.5 $\pm$ 8.2 (7-44)	25 (16-29)		
Daha Önce Bu Hastanede Yatma Durumu				
Evet	22.1 $\pm$ 7.3 (7-35)	22 (16.5-28.5)	1885	0.128*
Kayır	24.6 $\pm$ 7.3 (8-44)	26 (19.5-29.5)		
Ameliyat Olduğu Cerrahi Birim				
Kulak Burun Boğaz	20.5 $\pm$ 6.9 (7-31)	22 (16-26)	4.354	0.113**
Genel Cerrahi	24.3 $\pm$ 4.7 (11-35)	23.5 (21-28)		
Ortopedi	24.6 $\pm$ 8.2 (8-44)	27 (17.2-31)		
Komorbidite				
Evet	24.3 $\pm$ 8.2 (7-44)	25 (17-31)	1721.5	0.787*
Hayır	23.9 $\pm$ 7 (8-36)	25 (19-29)		
Refakatçi				
Var	24.2 $\pm$ 7.2 (8-44)	25 (19.5-29)	195.000	0.154*
Yok	18.2 $\pm$ 10.3 (7-32)	17 (8.5-28.5)		
Kendi Bakımına Katılabilecek Yeterlilikte Olma Durumu				
Evet	23.4 $\pm$ 7.3 (7-36)	24 (19-29)	2238.5	0.531*
Hayır	24.5 $\pm$ 7.5 (9-44)	26 (19-30)		

*Mann Whitney U testi, **Kruskall Wallis H testi, SS: standart sapma, min: minimum, mak: maksimum, IQR: Interquartile range (25. ve 75. çeyreklikler)

Tablo 4'te tanımlayıcı özelliklere göre toplam karşılanamayan hemşirelik bakım puanının karşılaştırılması yer almaktadır. Kadınların karşılanamayan hemşirelik bakımı

toplam puan ortancası 24, bekarların 23.5, üniversite mezunu olanların 23, çalışanların 24 ve gelir düzeyi iyi olanların 23'tür. Bununla birlikte daha önce ameliyat olan ve olmayan her iki grup hastanın karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puan ortancası 25 olup; daha önce bu hastanede yatan hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puan ortancası 22'dir. Kulak burun boğaz biriminde ameliyat olan hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puan ortancası 22, komorbiditesi olan ve olmayan her iki grup hastanın karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puan ortancası 25, refakatçisi bulunmayanların 17 ve kendi bakımına katılabilecek yeterlilikteki hastaların puan ortancası 24 olarak saptandı. Tanımlayıcı özelliklere göre karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puan dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.050$).



Tablo 5. Tanımlayıcı özelliklere göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanlarının karşılaştırılması (n=130)

Tanımlayıcı özellikler	$\bar{X} \pm SS$ (Min-Mak)	Ortanca (IQR)	Test istatistik	p
Cinsiyet				
Kadın	84.7 $\pm$ 14.7 (29-95)	93 (75-95)	1501.5	0.009*
Erkek	78.6 $\pm$ 15.4 (44-95)	80 (64.5-95)		
Medeni Durum				
Evli	79.9 $\pm$ 15.6 (29-95)	85 (67-95)	1846	0.050*
Bekar	84.8 $\pm$ 14 (44-95)	95 (76-95)		
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar	80.2 $\pm$ 15.7 (51-95)	84 (65-95)	9.965	0.051**
İlkokul	78.8 $\pm$ 17 (29-95)	83 (63.5-95)		
Ortaokul	79.5 $\pm$ 16.1 (55-95)	86 (58-91)		
Lise	79.7 $\pm$ 14.9 (44-95)	78 (70-94.75)		
Üniversite	89 $\pm$ 9.6 (65-95)	95 (81-95)		
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	83.3 $\pm$ 13.3 (54-95)	89 (73.5-95)	1727	0.307*
Çalışmıyor	79.9 $\pm$ 16.3 (29-95)	85.5 (67-95)		
Gelir Düzeyi				
İyi	87.3 $\pm$ 12.4 (54-95)	95 (83.25-95) ^b	8.211	0.016**
Orta	81.1 $\pm$ 15.1 (29-95)	86 (70-95) ^{ab}		
Kötü	68.8 $\pm$ 1.2 (44-95)	63 (54.5-84.5) ^a		
Daha Önce Ameliyat Olma Durumu				
Evet	81 $\pm$ 15.1 (51-95)	86 (67-95)	2051	0.744*
Hayır	81.3 $\pm$ 16 (29-95)	88 (73-95)		
Daha Önce Bu Hastanede Yatma Durumu				
Evet	82.3 $\pm$ 14.3 (55-95)	87 (73-95)	1552	0.791*
Hayır	80.7 $\pm$ 15.7 (29-95)	86 (68-95)		
Ameliyat Olduğu Cerrahi Birim				
Ortopedi	79.2 $\pm$ 16.5 (29-95)	84.5 (65-95) ^a	8.583	0.014**
Genel Cerrahi	81.7 $\pm$ 13 (55-95)	84.5 (73-95) ^{ab}		
Kulak Burun Boğaz	89.2 $\pm$ 11.4 (56-95)	95 (83.95) ^b		
Komorbidite				
Evet	79.1 $\pm$ 17.1 (29-95)	86 (67-95)	1996	0.250*
Hayır	82 $\pm$ 14.6 (44-95)	88 (72-95)		
Refakatçi				
Var	80.9 $\pm$ 15.36 (29-95)	86 (70-95)	238.5	0.359*
Yok	85.6 $\pm$ 16.0 (58-95)	95 (71.5-95)		
Kendi Bakımına Katılabilecek Yeterlilikte Olma Durumu				
Evet	83.3 $\pm$ 13.4 (44-95)	88 (74.5-95)	1817	0.170*
Hayır	79.2 $\pm$ 16.7 (29-95)	86 (65.5-95)		

*Mann Whitney U testi, **Kruskall Wallis H testi, a-b: Aynı harfe sahip kategoriler arasında farklılık yoktur, SS: standart sapma, min: minimum, mak: maksimum, IQR: Interquartile range (25. ve 75. çeyreklikler)

Tanımlayıcı özelliklere göre hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puanlarının karşılaştırılması Tablo 5’te verilmektedir. Kadınların hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ortanca değeri 93, erkeklerin memnuniyet puanı ortanca değeri 80 olup;

cinsiyete göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0.009$). Gelir durumu iyi olanların hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ortanca değerinin 95, orta olanların 86 ve kötü olanların 63 olduğu belirlendi. Araştırma kapsamındaki bireylerin gelir durumuna göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0.05$). Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda gelir durumu iyi olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortancasının kötü olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p=0.016$). Kulak burun boğaz biriminde ameliyat olan hastaların memnuniyet puan ortanca değeri 95, genel cerrahide ameliyat olanların 84.5 ve ortopedide ameliyat olanların 84.5'tir. Yapılan istatistiksel inceleme sonucunda hastaların ameliyat olduğu cerrahi birime göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu; kulak burun boğaz biriminde ameliyat olan hastaların puan ortancalarının ortopedi birimlerinde ameliyat olan hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptandı ($p=0.014$).

Bekar ve üniversite mezunu olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ortanca değeri 95, çalışanların 89 ve daha önce ameliyat olmayanların 88 olarak saptandı. Bununla birlikte daha önce bu hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortancası 87, komorbiditesi olmayanların 88, refakatçisi olmayanların 95 ve kendi bakımına katılabilecek yeterlilikte olanların 88'dir. Medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, daha önce bu hastanede yatma durumu, komorbidite varlığı, refakatçisi olma durumu ve kendi bakımına katılabilecek yeterlilikte olma durumuna göre toplam memnuniyet puanı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.050$).

Tablo 6. İstenmeyen olay görülme durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanlarının karşılaştırılması (n=130)

İstenmeyen Olay	n (%)	$\bar{X} \pm SS$ (Min-Mak)	Ortanca (IQR)	Test istatistik	P
Görülmeyen	92 (70.8)	22.3 $\pm$ 6.9 (7-36)	23 (17.25-28)	940.5*	<0.001
Görülen	38 (29.2)	28.0 $\pm$ 6.9 (9-44)	28 (25.75-33)		

*Mann Whitney U testi, ortalama $\pm$ standart sapma (minimum – maksimum), IQR: Interquartile range (25. ve 75. çeyreklikler)

İstenmeyen olaylara göre karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmektedir. Araştırma kapsamındaki bireylerin %29.2 (n=38)’sinde istenmeyen olay meydana geldiği belirlendi. İstenmeyen olay görülmeyen hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanı ortanca değeri 23 iken istenmeyen olay görülen hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanı ortanca değeri 28 olarak belirlendi. Hastaların istenmeyen olay görülme durumuna göre karşılanamayan hemşirelik bakım toplam puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0.001).

Tablo 7. Karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puan ve alt boyut puanları ile hemşirelik bakımından memnuniyet puanı arasındaki ilişki (n=130)

	Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Puanı	
	r	p
Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Toplam Puanı	-0.638	<0.001
Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı İletişim Alt Boyutu	-0.662	<0.001
Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Temel Bakım Alt Boyutu	-0.431	<0.001
Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Zaman Alt Boyutu	-0.174	<0.001

r: Spearman’s rho korelasyon katsayısı

Karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam ve alt puanları ile hemşirelik bakımından memnuniyet puanı arasındaki ilişki Tablo 7’de yer almaktadır. Hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ile toplam karşılanamayan hemşirelik bakım puanı (r=-0.638; p<0.001) arasında yüksek düzeyde negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Bununla birlikte toplam hemşirelik bakım memnuniyet ölçeği ile karşılanamayan hemşirelik bakımı iletişim alt boyutu (r=-0.662; p<0.001) arasında yüksek düzeyde negatif

yönlü; karşılanamayan hemşirelik bakımı temel bakım alt boyutu ($r=-0.431$; $p<0.001$) arasında orta düzeyde negatif yönlü ve karşılanamayan hemşirelik bakımı zaman alt boyutu ($r=-0.174$; $p<0.001$) arasında çok zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır.

Tablo 8. Karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanı ve hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ile yaş ve hastanın hastanede yattığı süre arasındaki ilişki ($n=130$)

Tanımlayıcı özellikler	Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Toplam Puanı		Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Puanı	
	r	p	r	p
Yaş	0.170	0.053	-0.259	0.003
Hastanın Hastanede Yattığı Süre	0.115	0.194	-0.212	0.015

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

Karşılanamayan hemşirelik bakım toplam puanı ve hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ile yaş ve hastanın hastanede yattığı süre arasındaki ilişki Tablo 8'de yer almaktadır. Karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanı ile yaş ve hastanın hastanede yattığı süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.050$). Hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0.259$; $p=0.003$). Yine memnuniyet puanı ile hastanın hastanede yattığı süre arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı ($r=-0.212$; $p=0.015$).

5. TARTIŞMA

Ameliyat olacak hastalar cerrahi girişim nedeniyle stres, korku, ağrı gibi fizyolojik ve psikolojik sorunlarla karşılaşmaktadırlar (44). Cerrahi hemşireleri ameliyat öncesi, sonrasını kapsayan ameliyat sürecinde hastaların kaliteli ve eksiksiz hemşirelik bakımı almalarından sorumludur (46). Bu bağlamda hemşirelik bakımı eksiksiz verildiğinde iyileşme süreci hızlanacak ve hasta memnuniyeti artacaktır (21, 127). Cerrahi servisinde yatan hastalarda karşılanamayan hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışıldı.

Çalışmamızdan elde edilen bulgular araştırma kapsamındaki bireylerin bakım gereksinimlerinin çok iyi düzeyde karşılandığını göstermektedir. Bununla birlikte karşılanamayan hemşirelik bakımı iletişim, zaman ve temel bakım alt boyutlarına göre değerlendirildiğinde en yüksek puanın temel bakım alanında olduğu ve hastaların temel bakıma yönelik gereksinimlerinin orta düzeyde karşılandığı görülmektedir. Benzer şekilde Dabney ve Kalish tarafından yapılan çalışmada temel bakım alt boyutunun sıklıkla karşılanamadığı görülmüştür (90). Ülkemizde Sönmez ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma, çalışmamızı destekler nitelikte olup temel bakım alt boyutunda yer alan bakım gereksinimlerinin karşılanmamasıyla daha sık karşılaşıldığı saptanmıştır (134). Hijyen, mobilizasyon, beslenme, pozisyon verme gibi temel bakım uygulamalarının ihmal edilmesi sonucunda karşılanamayan hemşirelik bakımı giderek artmaktadır (103). Bu bağlamda karşılanamayan hemşirelik bakımı ölçek puanına göre, alınan puan ne kadar yüksekse hastaların bakım gereksinimleri o derece karşılanamamaktadır.

Çalışmamıza katılan hastaların Newcastle hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalaması bize hastaların hemşirelik bakımından çok iyi düzeyde memnun olduğunu göstermektedir. Çalışmamızla benzerlik gösteren farklı çalışmalarda, cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri 65.7 ile 90.6 aralığında değişkenlik göstermektedir (20, 121, 129, 136, 137). Memnuniyet düzeyini hasta, sağlık çalışanı ve kuruma bağlı birçok faktör etkilediği bilinmektedir (110, 115, 116). Bu doğrultuda memnuniyet seviyelerinin değişken olması hastaların hemşirelik bakımından beklentileri ve kurumların bakım standartlarındaki farklılıklar ile ilgili olabilir.

Çalışmamızda karşılanamayan hemşirelik bakımı sonucunda gerçekleşen istenmeyen olaylar incelendiğinde hastaların beşte biri damar yolu tıkanması ve altıda biri damar yolundan cilt altına sızıntı sorunu yaşadığı görülmektedir. Aynı zamanda hastaların tamamına yakınının düşme, deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası, ilaç uygulama hatası ve yeni enfeksiyon gelişme durumu yaşamadıkları belirlendi. Yine çalışmamızda istenmeyen olay görülen hastaların karşılanamayan hemşirelik puanının daha yüksek olduğu saptandı. Benzer çalışmalarda ilaç uygulama hatası, düşme, yeni enfeksiyon gelişme ve deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası sorunlarının düşük oranda görüldüğü ve istenmeyen olay bildiren hastalarda karşılanamayan hemşirelik bakım puanının, istenmeyen olay bildirmeyen hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (89, 134). Yine Lucero ve arkadaşları tarafından hemşireler ile yapılan çalışmada, hemşirelerin bakım faaliyetlerini tamamlamadıkları için yedide bir oranında ilaç uygulama hataları, beşte bir oranında hasta düşmeleri ve üçte bir oranında hastane enfeksiyonu görüldüğü belirlenmiştir (138). Schubert ve arkadaşları karşılanamayan hemşirelik bakımının hasta sonuçlarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada çalışmamızın aksine ilaç uygulama hatalarının %30.0, düşme %44.0, sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon %58.0 ve basınç yarası %24.0 olarak bildirmişlerdir (139). Bu çalışmalar bizim çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte olup; hemşirelik bakımının karşılanamamasının istenmeyen olayların görülme sıklığını artıracakını göstermektedir.

Çalışmamızda cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, daha önce ameliyat olma durumu, daha önce bu hastanede yatma durumu, ameliyat olduğu cerrahi birim, komorbidite varlığı, refakatçi varlığı ve kendi bakımına katılabilecek yeterlilikte olma durumu ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Karşılanamayan hemşirelik bakımı kavramının sağlık profesyonellerinin yaş, eğitim düzeyi, klinik deneyimi ve iş doyumu gibi sosyodemografik özelliklerinden etkilendiği bilinmektedir (8, 94). Bununla birlikte hastaların sosyodemografik özellikleri ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmadı. Hastaların bağımlılığının artması ile sağlık profesyonellerine olan gereksinim artmaktadır. Bununla birlikte hasta bakımında büyük bir rol oynayan refakatçilerin varlığının, hastaların gereksinimlerinin karşılanmasına önemli ölçüde yardımcı olduğu bilinmektedir (140). Çalışmamızda bu literatür bilgisine zıt olarak tamamına yakınının

refakatçisi bulunan hastaların istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte karşılanamayan hemşirelik bakımı algılarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda kadınların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde çalışmamızla benzer olarak kadın hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu çalışmalar bulunmaktadır (128, 129, 141). Geçmişten günümüze kadınların günlük yaşam aktivitelerine yönelik daha aktif olarak rol aldığı bilinmektedir (130). Bununla birlikte kadınların kendi bakım gereksinimlerini karşılamak için daha çok çaba gösterirken, erkeklerin daha çok hizmet beklentisi içerisinde olduğu bilinmektedir (142). Bu durum her iki cinsiyetin memnuniyet düzeylerini etkilemektedir. Çalışmamızın aksine Rafii ve arkadaşları çalışmalarında erkek hastaların kadınlara göre memnuniyetlerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (143). Yine Ay ve Polat yapmış oldukları çalışmalarında erkek hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlediler (144). Yapılan çalışmalar cinsiyet kavramının hasta memnuniyeti açısından değerlendirildiğinde farklı sonuçlar ortaya çıkabildiğini göstermektedir. Bu farklılığın kişilerin sosyokültürel yapısındaki farklılıklardan kaynaklı olduğu söylenebilir (106).

Çalışmamızda araştırma kapsamındaki hastaların gelir düzeyine göre hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Gelir durumu iyi olan hastaların memnuniyet düzeylerinin, kötü olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Talmaç ve Soysal hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında gelir düzeyi arttıkça hasta memnuniyetinin de arttığını bildirmişlerdir (145). Gelir düzeyi bireylerin sağlık hizmeti beklentilerinde farklılıklara yol açmaktadır (146). Ekonomik nedenlerden dolayı algılanan hizmet kalitesi gelir düzeyi ile artmakta ve hasta memnuniyetleri olumlu yönde etkilenmektedir. Gelir düzeyinin azalmasından dolayı duyulan memnuniyetsizliğin ise sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük, ilaç ve tedavi masrafları gibi nedenlerden dolayı olduğu söylenebilir (147). Literatürde çalışmamızın aksine gelir düzeyinin memnuniyeti etkilemediğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (112, 137, 148). Bir başka çalışmada ise gelir düzeyi düşük olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi daha yüksek bulunmuştur (149).

Çalışmamızda kulak burun boğaz, ortopedi ve genel cerrahi birimlerine göre hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortancalarında farklılıklar görülmekte olup kulak burun boğaz ameliyatı uygulanan hastaların memnuniyet düzeyleri daha yüksektir. Bu farklılığın çalışmanın yapıldığı klinikteki ameliyat türünden kaynaklandığı ve ekstremiteleri etkileyen ameliyatlarda memnuniyeti azalttığı düşünülmektedir. Bununla birlikte, kulak burun boğaz ameliyatları sonrası hastaların serviste daha kısa süre kalmasından dolayı da memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Hastaların hareket yeteneğinde azalmaya sebep olan alt ekstremiteleri etkileyen ameliyatlarda, ameliyat sonrasında bireyleri fizyolojik ve psikolojik etkileyerek hasta memnuniyetini düşürmektedir (150). Bununla birlikte hareket kısıtlılığı ve ağrının da hasta memnuniyetini düşürdüğü bilinmektedir (151). Keudell ve arkadaşları diz artroplastisi uygulanan hastalarla yaptıkları çalışmalarında ağrı, hareket ve diz çökme yeteneği ile hasta memnuniyeti arasında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır (152). Yine Köseoğlu ve Seki batın cerrahisi sonrası hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerini inceledikleri çalışmalarında hemşirelik bakımından memnuniyet puanının orta düzeyde olduğunu saptamışlardır (21). Çalışmamıza benzer şekilde Shakeel ve arkadaşları burun ve sinüs cerrahi girişimlerinden sonra hasta memnuniyet oranının yüksek düzeyde olduğunu bildirmişlerdir (153).

Çalışmamızda medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, daha önce bu hastanede yatma durumu, komorbidite varlığı, refakatçi bulunma durumu ve kendi bakımına katılabilecek yeterlilikte olma durumu ile hemşirelik bakımından memnuniyet arasında anlamlı bir fark bulunamadı. Çalışmamızla benzer olarak Kılıç ve Topuz, eğitim seviyesinin hasta memnuniyeti ile anlamlı bir ilişkisi olmadığını belirledi (154). Yine Alcan ve arkadaşlarının hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında; çalışma durumu, medeni durum ve daha önce hastaneye yatma durumunun hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyini etkilemediğini bildirmişlerdir (112). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyetlerinin incelendiği başka bir çalışmada yine çalışmamızla benzer şekilde refakatçi varlığının hasta memnuniyetini etkilemediği bildirilmiştir (155). Bununla birlikte bireyin sosyodemografik özelliklerinin hasta memnuniyetini etkileyen faktörler olduğu bilinmektedir (115). Literatürde eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetin azaldığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (144, 145, 155, 156). Yine Ay ve Polat'ın

alışmalarında üniversite mezunu hastaların memnuniyet puanları, ilkokul ve lise mezunu hastaların puanlarına göre daha yüksek olarak saptanmıştır (144). Maharlouei ve arkadaşları çalışmalarında evli olan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu, ancak medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bildirmişlerdir (146).

Çalışmamızda karşılanamayan hemşirelik bakımı arttıkça, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin azaldığı görölmektedir. Yine alışmamızda hastaların iletişim, temel bakım ve zaman alt boyutlarındaki gereksinimleri karşılanamadığında hasta memnuniyet düzeyinin azaldığı saptandı. Hemşirelik bakımı hastanın sağlığını, semptomların azaltılmasını ya da gereksinim duyulan bakımı eksiksiz bir şekilde vermeyi amaç edinen bir süreçtir. Bakımın yeterli düzeyde verilememesi bakımın kalitesini ve hasta güvenliğini tehdit ederek hasta memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır (97, 157). Bununla birlikte karşılanamayan hemşirelik bakımı ile ilgili yapılan çalışmaların sıklıkla hemşirelerle yapıldığı görölmektedir (8, 87, 91, 94, 158, 159). Ameliyat olan hastalarda karşılanamayan hemşirelik bakımı ve hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmadı.

Memnuniyet puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmamızda yaş arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığı göröldü. Yaş ilerledikçe bireylerde fizyolojik ve psikolojik kayıplar görölmektedir (160). Ameliyat sonrası bireylerin ihtiyaçları artmakla birlikte, bu gereksinimlerin belirlenmesi ve ihtiyaçların karşılanma durumu memnuniyetlerini aynı derecede etkilemektedir (161, 162). Çalışmamızın aksine Xesfingi ve Vozikis yaptıkları çalışmalarında yaş ile birlikte ülkenin sağlık hizmetinden memnuniyetinin arttığını ifade etmektedirler (163). Kinnear ve arkadaşları ise çalışmalarında 50 yaş üzeri olan hastaların memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (164). Bulgularımız ve literatür bireysel farklılıklarla birlikte yaşın memnuniyeti etkilediğini göstermektedir. Aynı zamanda çalışmamızda toplam memnuniyet puanı ile hastanın hastanede yattığı süre arasında istatistiksel olarak negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki saptandı. Bu sonuç cerrahi servisinde yatan hastaların yatış süresi uzadıkça hemşirelik bakımından memnuniyetinin azaldığı göstermektedir. Hastaların yatış süresi arttıkça özgürlüğünün kısıtlanması, beklentilerinin artması, tahammül düzeyinin azalması ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük nedenleri ile memnuniyetlerinin azaldığı düşünölmektedir (165). Çalışmamıza zıt

şekilde Arslan ve Gürsoy çalışmalarında hastanede yatış süresinin uzamasıyla hemşire-hasta iletişiminin daha güçlü olması ve hastaların daha uzun süre hemşirelik bakımı almasının hasta memnuniyetini artırdığını belirtmişlerdir (121). Çalışmamızla benzer olarak Tsai ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada hasta memnuniyetinin yüksek olduğu hastanelerde yatış süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir (122).



6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Hastaların yaş ortalaması 48.9 ± 16.7 , çoğunluğu erkek, evli, ilkokul mezunu, çalışmıyor ve gelir durumu orta düzeydedir. Hastaların yarısından fazlası daha önce ameliyat olmuş ve araştırmanın yapıldığı hastanede daha önce yatmamışlardır. Uygulanan ameliyat en fazla ortopedi alanında olurken, bunu genel cerrahi ve kulak burun boğaz ameliyatları takip etmektedir. Hastaların %70'inde komorbidite olmadığı, %96.2'sinin yanında refakat eden birinin olduğu ve %53.1'inin ameliyat sonrası kendi ihtiyaçlarını karşılamaya yeterli olmadığı belirlendi. Hastaların hastanede yatış süreleri ortalama 2.8 ± 1.2 (min:2, mak:8) gündür (Tablo 1).
- Hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puan ortalaması 24 ± 7.4 , iletişim alt boyutu 9.2 ± 3.4 , temel bakım alt boyutu 12.8 ± 4.8 ve zaman alt boyutu 2.1 ± 2.2 olarak saptandı. Bununla birlikte hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet ölçeği toplam puanı 81.1 ± 15.4 olarak elde edildi. Bu doğrultuda hastaların bakım gereksinimleri iletişim ve zaman alt boyutları kapsamında çok iyi, temel bakım kapsamında orta düzeyde ve toplamda çok iyi düzeyde karşılanmaktadır (Tablo 2).
- Hastaların tamamına yakınında düşme, deri bütünlüğünde bozulma/yatak yarası, ilaç uygulama hatası, yeni enfeksiyon gelişme sorunu yaşanmadığı saptandı. Damaryolu tıkanması ve damar yolundan cilt altına sızıntı ile diğer istenmeyen olaylara göre daha fazla karşılaşıldığı belirlendi (Tablo 3).
- Tanımlayıcı özelliklere göre karşılanamayan hemşirelik bakımı toplam puanı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.050$) (Tablo 4).
- Cinsiyete göre hemşirelik bakımından memnuniyet puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu ($p < 0.009$); kadınların memnuniyetlerinin erkeklerden daha yüksek olduğu belirlendi. Hastaların gelir durumu göre memnuniyet puanları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p = 0.016$). Gelir durumu iyi olanların memnuniyet düzeyleri daha yüksektir

(Tablo 5). Ameliyat olduğu cerrahi birime göre memnuniyet puanları arasında anlamlı bir fark bulunmakta olup ($p=0.014$), kulak burun boğaz birimi ile ilgili ameliyat olan hastaların memnuniyetleri daha yüksektir. Medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, daha önce ameliyat olma durumu, daha önce çalışmanın yürütüldüğü hastanede yatma durumu, komorbidite, refakatçi varlığı ve kendi bakımına katılabilecek yeterlilikte olma durumunun hemşirelik bakımından memnuniyeti etkilemediği belirlendi ($p>0.050$) (Tablo 5).

- Hastaların %29.2'sinde istenmeyen olay görüldüğü ve karşılanamayan hemşirelik bakım puanı yüksek olan hastalarda istenmeyen olay görülme oranının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.001$) (Tablo 6).
- Hastaların ölçeklerden aldığı toplam karşılanamayan hemşirelik bakım puanı ile toplam memnuniyet puanları arasında yüksek düzeyde negatif yönlü ilişki ($r=-0.638$; $p<0.001$) vardır. Hastaların karşılanamayan hemşirelik bakım puanı arttıkça memnuniyet düzeyleri azalmaktadır. Karşılanamayan hemşirelik bakımı iletişim ($r=-0.662$; $p<0.001$, yüksek düzey), temel bakım ($r=-0.431$; $p<0.001$, orta düzey) ve zaman ($r=-0.174$; $p<0.001$, zayıf düzey) alt boyutları ile hasta memnuniyeti arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 7).
- Hastaların yaş ve hastanede yatış sürelerinin karşılanamayan hemşirelik bakımı ile anlamlı bir ilişkisi yok iken ($p>0.050$); yaş arttıkça ($p=0.003$) ve hastanede yatış süresi uzadıkça ($p=0.015$) hasta memnuniyetinin azaldığı belirlendi (Tablo 8).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda;

- Türkiye'de yeterli düzeyde ele alınmamış olan "karşılanamayan hemşirelik bakımı" kavramının yalnızca hemşire bakış açısıyla değil hasta bakış açısıyla da değerlendirilerek ve daha fazla örneklem gruplarıyla çalışmalar yaparak literatüre güncel bilgiler kazandırma,
- Karşılanamayan hemşirelik bakımı ile ilgili güncel protokollerin oluşturulması ya da var olan protokollerin geliştirilmesi,
- Konu ile ilgili farkındalık oluşturarak, bakımın kalitesini artırmaya yönelik hemşire eğitimlerinin planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Drahosova L, Jarosova D (2016). Concept caring in nursing. Central European Journal of Nursing and Midwifery 7(2): 453-460.
2. Moreira CB, Carvalho Fernandes AF, Lavinias Santos MC, Gomes AMF, Mourao CML, Pinherio de Oliveira RD, Morais Almedia AI, Rocha SR, Silva Mendes CR, Eufrasino de Pinho SM, Andrade Costa MM, Benevides JP, Queiroz Aquino CB, Ferreira IS, Araujo RV (2016). Analysis of nursing care concept: Perspective of the person submitted to care. Open Journal of Nursing 6: 491-496.
3. Gül Ş (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 10(2): 129-134.
4. Kalisch BJ, Williams RA (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. The Journal of Nursing Administration 39(5): 211-219.
5. Kalisch BJ (2006). Missed nursing care a qualitative study. Journal of Nursing Care Quality 21(4): 306-313.
6. Elmaoğlu E, Özdemir S (2022). Pediatri hemşireleri tarafından karşılanamayan bakım ve nedenleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 15(2): 175-185.
7. Taşkiran Eskici G, Baykal Ü (2021). Karşılanamayan hemşirelik bakımı. Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi 8(1): 104-110.
8. İlaslan N, Yıldırım Şişman N (2019). Bir üniversite hastanesinde karşılanmayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarı ve nedenleri. Cukurova Medical Journal 44(4): 1226-1236.
9. Kalisch BJ, McLaughlin M, Dabney BW (2012). Patient perceptions of missed nursing care. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 38(4): 161-167.
10. Kalisch BJ, Xie B, Dabney BW (2014). Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. American Journal of Medical Quality 29(5): 415-422.

11. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Willis E (2018). Predicting variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of Nursing Management* 26(1): 33-41.
12. Zencir G, Eşer İ (2015). Hemşirelikte yeni bir kavram: Karşılanamayan hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 31(1): 83-94.
13. Ergezen FD, Kol E (2021). Missed nursing care: Effects on patients and nurses. *Journal of Education and Research in Nursing* 18(4): 467-472.
14. Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük: Memnuniyet. <https://www.tdk.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 01.07.2022.
15. Özşaker E, Sevilmiş H, Özcan Y, Samast M (2021). Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımını algılayışı ve memnuniyet düzeyleri. *Journal of Contemporary Medicine* 11(1): 110-117.
16. Chen Q, Beal EW, Okunrintemi V, Cerier E, Paredes A, Sun S, Olsen G, Pawlik TM (2019). The association between patient satisfaction and patient-reported health outcomes. *Journal of Patient Experience* 6(3): 201-209.
17. Hekimoğlu L, Tekiner AS, Ceyhun Peker G (2015). Kamuya ait bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayaktan ve yatan hasta memnuniyeti. *Konuralp Tıp Dergisi* 7(1): 1-5.
18. Chandra S, Ward P, Mohammadnezhad M (2019). Factors associated with patient satisfaction in outpatient department of Suva sub-divisional health center, Fiji, 2018: A mixed method study. *Frontiers in Public Health* 7(183): 1-10.
19. Nestler N (2019). Nursing care and outcome in surgical patients why do we have to care? *Innovative Surgical Sciences* 4(4): 139-143.
20. Gül Z, Çakır Özmen G, Çilingir D (2021). Gününbirlik cerrahi servisinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Anatolian Journal of Health Research* 2(2): 41-45.

21. Köseoğlu Ş, Seki Z (2020). Genel cerrahi servisinde yatan hastaların batın ameliyatı sonrası hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 24(2): 121-133.
22. Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük: Bakım. <https://www.tdk.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 29.01.2021.
23. Göçmen Baykara Z (2014). Hemşirelik bakımı kavramı. Türkiye Biyoetik Dergisi 1(2): 92-99.
24. Dalpezzo NK (2009). Nursing care: A concept analysis. Nursing Forum 44(4): 256-264.
25. Fletcher N, Engelman DT (2020). Postoperative care: Who should look after patients following surgery? Anaesthesia 75(1): e5-e9.
26. Türken Gel K, Tokur Kesgin M (2017). İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 20(4): 267-278.
27. Papastavrou E, Efstathiou G, Charalambous A (2011). Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies. Journal of Advanced Nursing 67(6): 1191- 1205.
28. Kalfoss M, Cand JO (2016). Building knowledge: The concept of care. Open Journal of Nursing 6: 995-1011.
29. Toru F (2020). Hemşirelik uygulamalarının kilit noktası: Bireyselleştirilmiş bakım. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 4(1): 46-59.
30. Güngör DC (2020). Hemşirelik bakımında hasta-hemşire etkileşiminin anlamı: Nitel bir araştırma. Yüksek lisans tezi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İzmir
31. Babadağ K (2010). Hemşirelik ve Değerler. Birinci baskı. Alter Yayıncılık, Ankara; Sayfa: 22-24.

32. Akın Korhan E (2019). Watson'un insan bakım modeli: bir sistematik derleme. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi 2(2): 46-68.
33. Kandula UR (2019). Watson human caring theory. Journal of Nursing Practice and Education 5(1): 28-31.
34. Özgürsoy Uran BN, Özer S, Yıldırım Y (2015). Watson insan bakım modeli uygulamasına bir örnek: Kalp yetersizliği olgusu. Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 6(11): 183-198.
35. Corbin J (2008). Is caring a lost art in nursing? International Journal of Nursing Studies 45: 163-165.
36. Aygin D, Gül A (2021). Geçmişten günümüze cerrahi ve cerrahi hemşireliğinin yeri. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 15: 692-704.
37. Erdağı Oral S (2021). Cerrahi Hemşireliği. Çelik S (Ed.), Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya, Sayfa: 1-16.
38. Aksoy G (2020). Cerrahi ve Cerrahi Hemşireliği. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Ed.), Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 1-29.
39. Henriques AHB, Costa SS, Lacerda JS (2016). Nursing care in surgical patient safety: An integrative review. Cogitare Enfermagem 21(4): 01-08.
40. Gül A, Açıl HC, Aygin D (2022). Minimal invaziv cerrahide güncel yaklaşımlar. Selçuk Sağlık Dergisi 3(1): 79-104.
41. Karabulut N, Çetinkaya F (2011). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve motivasyon düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 14(1): 14-23.
42. Şahin İ, Tokuç A (2018). Cerrahi ünitelerin mevzuat ve tasarım ölçütleri bağlamında değerlendirilmesi. Megaron 13(2): 237-249.
43. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2020). Sağlık hizmetlerinin kullanımı, sayfa: 160. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>

44. Fındık ÜY, Yıldızeli Topçu S (2012). Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 19(2): 22-33.
45. Aust H, Eberhart L, Sturm T, Schuster M, Nestoriuc Y, Brehm F, Rüşch D (2018). A cross-sectional study on preoperative anxiety in adults. Journal of Psychosomatic Research 111: 133-139.
46. Yılmaz E, Çeçen D, Toğaç HK, Mutlu S, Kara H, Aslan A (2018). Ameliyat sürecindeki hastaların konfor düzeyleri ve hemşirelik bakımları. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5(1): 3-9.
47. Williams LS, Hopper PD (2015). Nursing care of patients having surgery. Fifth ed. Understanding Medical Surgical Nursing. F.A Davis Company, Philadelphia, Pages: 203-230.
48. Malley A, Kenner C, Kim T, Blakeney B (2015). The role of the nurse and the preoperative assessment in patient transitions. AORN Journal 102(2): 1-13.
49. Matthias AT, Samarasekera DN (2012). Preoperative anxiety in surgical patients experience of a single unit. Acta Anaesthesiologica Taiwanica 50: 3-6.
50. Gürsoy A, Candaş B, Güner Ş, Yılmaz S (2016). Preoperative stress: An operating room nurse intervention assessment. Journal of Perianesthesia Nursing 31(6): 495-503.
51. Arpag N, Öztekin SD, Dayıoğlu N, Katran HB, Gür S (2021). Anestezi türünün ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisinin belirlenmesi. Journal of Medical Sciences 2(3): 58-66.
52. Şavk A, Kebapçı E, Özcan S (2022). Determination of disease perception and anxiety level in preoperative surgery patients. Journal of Tepecik Education and Research Hospital 32(1): 85-92.
53. Mete Z, Avcı Işık S (2020). Total diz protezi ameliyatı planlanan hastaların cerrahi korku düzeyleri ile ameliyat sonrası ağrı düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 12(3):337-347.

54. Bedaso A, Ayalew M (2019). Preoperative anxiety among adult patients undergoing elective surgery: A prospective survey at a general hospital in Ethiopia. *Patient Safety in Surgery* 13(18): 1-8.
55. Karahan E, Köstekli S (2021). Ameliyat Öncesi Dönemde Hemşirelik Bakımı. Çelik S (Ed.), *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar*. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya, Sayfa: 46-53.
56. Strom, J, Bjerrum MB, Nielsen CV, Thisted CN, Nielsen TL, Laursen M, Jorgensen LB (2018). Anxiety and depression in spine surgery-A systematic integrative review. *The Spine Journal* 18(7): 1272-1285.
57. Çullu M, Ülker S (2020). Hastaların ameliyat öncesi dile getirmedikleri düşünce ve istekleri. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 24(1): 1-10.
58. Özyürek H, Göktaş S (2021). Acil ve elektif cerrahide hastaların anksiyete düzeylerinin ve hemşirelik bakım memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 3(2): 83-92.
59. Hernandez CR, Gomez Urquiza JL, Pradas Hernandez L, Roman KV, Suleiman Martos N, Albendin Garcia L, Canadas De la Fuente GA (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing* 0: 1-12.
60. Jawaid M, Mushtaq A, Mukhtar S, Khan Z (2007). Preoperative anxiety before elective surgery. *Neurosciences* 12(2): 145-148.
61. Yilmaz M, Sezer H, Gürler H, Bekar M (2011). Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. *Journal of Clinical Nursing* 21: 956-964.
62. Keçeci D (2019). Bariatrik cerrahide preoperatif tele-hemşirelik eğitiminin anksiyete ve hasta memnuniyetine etkisi. Yüksek lisans tezi, Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul
63. Kızılkaya ZN, Büyükyılmaz F (2021). Determination of patients' discharge learning needs after urologic surgery. *Archives of Health Science and Research* 8(2): 139-146.

64. Gürlek Ö, Yavuz M (2013). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ameliyat öncesi hasta eğitimi uygulama durumları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 16(1): 8-15.
65. AORN Position Statement on Advanced Practice Registered Nurses in the Perioperative Environment. (2015). *AORN Journal* 101(3): 354–356. doi:10.1016/j.aorn.2015.01.004.
66. Candaş Altınbaş B (2019). İnternet tabanlı eğitimin tiroidektomi olan hastaların anksiyete ve ameliyat sonrası erken dönem iyileşme ölçütlerine etkisi: Randomize kontrollü çalışma. Doktora tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Trabzon
67. Morawik I, Gospodarek M, Turzanska K, Zarebska A, Serefko A, Jablonski M (2020). The role of the perioperative nursing care in the satisfaction of patients after large joint replacements. *Wiadomosci Lekarskie* 73(9): 1824-1828.
68. Hou QQ, Luo X, Li HM, Hou Y, Zhang Z (2022). The role of nursing in enhanced recovery after surgery programs in accordance with spine surgery: A mini review. *Journal of Integrative Nursing* 4: 42-47.
69. Van Wicklin SA (2020). The perioperative patient focused model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management* 18: 1-8.
70. Döner NH, Yıldırım Y, Aykar FŞ, Fadiloğlu Ç (2021). İnsan bakım modelinin hemşirelik bakımında kullanımı: Covid 19. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 10(2): 228-235.
71. Bayuo J (2017). Application of Watson's Theory of Human Caring to End of Life Care in the Burns Intensive Care Unit: A Case Report. *International Journal for Human Caring* 21(3): 142-144.
72. Nantz S, Hines A (2015). Trauma patients' family members' perceptions of nurses' caring behaviors. *Journal of Trauma Nursing* 22(5): 249- 254.
73. Kabasakal A, Kitiş Y (2021). Watson'ın insan bakım modelinin kavramsal açıdan incelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK)* 6(2): 125-137.

74. Karakurt D (2019). Ameliyat sonrası gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne
75. Aksoy G (2017). Ameliyat Öncesi Hemşirelik Bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Ed.), Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 257-298.
76. Davrieux CF, Palermo M, Serra E, Houghton EJ, Acquafresca PA, Finger C, Gimenez ME (2019). Stages and factors of the perioperative process: Points in common with the aeronautical industry. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva* 32(1): 1-4.
77. Goodman T, Spry C (2017). *Essentials of Perioperative Nursing*. Sixth edition. Jones&Bartlett Learning, United States of America; Sayfa: 2-30.
78. Turunen E, Miettinen M, Setälä L, Vehviläinen Julkunen K (2016). An integrative review of a preoperative nursing care structure. *Journal of Clinical Nursing* 26(7): 915-930.
79. Eyi S, Kanan N, Akyolcu N, Akın ML, Acaroğlu R (2016). Ameliyat sırasında uygulanan hemşirelik bakımının hastalar tarafından değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 15(2): 159-170.
80. Işık Andsoy I (2021). Ameliyat Sırası Dönemde Hemşirelik Bakımı. Çelik S (Ed.), Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya, Sayfa: 86-95.
81. Akyolcu N (2017). Ameliyat Sonrası Hemşirelik Bakımı. Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N (Ed.), Cerrahi Hemşireliği I. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 335-365.
82. Gül A (2021). Ameliyat Sonrası Dönemde Hemşirelik Bakımı. Çelik S (Ed.), Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar. Çukurova Nobel Tıp Kitabevi, Antalya, Sayfa: 142-145.
83. Duran S, Yurtsever D, Alan H (2022). COVID-19 salgın sürecinde tedavi gören hastanın hemşirelik bakım algısı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 9(1): 57-66.

84. Gül Ş, Dinç L (2018). Hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımına yönelik algılarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 5(3): 192-208.
85. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H, Giovannetti P, Hunt J, Rafferty AM, Shamian J (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs* 20(3): 43-53.
86. Suhonen R, Scott PA (2018). Missed care: A need for careful ethical discussion. *Nursing Ethics* 25(5): 549-551.
87. Assaye AM, Wiechula R, Schultz TJ, Feo R (2021). Missed nursing care, nurse staffing levels and patient safety outcomes in low-income country acute care settings: An observational study. *International Journal of Nursing Practice*. doi: 10.1111/ijn.13031.
88. Kalish BJ, Landstrom G, Hinshaw AS (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 65(7): 1509-1517.
89. Kalisch BJ, Xie B (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research* 6: 1-16.
90. Dabney BW, Kalisch BJ (2015). Nurse staffing levels and patient-reported missed nursing care. *Journal of Nursing Care Quality* 30(4): 306-312.
91. Labrague LJ, De los Santos JA, Tsaras K, Galabay JR, Falguera CC, Rosales RA, Firmo CN (2019). The association of nurse caring behaviours on missed nursing care, adverse patient events and perceived quality of care: A cross-sectional study. *Journal of Nursing Management* 00: 1-9.
92. Blackman I, Lye CY, Darmawan IGN, Henderson J, Giles T, Willis E, Toffoli L, Xiao L, Verrall C (2018). Modeling missed care: Implications for evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 0: 1-11.
93. Kalisch BJ, Terzioğlu F, Duygulu S (2012). The misscare survey-Turkish: Psychometric properties and findings. *Nursing Economic* 30(1): 29-37.

94. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RRM (2015). The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clinical Nursing Studies* 3(4): 60-65.
95. Özsaban A, Acaroğlu R (2022). Karşılanmamış hemşirelik bakımına kavramsal bakış: Bir Delphi çalışması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 9(3): 475-487.
96. Jones TL, Hamilton P, Murry N (2015). Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: State of the science review. *International Journal of Nursing Studies* 52: 1121-1137.
97. Zelenikova R, Gurkova E, Jarosova D (2019). Missed nursing care measured by misscare survey-The first pilot study in the czech republic and Slovakia. *Cental European Journal of Nursing and Midwifery* 10(1): 958-966.
98. Ball J, Griffiths P, Target S (2019). Missed nursing care: A key measure for patient safety. Patient Safety Network (çevrimiçi). Erişim Adresi: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/missed-nursing-care-key-measure-patient-safety#>. (Erişim tarihi: 01. 02. 2021).
99. Kalisch BJ, Lee KH (2012). Missed nursing care: Magnet versus non-magnet hospitals. *Nursing Outlook* 60: e32-e39.
100. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, Aberly E, Harvey C (2014). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Clinical Nursing* 24: 47-56.
101. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA (2009). Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook* 57(1): 3-9.
102. Griffiths P, Saucedo AR, Dall'ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 74(7): 1474-1487.
103. Güleşen G (2022). Hemşirelik bakımında önemli bir kavram: Karşılanamayan hemşirelik bakımı ve nedenleri. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 5(1): 42-49.

104. Recio Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, Ball J, Briggs J, Meredith P, Redfern OC, Kovacs C, Prytherch D, Smith GB, Griffiths P (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? *Journal of Clinical Nursing* 27: 2248-2259.
105. Yılmaz M (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 5 (2): 69-74.
106. Arslan Ç, Kelleci M (2011). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 14: 1-8.
107. Uzun G (2009). Mastektomi ameliyatı olan hastalarda postoperatif dönemde hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ve bireyin sosyodemografik özellikleri ile ilişkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne
108. Roberts DA (1989). 'Working for patients' the 1989 white paper on the health service: An over review and commentary. *Teaching Public Administration* 9(1): 33-40.
109. Theofanidis D (2021). Patient satisfaction and quality of care. *International Journal of Caring Sciences* 14(2): 800-801.
110. Karaca A, Durna Z (2018). Patient satisfaction with the quality of nursing care. doi: 10.1002/nop2.237.
111. Khan MH, Hassan R, Anwar S, Babar TS, Babar KS (2007). Patient satisfaction with nursing care. *Rawal Medical Journal* 32: 28-30.
112. Alcan AO, van Giersbergen, Köze BŞ, Tanıl V, Aksakal Bİ (2015). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 31(3): 81-89.
113. Tang WM, Soong CY, Lim WC (2013). Patient satisfaction with nursing care: a descriptive study using interaction model of client health behavior. *International Journal of Nursing Science* 3(2): 51-56.

114. Prakash B (2010). Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery* 3(3): 151- 156.
115. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P (2016). Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspectives in Public Health* 20(10): 1-13.
116. Badri MA, Attia S, Ustadi AM (2009). Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality *International Journal of Health Care Quality Assurance* 22(4): 382-410.
117. Adhikari M, Paudel NR, Mishra SR, Shrestha A, Upadhyaya DP (2021). Patient satisfaction and its sociodemographic correlates in a tertiary public hospital in Nepal: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 135: 1-10.
118. Örsal Ö, Duru P, Örsal Ö, Tırpan K, Çulhacı A (2019). Analysis of the relationship among health awareness and health literacy, patient satisfaction levels with primary care in patients admitting to primary care health centers. *Patient Education and Counseling* doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.09.006>.
119. Brabers AEM, Rademakers JJDJM, Groenewegen PP, van Dijk L, de Jong JD (2017). What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? *Plos One*. doi:10.1371/journal.pone.0173316.
120. Aikins I, Ahmed M, Adzimah ED (2014). Assessing the role of quality service delivery in client choice for healthcare: A case study of bechem government hospital and green Hill Hospital. *European Journal of Logistics Purchasing and Supply Chain Management* 2(3): 1-23.
121. Arslan S, Gürsoy A (2021). Hastaların hemşirelik bakım memnuniyetleri: Cerrahi hastaları örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 4(1): 21-28.
122. Tsai TC, Orav EJ, Jha AK (2015). Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals. *Annals of Surgery* 261(1): 1-8.
123. Zaim H, Tarım M (2010). Hasta memnuniyeti: Kamu hastaneleri üzerine bir alan araştırması. *Sosyal Siyaset Konferansları* 59(2): 1-24.

124. Şanlı Y, Türkmen AS, Canbulat Şahiner N (2021). Hastaların hastane işleyiş ve uygulamalarından memnuniyetleri ve etkileyen faktörler: Bir kamu hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 24(4): 717-728.
125. Goh ML, Ang ENK, Chan YH, He HG, Julkunen KV (2016). A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the revised humane caring scale. Applied Nursing Research 31: 126-131.
126. Kersu Ö, Mert Boğa S, Köşgeroğlu N, Aydın Sayılan A, İlter G, Baydemir C (2020). Cerrahi servislerinde yatan hastaların hemşirelik bakım kalitesi algılamaları ile memnuniyet durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 17(1): 32-39.
127. Kuzu C, Ulus B (2014). Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(2): 129-134.
128. Eyasu KH, Adane AA, Amdie FZ, Getahun TB, Biwota MA (2016). Adult patients' satisfaction with inpatient nursing care and associated factors in an Ethiopian Referral Hospital, Northeast, Ethiopia. Hindawi Publishing Corporation 2016:1-8.
129. Aldemir K, Gürkan A, Yılmaz FT, Karabey G (2018). Cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin incelenmesi. Journal of Health and Nursing Management 5(3): 155-163.
130. Cerit B (2015). Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi: 27-36.
131. Sharew NT, Bizuneh HT, Assefa HK, Habtewold TD (2018). Investigating admitted patients' satisfaction with nursing care at Debre Berhan Referral Hospital in Ethiopia: A crosssectional study. BMJ Open 8: 1-8.
132. Ahmed T, Assefa N, Demisie A, Kenay A (2014). Levels of adult patients' satisfaction with nursing care in selected public hospitals in Ethiopia. International Journal of Health Sciences 8(4): 371-379.

133. Rajabpour S, Rayyani M (2019). The relationship between Iranian patients' perception of holistic care and satisfaction with nursing care. *BMC Nursing* 18(1): 1-7.
134. Sönmez B, İspir Ö, Türkmen B, Duygulu S, Yıldırım A (2020). The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey-Patient. *Journal of Nursing Management* 28(8): 2072-2080.
135. Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys JR (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: An instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care* 5:67-72.
136. Akin S, Erdogan S (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing* 16(4): 646-653.
137. Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F (2012). Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 20(1): 35-42.
138. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH (2010). Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 19: 2185-2195.
139. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Aiken LH, Schaffert Witvliet B, Sloane DM, De Geest S (2008). Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: The swiss extension of the international hospital outcomes study. *International Journal for Quality in Health Care* 20(4): 227-237.
140. Çevik K, Eşer İ (2014). Nöroşirürji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 22(2): 76-83.
141. Alhusban MA, Abualrub RF (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management* 17: 749-758.

142. Yılmaz S (2018). Toplumsal Cinsiyet Rollerinin Günlük Hayattaki Yansımaları: Çorum/Alaca Örneği. *İmgelem* 2(2): 59-79.
143. Rafii F, Hajinezhad ME, Haghani H (2007). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing* 26(2): 75-84.
144. Ay F, Polat Ş (2021). Determination of inpatient satisfaction in terms of sociodemographic characteristics. *Archives of Health Science Research* 8(2): 102-109.
145. Talmaç N, Soysal A (2021). Şehir hastanelerinde hasta memnuniyeti: bazı demografik değişkenlere göre Adana ili örneği. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 13(3): 29-42.
146. Maharlouei N, Akbari M, Akbari M, Lankarani KB (2017). Socioeconomic status and satisfaction with public healthcare system in Iran. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery* 5(1): 22-29.
147. Erzeybek B, Ersümer C, Dericioğlu B (2019). Kıbrıs'ın kuzeyinde yaşayan bireylerin algılanan sağlık hizmeti kalitesi ve memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 6(3): 222- 229.
148. Tuğut N, Gölbaşı Z (2013). Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 10(2): 38-44.
149. Findik UY, Unsar S, Sut N (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences* 12: 162-169.
150. Bektaşoğlu B, Eyi S (2021). Alt ekstremitte cerrahisi geçiren bireylerin Kolcaba'nın konfor kuramına göre bakımı. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 4(3): 148-155.
151. Gürbüz MÜ, Demir Ş, Key S, Yılmaz E, Gürger M, Önce G (2021). Skafoit kırıklarında perkütan ve açık cerrahi sonuçlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 26(4): 239-244.

152. Keudell AV, Sodha S, Collins J, Minas T, Fitz W, Gomoll AH (2014). Patient satisfaction after primary total and unicompartmental knee arthroplasty: An age-dependent analysis. *The Knee* 21: 180-184.
153. Shakeel M, Keh SM, Han S, Nair S, Ahmad Z (2022). Patients' Satisfaction with day case nasal and sinus surgery at Manukau Superclinic. *Journal of Head and Neck Surgery* 5(1): 170-175.
154. Kılıç T, Topuz R (2015). Hastalarla iletişimin, hasta memnuniyetine etkisi: özel, devlet ve üniversite hastanesi karşılaştırılması. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi* 9: 78-95.
155. Şişe Ş (2013). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi* 14: 69-75.
156. Elezi O (2019). Hasta memnuniyeti üzerine bir araştırma: Tiran örneği. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya.
157. Hosseini Z, Raisi L, Maghari A, Karimollahi M (2022). Translation and psychometric properties of the MISSCARE survey-Persian version. *BMC Nursing* 21(3): 1-9.
158. dos Reis Dutra CK, Guirardello EB (2021). Nurse work environment and its impact on reasons for missed care, safety climate, and job satisfaction: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing* 77: 2398–2406.
159. Lee E, Kalisch BJ (2021). Identification and comparison of missed nursing care in the United States of America and South Korea. *Journal of Clinical Nursing* 30: 1596-1606.
160. Ayan FS, Dağtekin T (2020). Geriatrik cerrahide güncel yaklaşımlar. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 12: 460-474.
161. Usta E, Aygin D (2015). Yaşlı hastanın ameliyat sonrası bakımı neden farklı olmalı? *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 5(3): 59-65.

162. Akyüz E, Ünlü H (2021). Ameliyat olan yaşlı bireylerin hemşirelik bakım algıları: Nitel çalışma. *Journal of Education and Research in Nursing* 18(3): 290-295.
163. Xesfingi S, Vozikis A (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC Health Services Research* 16(94): 1-7.
164. Kinnear N, Herath M, Jolly S, Han J, Tran M, Parker D, O'Callaghan M, Hennessey D, Dobbins C, Sammour T, Moore J (2020). Patient satisfaction in emergency general surgery: A prospective cross-sectional study. *World Journal of Surgery* doi: <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05561-8>.
165. Yıldız T, Önlü E, Başkan B, Koluçak B, Malak A, Özdemir A, Aydınılmaz H (2014). Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. *Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi* 2(3): 123-130.



EKLER

Ek 1. Hasta Tanıtım Formu

Cerrahi Hastalarında Karşılanamayan Hemşirelik Bakımı Algısı ile Hasta Memnuniyeti Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Değerli Katılımcı,

Planlı ya da acil, küçük ya da büyük cerrahi girişimler hastalarda korku, stres, ağrı gibi birçok fizyolojik ve psikolojik sonuca neden olmaktadır. Bu dönemde cerrahi hemşireler hastanın ihtiyacı olan hemşirelik bakımını tam ve eksiksiz bir şekilde vermelidirler. Eksiksiz olarak verilen bakım hastanın memnuniyet düzeyini artırarak tedaviye karşı olumlu sonuçlar alınmasını sağlayacaktır. Çalışma cerrahi servisinde yatan hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı algısını ve bu algının hasta memnuniyetiyle olan ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkürler.

Anket No: ...

1. Yaş: ...

2. Cinsiyet: () Kadın () Erkek

3. Medeni durumu: () Evli () Bekar

4. Eğitim durumu: () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul

() Lise () Üniversite

5. Çalışma durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor

6. Aylık Gelir: () İyi () Orta () Kötü

7. Daha önce ameliyat olma durumu: () Evet () Hayır

Evet ise; olumsuz bir deneyim var mı? Varsa açıklayınız:

8. Daha önce bu hastanede yattı mı? () Evet () Hayır

Evet ise; olumsuz bir deneyim var mı? Varsa açıklayınız:

9. Şuanda ameliyat olduğu cerrahi birim: () KBB () Genel Cerrahi () Ortopedi

10. Ameliyat olduğu hastalığı dışında herhangi bir hastalık/sağlık sorununun varlığı:

() Evet ise (açıklayınız),..... () Hayır

11. Hastanın hastanede yattığı süre:

12. Hastaya refakat eden kişi: () Var () Yok

13. Kendi bakımına katılabilecek yeterlilikte mi?: () Evet () Hayır

Hayır ise; nedeni?

Ek 2. Misscare (Karşılanamayan Bakım) Anketi-Hasta

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

Ek 2. (Devam)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ek 2. (Devam)

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

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

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

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ!

Ek 3. Newcastle Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Ölçeği

Bu araştırma, 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.

		Hiç Memnun Değilim	Biraz Memnunuz	Oldukça Memnunuz	Çok Memnunuz	Fazlasıyla Memnunuz
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. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bilgilendirilmiş Onam Formu

Bu araştırma, cerrahi servisinde yatan hastaların karşılanamayan hemşirelik bakımı algısını ve bu algının hasta memnuniyetiyle olan ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Melek Demir’ in Yüksek Lisans Tezi olarak planlandı.

Planlı ya da acil herhangi bir cerrahi girişim bireylerde korku, stres, ağrı gibi birçok fizyolojik ve psikolojik sonuçlara yol açar. Cerrahi girişim sonrası hastaların hemşirelere olan ihtiyacı daha çok artmaktadır. Cerrahi hemşireleri ameliyat öncesi, ameliyat sırası ve ameliyat sonrasında kapsayan ameliyat sürecinde hastaların kaliteli ve eksiksiz hemşirelik bakımı almalarından sorumludurlar. Bu süreçte hastanın fizyolojik ve psikolojik değerlendirmesi ile iyileşmeyi hızlandırmak ve cerrahi komplikasyonları önlemeye yönelik bakımı düzenlemek cerrahi hemşiresinin birincil görevidir. Hemşirenin hastanın sorularına net bir şekilde yanıt verebilmesi, güler yüzlü ve saygı içinde olması, gereksinim durumunda hemşireye ulaşabilmesi hastanın bakım memnuniyetini belirlemede oldukça etkilidir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz yönde etkilemeyecektir. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

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

<i>Katılımcı</i>	<i>Araştırmacı</i>
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
İmza :	İmza :
Tarih:	Tarih: