

Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Atalet Durumlarının Kaçırılmış Hemşirelik Bakımı ile İlişkisi*

Nermin UYURDAĞ**, Aytolan YILDIRIM***

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı hemşirelerin atalet ve karşılanamayan hemşirelik bakım düzeylerinin ve bu düzeyler arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tarzda gerçekleştirilen bu çalışma Diyarbakır merkezdeki bir devlet üniversitesi, bir eğitim araştırma ve bir özel hastanede çalışan hemşireler (N=1694) içinden oransal tabakalı örneklem yöntemi ile belirlenen 413 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, Atalet Ölçeği ve Karşılanamayan Bakım Ölçeği ile Mart-Kasım 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde, normallik testleri, güvenilirlik analizleri, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, karşılaştırma ve korelasyon analizleri kullanılmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin öğrenme ataleti $2,61\pm 0,52$; deneyim ataleti $3,28\pm 0,57$; toplam ataleti $2,97\pm 0,45$ bulunmuştur. Öğrenme ataletinin erkeklerde, 6-10 yıl mesleki deneyimi olanlarda ve mesleki bilimsel yayın takip etmeyenlerde yüksek olduğu görülmüştür. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri $2,54\pm 0,84$ bulunmuştur ve en yüksek düzeyin 36 ve üstü yaş grubunda, eğitim araştırma hastanesinde, 6-10 yıl çalışanlarda ve mesleki bir örgüte üye olmayanlarda olduğu görülmüştür. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetlerinin iş gücü kaynakları nedenleri $1,81\pm 0,93$; iletişim/ekip çalışması nedenleri $2,15\pm 0,86$; malzeme kaynakları nedenleri $1,99\pm 0,99$ bulunmuştur. Atalet ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve nedenleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: Araştırmanın sonucunda hemşirelerde orta düzeyde atalet bulundu. Karşılanamayan hemşirelik bakımının orta düzeyin üzerinde olduğu ve bunun en önemli nedenin iletişim/ekip çalışmasına ilişkin nedenler olduğu belirlendi. Atalet ile karşılanamayan bakım arasında ilişki bulunmadı. Hemşirelerde atalet

Özgün Araştırma Makalesi (Original Research Article)

Geliş / Received: 21.11.2022 & **Kabul / Accepted:** 10.07.2023

DOI: <https://doi.org/10.38079/igusabder.1207969>

* Bu çalışma, yazarın Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM danışmanlığında hazırladığı ve 2022 yılında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalında doktora tezi olarak kabul edilen "Hastanelerde çalışan hemşirelerin atalet durumlarının kaçırılmış hemşirelik bakımı ile ilişkisi" başlıklı doktora tezinden türetilmiştir.

** Sorumlu Yazar: Öğr. Gör. Dr., Dicle Üniversitesi, Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Diyarbakır, Türkiye. E-posta: nermin.uyurdag@dicle.edu.tr [ORCID https://orcid.org/0000-0001-5838-3057](https://orcid.org/0000-0001-5838-3057)

*** Prof. Dr., İstanbul Atlas Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul, Türkiye. E-posta: aytolany@gmail.com [ORCID https://orcid.org/0000-0002-0475-6695](https://orcid.org/0000-0002-0475-6695)

ETİK BİLDİRİM: Dicle Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu araştırmanın etik onayını (09/01/2020-17), araştırmanın yapılacağı kurumlar ise araştırma uygulama izinlerini (16/03/2020; 21/02/2020-23675; 08/06/2020-522) vermiştir. Ölçüm araçlarının kullanım izinleri, ölçekleri Türkçe'ye uyarlayan kişilerden alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yazılı onamları alınmıştır.

gelişmesinin önlenmesi ve karşılanamayan bakım gereksinimlerinin azaltılması konusunda önerilerde bulunuldu.

Anahtar Sözcükler: Atalet, deneyim ataleti, bakım, hemşirelik, hastane.

The Relationship between Missed Nursing Care and Inertia of Nurses Working in Hospitals

Abstract

Aim: The aim of this study is to determine the inertia and missed nursing care levels of nurses and the relationship between them.

Method: This descriptive and relationship-seeking study was conducted with 413 nurses determined by proportional stratified sampling method among nurses working in a state university, an training research and a private hospital in the center of Diyarbakır (N=1694). Data were collected with the Introductory Information Form, Inertia Scale, and MISSCARE Survey between March and November 2020. Normality tests, reliability analyzes, descriptive statistical methods, comparison and correlation analysis were used in the analysis.

Results: It was found that Nurses' learning inertia 2.61 ± 0.52 ; experience inertia 3.28 ± 0.57 ; and total inertia 2.97 ± 0.45 . Learning inertia was found to be higher in males, those with 6-10 years of Professional experience and did not follow Professional scientific publications. Missed nursing care needs were found to be 2.54 ± 0.84 . It was observed that the highest level was in the age group of 36 and above, in the training and research hospital, in those who worked for 6-10 years and were not members of a professional organization. The reasons for missed nursing care services were found to be 1.81 ± 0.93 for labor resources, 2.15 ± 0.86 for communication/teamwork, and 1.99 ± 0.99 for material resources. There was no significant relationship between inertia and missed nursing care needs and reasons.

Conclusion: As a result of the research, medium inertia was found in nurses. It was determined that the missed nursing care was above the medium level and the most important reason for this was the reasons related to communication/teamwork. No relationship was found between inertia and missed care. Suggestions were made to prevent the development of inertia in nurses and to reduce missed care.

Keywords: Inertia, experience inertia, care, nursing, hospital.

Giriş

Atalet; bireylerin, geçmişte edindikleri deneyim ve bilgilerini daha sonradan karşılaştıkları aynı türden sorunları çözmek için kullanmayı seçtikleri bir çeşit monotonluk sorunu olarak tanımlanmakta, kişinin hedeflerini gerçekleştirmesini ve amacına ulaşmasını engellemekte, karar verme, motivasyon, verimlilik, etkinlik gibi durumlarını, iş ve sosyal yaşamlarını etkilemektedir^{1,2}. Atalet halindeki birey öncelikle motivasyonunun ve iç disiplininin yetersizliğinden dolayı görevlerini yerine getirmek veya hedeflerini gerçekleştirmek için harekete geçememekte ve kişisel organizasyonlarının yetersizliği nedeniyle yoğun iş yükünün altında önemli işlere öncelik verememektedir³. Bireyin yaşadığı atalet hali içinde bulunduğu örgüt ve toplum için de söz konusu olabilmekte, bireysel ve örgütsel/ toplumsal atalet karşılıklı olarak

birbirini etkilemektedir. Bireysel atalet, yaşam boyu kazanılmış deneyim ve bilgilere saplantılı bir şekilde bağlanarak değişime direnç gösterme, ilgisizlik, önemsememe şeklinde kendisini gösterirken, örgütsel atalet örgütün değişime direnmesi, yeniliği ve değişimi zamanında yakalayamaması, var olan düzeni sürdürme ısrarı olarak karşımıza çıkmaktadır⁴⁻⁶. Ayrıca örgüt çalışanlarında var olan atalet örgütlerin başarısını olumsuz olarak etkilemektedir.

Topluma sağlık hizmetinin sunulduğu sağlık hizmet örgütlerinde bir ekip içerisinde çeşitli rollerini gerçekleştiren hemşirelerin sahip oldukları özellikler örgütün başarı durumunun önemli belirleyicisidir. Hemşireler sağlık örgütlerinde temel rolleri olan bakım verici rolleri çerçevesinde hastaya ve hastalık sürecine özel hemşirelik bakım planını kanıta dayalı olarak hazırlar, uygular ve değerlendirirler^{7,8}. Hemşirelik süreci doğrultusunda hazırlanan bakım planında, planlanan bazı hemşirelik girişimleri çeşitli sebeplerden dolayı gerçekleştirilmemektedir. Karşılanamayan hemşirelik bakımı olarak tanımlanan bu durum⁹, hastanın bakım sonuçlarını, hasta güvenliğini ve hemşirelik bakımının kalite göstergelerini etkilemekte^{10,11} ve hasta güvenliği ile ilgili yayınlarda bir ihmal hatası olarak kabul edilmektedir¹².

Karşılanamayan hemşirelik bakımının, karşılanamayan bakım modelinde öncüller olarak belirtilen nedenleri; hastaların bakım gereksinimlerinin düzeyi ve yoğunluğu, bakım sağlayıcılara ait nedenler, bakım için kullanılan araç-gereçlerle ilgili nedenler ve iletişimle ilgili nedenler olarak sıralanmaktadır¹³. Karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenleri arasında yer alan bakım sağlayıcılara ait nedenler çok çeşitlidir ve hemşirelerin var olan atalet durumlarının bu nedenlerin önemlilerinden birisi olduğu düşünülmektedir¹⁴. Hemşirelik bakımının kalitesi ve hasta sonuçları üzerinde etkili olduğu düşünülen hemşirelerin atalet durumunu belirlemeye yönelik çok sınırlı, karşılanamayan hemşirelik bakımı miktarı ve nedenleri ile ilgili sınırlı sayıda çalışma olmakla beraber son yıllarda artış gösterdiği, ikisi arasındaki ilişkiyi sorgulayan bir çalışmaya ise rastlanmadığından bu çalışma özgün sayılabilir. Yapılacak bilimsel çalışmalar bu konudaki sorunların tespit edilmesini ve bu sorunlara yönelik çözüm yollarını içeren politikaların geliştirilmesi ve hayata geçirilmesi konusunda hemşire yöneticilere rehberlik edecek, ayrıca hemşirelik mesleğinin bilimsel bilgi birikimine katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerin atalet ve karşılanamayan hemşirelik bakım düzeylerini ve atalet ile karşılanmayan hemşirelik bakımı arasında bir ilişkinin olup olmadığını belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda araştırmada şu soruların cevapları aranmıştır.

1-Hemşirelerin atalet düzeyleri nasıldır ve bununla kişisel ve mesleki özellikleri arasında farklılık var mıdır?

2-Hastanelerde çalışan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakımı düzeyleri nasıldır ve nedenleri nelerdir ve bununla kişisel ve mesleki özellikleri arasında farklılık var mıdır?

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

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın tasarım biçimi: Bu çalışma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tarzda gerçekleştirildi.

Araştırmanın yapıldığı yer ve zamanı: Araştırma, Diyarbakır il merkezinde bulunan yaklaşık 1400 yatak kapasiteli Dicle Üniversitesi tıp fakültesi onkoloji, kalp, çocuk ve tıp fakültesi hastanelerinde, 450 yatak kapasiteli Sağlık Bakanlığı Gazi Yaşargil Eğitim Araştırma Hastanesi ve 142 yatak kapasiteli Özel Batı hastanesinde, Mart 2020- Kasım 2020 tarihleri arasında yapıldı.

Evreni ve örneklem seçimi: Araştırmanın evrenini Diyarbakır il merkezinde bulunan bir devlet üniversitesi (Hastane I), bir sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanesi (Hastane II) ve bir özel hastanede (Hastane III) hasta bakımı verilen birimlerde görevli 1696 hemşire oluşturdu. Araştırmanın örnekleme, oransal tabakalı örnekleme yöntemi ile %5 kabul edilebilir hata ve %95 güven düzeyinde 314 olarak belirlendi. Araştırma basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen 413 hemşire ile gerçekleştirildi. (Hastane I N:919, hesaplanan n:170, ulaşılan n:220; Hastane II N:670, hesaplanan n:124, ulaşılan n:140; Hastane III; N:107, hesaplanan n:20, ulaşılan n:53 (n:413)).

Veri toplama araçları: Bu çalışmada 3 veri toplama aracı kullanıldı.

Tanımcı bilgi formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen ve araştırmaya katılanların sosyodemografik bilgilerinin sorgulandığı 10 sorudan oluşmaktadır.

Atalet Ölçeği: Liao, Fei ve Liu¹ tarafından 2008 yılında geliştirilen, 2010 yılında Çankaya tarafından Türkçe'ye uyarlanan ölçekte 7 maddeden oluşan öğrenme ataleti ve 7 maddeden oluşan deneyim ataleti olmak üzere iki alt boyut ve 14 madde bulunmaktadır. Cronbach's alfa değerleri; Liao ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan ilk çalışmada Öğrenme Ataleti alt boyutu 0,75, deneyim ataleti alt boyutu 0,72 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada atalet ölçeği'nin Cronbach's alfa değeri 0,81, öğrenme ataleti alt boyutu 0,68 ve deneyim ataleti alt boyutu 0,78 olarak bulundu. 5'li likert tipinde olan ölçekte seçeneklerin puan değeri "hiç katılmıyorum-1", "kesinlikle katılıyorum-5" şeklinde 1-5 arasındadır. Öğrenme ataleti alt boyutunun 3. ve 4. maddeleri, deneyim ataleti alt boyutunun 3. maddesi tersten puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan ortalaması veya toplam puana göre atalet üç düzeyde değerlendirilmektedir. Buna göre puan ortalaması 3,8 veya 53 puan ve üzeri *yüksek atalet*, puan ortalaması 2,4-3,7 arası veya 34-52 puan arası *orta atalet*; 2,3 ve altı puan ortalaması veya 33 ve altı puan *düşük atalet* olarak değerlendirilmektedir¹⁴.

Karşılanmayan Bakım Ölçeği: Kalisch ve Williams tarafından 2009 yılında geliştirilmiş, 2012 yılında Kalisch, Terzioğlu ve Duygulu tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçekte karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri başlıklı ve 21 maddeden oluşan, karşılanmayan hemşirelik bakım hizmetlerinin nedenleri başlıklı ve 16 maddeden oluşan iki bölüm bulunmaktadır. İkinci bölümde iş gücü kaynakları, iletişim/ekip çalışması ve malzeme kaynakları olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. Ölçeğin birinci bölümü 5'li likert tipinde bir ölçektir ve "Hiç bir zaman

verilmiyor-4... “Nadiren verilmiyor-1” olarak 1-4 arasında puanlanmaktadır. Uygun değil-o seçeneğinin puan değeri yoktur ve değerlendirilmeye alınmamaktadır. Bu bölümden alınan puanın artması karşılanamayan bakımın miktarının arttığını göstermektedir. İkinci bölüm 4’lü likert tipindedir ve seçenekler “Önemli bir neden-4”... “bakımın verilmemesi için bir neden değil-1” şeklinde 1-4 arasında puanlanmaktadır. Bu bölümden alınan puanın artması karşılanamayan bakım nedeninin önemini de arttırmaktadır. Cronbach’s alfa değeri Türkçe’ye uyarlanma çalışmasında birinci bölümün 0,94; ikinci bölümün alt boyutlarından iletişim/ekip çalışması için 0,91 malzeme kaynakları için 0,69 iş gücü kaynakları için 0,77 bulunmuştur^{9,15,16}. Bu çalışmada birinci bölümünün Cronbach’s alfa değeri 0,97; ikinci bölümünün 0,95; ikinci bölüm alt boyutlarının ise iş gücü kaynakları 0,88; iletişim/ekip çalışması 0,93; malzeme kaynakları 0,91 olarak bulunmuştur.

Verilerin toplanması: Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından 9 ayda toplandı. Anketler yüzyüze görüşülerek dolduruldu. Bir görüşme ortalama 10 dakika sürdü.

Araştırmanın etik boyutu: Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulu araştırmanın etik onayını (09/01/2020-17), araştırmanın yapılacağı kurumlar ise araştırma uygulama izinlerini (16/03/2020; 21/02/2020-23675; 08/06/2020-522) vermiştir. Ölçüm araçların kullanım izinleri, ölçekleri Türkçe’ye uyarlayan kişilerden alındı. Araştırmaya katılan hemşirelerin yazılı onamaları alındı.

Verilerin değerlendirilmesi: Araştırmanın verilerinin analizi SPSS 24.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı ile yapıldı ve %95 güven aralığında ve $p < ,05$ anlamlılık düzeyinde çalışıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, maksimum, minimum ve ortalama puan, standart sapma değerleri, ölçeklerin güvenilirlik analizi için Cronbach’s alfa katsayıları hesaplandı. Verilerin normallik analizleri için Skewness ve Kurtosis Testleri uygulandı, elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olduğundan parametrik testler tercih edildi¹⁷. Bu amaçla verilerin analizinde *t* testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Tukey testi, Pearson Korelasyon testleri uygulandı.

Araştırmanın sınırlılıkları: Bu araştırma sınırlı bir sürede, sadece belirlenmiş bir il merkezinde bulunan üç hastanede çalışan hemşirelerle gerçekleştirildiğinden ve veriler hemşirelerin öz bildirimine dayandığından genellenebilirliği sınırlıdır. Araştırma sürecinde yaşanan küresel salgından dolayı alınan karantina tedbirleri nedeniyle ulaşılmak istenen hemşire sayısında sınırlılık yaşanmıştır.

Bulgular

Hemşirelerin yaş ortalamasının $30,06 \pm 6,909$ yıl; çoğunun kadın (%59,4), bekar (%50,4) ve lisans düzeyinde eğitime (%60,8) sahip oldukları bulundu. % 53,3’ünün Hastane I’de çalıştığı, mesleki deneyimi 10 yıldan fazla olanların çoğunluğu oluşturduğu görüldü (%32,7). Hemşirelerin çoğunluğunun gece ve gündüz karma vardiya ile (%59,1); dahili birimlerde hizmet verdiği (%59,8)

%60,3'ünün herhangi bir mesleki bilimsel yayını takip etmediği, %70,2'sinin meslekte ilgili herhangi bir mesleki örgüte üye olmadıkları bulundu (Tablo 1).

Tablo 1. Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerinin dağılımı (n=413)

Değişkenler	Alt Grup	n	%
Yaş	25 yaş ve altı	102	24,7
	26-30 yaş	144	34,9
	31-35 yaş	86	20,8
	36 yaş ve üstü	81	19,6
Cinsiyet	Kadın	247	59,8
	Erkek	166	40,2
Medeni durum	Evli	205	49,6
	Bekar	208	50,4
Eğitim	Lise	64	15,5
	Önlisans	66	16
	Lisans	251	60,8
	Yüksek lisans-Doktora	32	7,7
Çalışılan kurum	Hastane I	220	53,3
	Hastane II	140	33,9
	Hastane III	53	12,8
Çalışma süresi	1-2 yıl arasında	92	22,3
	3-5 yıl arasında	74	17,9
	6-10 yıl arasında	112	27,1
	10 yıldan fazla	133	32,7
Çalışma saatleri	Sürekli gündüz 8 saat	106	24,7
	Gündüz ve gece 8-16-24 saat	244	59,1
	24 saatlik vardiya	67	16,2
Çalışılan birim	Dahili birimler	247	59,8
	Cerrahi birimler	166	40,2
Meslekle ilgili bir bilimsel yayın takip etme	Evet	164	39,7
	Hayır	249	60,3
Meslekle ilgili bir mesleki örgüte üye olma	Evet	123	29,8
	Hayır	290	70,2

n: Sayı, %:Yüzde

Atalet ölçeği puan ortalaması 2,97; alt boyutlardan öğrenme ataleti puan ortalaması ortalaması 2,61 ve deneyim ataleti puan ortalaması 3,28 olarak bulundu. Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri puan ortalaması 2,54; Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri; İşgücü Kaynakları puan ortalaması 1,81; İletişim/Ekip Çalışması puan ortalaması 2,15 ve Malzeme Kaynakları puan ortalaması 1,99 olarak bulundu (Tablo 2).

Tablo 2. Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçekleri puan ortalamaları ve standart sapmaları

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Min-max	Ort.± Ss
<i>Öğrenme Ataleti</i>	7	1-4	2,61±0,52
<i>Deneyim Ataleti</i>	7	2-5	3,28±0,57
Toplam Atalet Puanı	14	1-5	2,97±0,45
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri ölçeği	21	0-4	2,54±0,84
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri			
<i>İşgücü Kaynakları</i>	4	1-4	1,81±0,93
<i>İletişim/Ekip Çalışması</i>		1-4	2,15±0,86
<i>Malzeme Kaynakları</i>	3	1-4	1,99±0,99

Öğrenme ataleti ile cinsiyet değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$) ve erkeklerin öğrenme ataleti puan ortalamasının kadınlardan yüksek olduğu görüldü. Çalışma süresi farklı olan gruplar ve mesleği ile mesleki bilimsel yayın takip etme durumu farklı olan gruplar arasında öğrenme ataleti alt boyutuna ilişkin istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Farklılığın 6-10 yıl deneyime sahip hemşirelerin puan ortalamasının, 1-2 yıl deneyime sahip hemşirelerden yüksek olmasından kaynaklandığı görüldü. Ayrıca mesleği ile ilgili bilimsel yayın takip etmeyenlerin ortalama puanının, takip edenlerden daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Atalet Ölçeği genel ve alt boyutlarının kişisel ve mesleki özelliklere göre karşılaştırılması (n=413)

Değişkenler	Alt Gruplar	n	Atalet Toplam Puan	Öğrenme Ataleti Alt Boyutu	Deneyim Ataleti Alt Boyutu
			$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$	$\bar{x} \pm Ss$
Yaş	25 ve altı		2,93±,46	2,52±,51	3,26±,62
	26-30	102	2,96±,46	2,68±,52	3,22±,54
	31-35	144	3,04±,38	2,62±,52	3,38±,50
	36 ve üstü	86	3,00±,50	2,59±,53	3,31±,63
	Test İstatistiği	81	F=1,031	F=1,941	F=1,534
p			p=0,379	p=0,122	p=0,205
Cinsiyet	Kadın		2,94±,46	2,57±,52	3,25±,59
	Erkek	247	3,02±,44	2,67±,51	3,32±,55
	Test İstatistiği	166	t=-1,764	t=-2,070	t=-1,193
p			p=0,078	p=0,039*	p=0,234
Medeni durum	Evli		2,99±,45	2,64±,52	3,29±,55
	Bekar	205	2,96±,45	2,58±,52	3,27±,59
	Test İstatistiği	208	t=0,854	t=1,192	t=0,503
p			p=0,394	p=0,234	p=0,615
Eğitim düzeyi	Lise		3,00±,43	2,59±,49	3,29±,58
	Önlisans	64	2,92±,48	2,60±,44	3,20±,62
	Lisans	66	2,98±,45	2,60±,53	3,30±,56
	YL ve Doktora	251	2,99±,47	2,71±,63	3,29±,56
	Test İstatistiği	32	F=0,396	F=,443	F=0,528
p			p=0,756	p=0,722	p=0,663
Çalışılan kurum	Hastane I		2,97±0,43	2,59±0,52	3,30±0,52
	Hastane II	220	2,98±0,49	2,64±0,53	3,23±0,64
	Hastane III	140	3,01±0,48	2,58±0,51	3,33±0,58
	Test İstatistiği	53	F=0,200	F=0,495	F=0,875
p			p=0,818	p=0,610	p=0,418
Çalışma süresi	1-2 Yıl ^a		2,90±,46	2,48±0,53	3,27±0,58
	3-5 Yıl ^b	92	3,02±,46	2,66±0,45	3,26±0,60
	6-10 Yıl ^c	74	2,95±,39	2,66±0,47	3,24±0,50
	11 Yıl ve üstü ^d	112	3,02±,49	2,62±0,58	3,34±0,60
	Test İstatistiği	135	F=1,663	F=2,666	F=0,669
p			p=0,174	p=0,047*	p=0,571
Çalışma saatleri	Sürekli gündüz (8 saat)		3,03±0,46	2,65±0,54	3,33±0,56
	Gündüz ve gece (8-16-24 saat)	102	2,95±0,45	2,60±0,53	3,25±0,58
	24 saatlik vardiya	244	2,97±0,43	2,59±0,44	3,30±0,57
	Test İstatistiği	67	F=1,002	F=0,387	F=0,809
p			p=0,368	p=0,679	p=0,446
Çalışılan birim	Dahili birimler		2,95±0,46	2,58±0,52	3,26±0,58
	Cerrahi birimler	247	3,01±0,44	2,66±0,51	3,31±0,56
	Test İstatistiği	176	t=-1,166	t=-1,567	t=-0,781
p			p=0,245	p=0,118	p=0,435
Meslekle ilgili herhangi bir bilimsel yayın takip etme	Evet		2,98±0,47	2,55±0,51	3,33±0,57
	Hayır	164	2,97±0,44	2,65±0,52	3,25±0,57
	Test İstatistiği	249	t=0,366	t=-2,018	t=1,355
p			p=0,714	p=0,044*	p=0,176
Meslekle ilgili bir mesleki örgüte üye olma	Evet		2,95±0,39	2,59±0,52	3,28±0,50
	Hayır	123	2,98±0,48	2,62±,52	3,28±,60
	Test İstatistiği	290	t=-0,598	t=-0,562	t=0,060
p			p=0,550	p=0,574	p=0,952

t:Bağımsız gruplarda t testi, $\bar{x} \pm Ss$: Ortalama±Standart Sapma, F: One Way ANOVA, $p < 0.05$

Hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri puanları ile yaş, çalışılan kurum, çalışma süresi ve mesleki örgüte üye olma değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu. Farklılığın 36 ve üzeri yaş grubunun puan ortalamasının, 26-30 yaş grubunun puan ortalamasından, 26-30 yaş grubunun puan ortalamasının 25 ve altı yaş grubu puan ortalamasından, Hastane II'de çalışanların puan ortalamasının Hastane III'te çalışanlardan, 6-10 yıl ve 11 yıl ve üstü deneyime sahip grupların puan ortalamalarının, 3-5 yıl deneyime sahip grubun puan ortalamasından yüksek olmasından kaynaklandığı ayrıca mesleki bir örgüte üye olmayan grubun puan ortalamasının üye olanlardan daha yüksek olduğu görüldü. Karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri alt boyutlarından iş gücü kaynakları ve malzeme kaynakları ile yaş arasında ve eğitim düzeyi, çalışılan kurum, çalışma süresi ve mesleki bilimsel yayın takip etme değişkenleri ile üç alt boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). 25 ve altı yaş grubu, 3-5 yıl çalışma süresi olanlar ve mesleki bir bilimsel yayını takip edenler iletişim/ ekip çalışması ile ilgili nedenleri, yüksek lisans/doktora eğitim düzeyine sahip olanlar, Hastane III'te çalışanlar ise malzeme kaynakları ile ilgili nedenleri en önemli neden olarak bildirdi (Tablo 4).

Tablo 4. Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin ve nedenlerinin kişisel ve mesleki özelliklere göre karşılaştırılması (n=413)

Değişkenler	Alt Gruplar	n	Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Puanı	İşgücü Kaynakları Alt Boyutu	İletişim Ekibinin Alt Boyutu	Malzeme Kaynakları Alt Boyutu
			$\bar{x}\pm Ss$	$\bar{x}\pm Ss$	$\bar{x}\pm Ss$	$\bar{x}\pm Ss$
Yaş	25 ve altı ^a	102	2,28±0,91	2,14±1,01	2,31±0,84	2,30±1,014
	26-30 ^b	144	2,62±0,84	1,76±0,93	2,15±0,88	1,97±0,99
	31-35 ^c	86	2,58±0,75	1,54±0,73	2,01±0,74	1,66±0,82
	36 ve üstü ^d	81	2,67±0,76	1,81±0,93	2,06±0,94	2,01±1,057
	Test İstatistiği		F=4,441	F=7,060	F=2,272	F=6,922
	p		p=0,004*	p=0,000**	p=0,080	p=0,000**
			A=a<b<d	A=b<a,c<a		A=b<a,c<a
Cinsiyet	Kadın	247	2,49±0,85	1,88±1,01	2,16±0,90	2,04±1,04
	Erkek	166	2,60±0,82	1,71±0,77	2,11±0,79	1,93±0,92
	Test İstatistiği		t=-1,294	t=1,803	t=0,582	t=1,127
	p		p=0,196	p=0,072	p=0,561	p=0,260
Medeni Durum	Evli	205	2,59±0,78	1,73±0,90	2,11±0,86	1,91±0,99
	Bekar	208	2,48±0,89	1,90±0,95	2,18±0,86	2,08±0,99
	Test İstatistiği		t=1,291	t=-1,902	t=-0,861	t=-1,649
	p		p=0,197	p=0,058	p=0,390	p=0,100
Eğitim Düzeyi	Lise ^a	64	2,69±0,72	1,69±0,85	2,07±0,84	1,88±0,94
	Önlisans ^b	66	2,41±0,99	1,83±1,03	2,18±0,96	2,00±1,05
	Lisans ^c	251	2,53±0,83	1,76±0,87	2,10±0,82	1,95±0,97
	YL ve Doktora ^d	32	2,50±0,73	2,41±1,14	2,56±,88	2,59±1,04
	Test İstatistiği		F=1,298	F=5,209	F=2,957	F=4,450
	p		p=0,275	p=0,002**	p=0,032**	p=0,004**
				A=a,b,c<d	A=a,c<d	A=a,b,c<d
Çalışılan Kurum	Hastane I ^a	220	2,53±0,80	1,76±0,86	2,15±0,84	1,95±0,97
	Hastane II ^b	140	2,65±0,83	1,69±0,91	2,03±0,86	1,86±0,97
	Hastane III ^c	53	2,2±0,95	2,34±1,09	2,40±0,88	2,50±1,03
	Test İstatistiği		F=3,786	F=10,609	F=3,430	F=8,361
	p		p=0,023*	p=0,000**	p=0,033*	p=0,000**
			A=c<b	A=a<c,b<c	A=b<c	A=a<c,b<c
Çalışma Süresi	1-2 Yıl ^a	92	2,44±0,89	2,12±0,96	2,28±0,79	2,22±1,01
	3-5 Yıl ^b	74	2,24±0,93	2,01±1,04	2,29±0,94	2,28±1,01
	6-10 Yıl ^c	112	2,74±0,74	1,53±0,79	1,94±0,77	1,67±0,86
	11 Yıl ve üstü ^d	135	2,59±0,77	1,73±0,87	2,14±0,89	1,96±1,02
	Test İstatistiği		F=5,918	F=8,662	F=3,572	F=8,105
	p		p=0,001*	p=0,000**	p=0,014*	p=0,000**
			A=b<c,b<d	A=c<a,d<a,c<b	A=c<a,c<b	A=c<a,c<b
Çalışma Saatleri	Sürekli Gündüz	102	2,61±0,77	1,84±0,88	2,23±0,89	2,16±1,07
	Gündüz ve gece	244	2,55±0,81	1,78±0,95	2,13±0,84	1,92±0,95
	24 saatlik vardiya	67	2,38±0,99	1,87±0,92	2,07±0,85	2,01±1,05
	Test İstatistiği		F=1,542	F=0,249	F=0,855	F=1,989
	p		p=0,215	p=0,780	p=0,426	p=0,138
Çalışılan Birim	Dahili birimler	247	2,55±0,82	1,77±0,92	2,14±0,84	1,93±0,97
	Cerrahi birimler	166	2,52±0,86	1,87±0,94	2,16±0,88	2,09±1,03
	Test İstatistiği		t=0,336	t=-1,088	t=-0,249	t=-1,609
	p		p=0,737	p=0,277	p=0,803	p=0,109
Meslekle ilgili bir bilimsel yayın takip etme	Evet	164	2,47±0,83	1,98±,97	2,27±,83	2,17±,96
	Hayır	249	2,58±,84	1,70±,89	2,06±,87	1,88±1,01
	Test İstatistiği		t=-1,395	t=2,973	t=2,449	t=3,032
	p		p=0,164	p=0,003*	p=0,015*	p=0,003*
Meslekle ilgili bir mesleki örgüte üye olma	Evet	123	2,41±,75	1,89±0,96	2,20±0,85	2,09±1,00
	Hayır	290	2,59±,87	1,78±0,91	2,12±0,86	1,96±0,99
	Test İstatistiği		t=-2,121	t=1,032	t=0,902	t=1,247
	p		p=0,035*	p=0,303	p=0,368	p=0,214

t: Bağımsız gruplarda t testi, $\bar{x}\pm Ss$: Ortalama±Standart Sapma, F: One Way ANOVA, p<0,05

Toplam atalet ve alt boyutları ile karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri ve karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedenleri ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 5).

Tablo 5. Atalet ve Karşılanamayan Bakım Ölçekleri arasındaki ilişki (n=413)

	ÖA	DA	A	KHBG	İGK	MK	İ/EÇ	KHBHN
Öğrenme Ataleti (ÖA)	1							
Deneyim Ataleti (DA)	0,128**	1						
Atalet (A)	0,516**	0,861**	1					
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Gereksinimleri (KHBG)	-0,052	0,058	0,019	1				
İşgücü (İGK)	0,71	-0,019	0,036	-0,302**	1			
Malzeme Kaynakları (MK)	0,003	0,30	0,050	-0,206**	0,651**	1		
İletişim/Ekip Çalışması (İ/EÇ)	0,021	0,087	0,083	-0,113**	0,640**	0,771**	1	
Karşılanamayan Hemşirelik Bakım Hizmetlerinin Nedenleri (KHBHN)	0,033	0,053	0,071	-0,201**	0,815**	0,874**	0,954**	1

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

Tartışma

Hemşirelerin motivasyonunu, etkinliğini, verimliliğini etkileyen atalet durumunun ve hemşirelik bakımının tam olarak karşılanamamasının hasta güvenliğini riske atması başta olmak üzere önemli sonuçları olduğundan^{18,19}, bu düzeylerin bilinmesi önemlidir.

Araştırmanın sonucunda hemşirelerin ataletlerinin orta düzeyde olduğu, daha çok deneyim ataleti içinde oldukları bulundu. Benzer sonuçlar hemşirelerde atalet davranışları ve hasta güvenliği arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada ayrıca Liao ve arkadaşları tarafından yapılan orijinal ölçek geliştirme çalışmasında da bildirilmiştir¹⁻¹⁴. Bu çalışmada deneyim ataleti düzeylerinin daha yüksek olması hemşirelerin karşılaştıkları sorunların çözümünde, yeni çözüm yolları öğrenmekten çok, farklı sorunları çözmek için aynı deneyimlerinden yararlandıklarını göstermekte olup, bu durumun yeni gelişmelerin hasta bakımı uygulamalarına yansıtılmasının önünde bir engel oluşturacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada erkek hemşirelerin atalet düzeyi kadınlardan daha yüksek bulundu. Roodt ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların atalet düzeyi bu çalışmadan farklı olarak erkeklerden yüksek bulunmuştur²⁰. Bu çalışmada kadın hemşirelerin atalet düzeylerinin erkeklerden daha düşük bulunmasının nedeninin kadınların mesleki rollerinin dışında sahip oldukları çeşitli roller gereği, öğrenme gereksinimlerinin daha fazla olması ve öğrendikleri yeni bilgilerini kullanmaları konusunda daha istekli olmaları olduğu düşünülebilir. Bu çalışmada orta süre iş deneyimi olan hemşirelerin atalet puanı, kısa süre iş deneyimi olan hemşirelerden

daha yüksek bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada mesleki deneyim ile atalet düzeyi arasında anlamlı farklılık olduğu bildirilmektedir³. Bu çalışmada nispeten deneyimli hemşirelerin atalet düzeylerinin yüksek bulunması, deneyimli hemşirelerin, deneyimlerine çok güvendikleri, değişime açık olmadıkları ve yeni problemlerin çözümünde eski deneyimlerinden yararlanmayı tercih ettikleri şeklinde yorumlanmıştır. Bu araştırmada mesleki bilimsel yayın takip etmeyen hemşirelerin öğrenme ataleti düzeyi, yayın takip edenlerden daha yüksek bulundu. Bir mesleğin sahip olması gereken en önemli özelliklerinden birisi kullandığı bilgi birikimini sürekli olarak genişletmesi, yeni eğitim teknikleri geliştirmesi ve uygulamalarında bilimsel bilgiyi kullanarak hizmet vermesidir²¹. Bu doğrultuda hemşirelerden meslekleriyle ilgili bilimsel gelişmeleri izlemeleri, bu gelişmeler doğrultusunda kanıt temelli geliştirilen yeni teknikleri hastalarına bakımda kullanmaları beklenmektedir. Ancak çeşitli nedenlerle hemşirelerin düşünce ve davranışlarındaki yaratıcılık ve yenilikçilik kapasitesinin azalması ve bu durumun öğrenme üzerine olumsuz etkileriyle beraber öğrenilenlerin etkili ve verimli kullanılması engellenebilmektedir.

Karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri düzeyi bu araştırmada ortalamanın üzerinde bulundu. ABD, Lübnan ve Türkiye’de yapılan farklı çalışmalarda bu bulgudan farklı olarak daha düşük düzeyde karşılanamayan bakım bildirilmiştir²²⁻²⁴. Toplumun hemşirelerin bakım rolünü nasıl algıladığı, karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimi miktarının ülkelere göre değişiklik göstermesinin önemli bir nedenidir²⁵. Türkiye’de hastaneye yatışlarda hastanın yakını veya ücretli bakıcılar hastaya refakat etmekte, hastanın bazı temel bakım uygulamalarında hastaya ve hemşireye yardımcı olmakta, hasta ile hemşire arasındaki iletişimde önemli rol oynamaktadır²²⁻²⁴. Buna bağlı olarak Türkiye, Lübnan gibi geleneksel kültürün baskın olduğu ülkelerde, karşılanamayan bakım gereksinimi miktarı ABD ve Avrupa ülkeleri gibi geleneksel kültürün baskın olmadığı ülkelere göre daha düşüktür²⁶. Buna karşın bu çalışmada karşılanamayan bakım gereksinimleri miktarı Türkiye ortalaması dahil hem geleneksel kültürün baskın olduğu hem de olmadığı ülkelere göre daha yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan en yüksek yaş grubu en fazla karşılanamayan bakım gereksinimi bildirmiştir. Literatürde yaş değişkeninin karşılanamayan bakım gereksinimlerinde önemli bir değişken olduğu belirtilmekte ve bu araştırmanın bulgusundan farklı olarak genç hemşirelerin daha fazla karşılanamayan hemşirelik bakımı bildirdikleri görülmektedir¹¹⁻²⁶. Yaşın ilerlemesiyle, mesleki yeniliklerin takip edilmesi, yeni gelişmelere uyum sağlanması güçleşmektedir. Ayrıca yaşla beraber gelişen mesleki yorgunluk ve tükenmişlik gibi performansını etkileyen durumlar hasta bakımı uygulamalarında aksamalara neden olabilmektedir. Bu araştırmada eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin karşılanamayan bakım gereksinimleri düzeyi yüksek bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde hastanelere ait çalışan sayısı/niteliği, hasta/hemşire oranı, miktatsız özelliklere sahip olma, büyüklük, akredite olma durumu, hasta/komplike hasta sayısı gibi faktörlerin karşılanamayan hemşirelik bakım düzeyi üzerinde etkili olduğu

belirtilmektedir^{11,27,28}. Bu araştırmada eğitim araştırma hastanesinde çalışanların karşılanamayan bakım gereksinimleri düzeyinin en yüksek bulunması, sözü edilen hastanenin belirtilen bu özelliklere sahip olması nedeniyle olabilir. Bu araştırmada mesleki deneyimleri nispeten az olan hemşireler en düşük düzeyde karşılanmayan bakım gereksinimi bildirmiştir. Mesleki deneyimin karşılanamayan bakım düzeyi ile ilişkisinin araştırıldığı çalışmaların bazılarında en az deneyime sahip olanların en fazla karşılanamayan bakım bildirdikleri^{29,30}, bazılarında ise deneyim arttıkça karşılanamayan bakım düzeyinin de arttığı gsterilmiřtir³¹. Bu araştırmada daha az deneyimli hemşirelerin bildirdikleri karşılanamayan bakım gereksinimi düzeyinin en düşük olmasının nedeni ilk çalışma yıllarında hemşirelerin mezuniyetlerinin yakın tarihte olması nedeniyle mesleki bilgilerinin daha yeni olması, hata yapmaktan çekindikleri için daha dikkatli çalışmaları şeklinde açıklanmıştır. Bu çalışmada mesleki bir örgüte ye olan hemşirelerde karşılanamayan bakım gereksinimleri miktarının daha düşük olduğu bulundu. İlgili literatürde hemşirelik örgütlerinin hemşirelik uygulamalarında rehberlik edecek bir takım kaynakların oluşturulması ve dolayısıyla hemşirelik bakım kalitesinin arttırılmasında da önemli rolleri olduğu vurgulanmaktadır³². Bu durumun bu çalışmada mesleki bir örgüte ye olan hemşirelerde karşılanamayan bakım gereksinimleri miktarının daha düşük olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada en genç grup iletişim ve ekip çalışması ile ilgili nedenleri karşılanamayan bakımın en önemli nedeni olduğunu bu belirtmişlerdir. Campbell ve arkadaşlarının çalışmasında ise bu bulgudan farklı iletişim ile ilgili nedenler daha çok orta yaştaki hemşireler tarafından bildirilmiřtir³³. Bu araştırmada en genç hemşirelerin en fazla iletişim ve ekip çalışmasıyla ilgili nedenleri bildirmesi bu hemşirelerin yaşlarından dolayı genel anlamıyla iletişim konusunda farklı bakış açıları ve davranış şekillerinin olması, hasta ve ekip yeleri ile bu farklılıklardan dolayı iletişimde güçlükler yaşıyor olabileceğine bağlanmıştır. Bu araştırmada yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitimi olan hemşirelerin karşılanamayan hemşirelik bakım hizmetleri nedeni olarak üç grup nedeni de birbirine yakın düzeyde en önemli neden olarak belirtmişlerdir. Bu durum hemşirelerin eğitim seviyesi yükseldikçe, mesleki bilgi birikimlerinin ve mesleki farkındalıklarının artması ile ilişkili olabilir. Eğitim seviyesi arttıkça hemşireler, olaylarla ilgili daha objektif neden sonuç ilişkisi kurulabilmekte, karşılanamayan bakım nedenlerini daha somut ortaya koyarak ifade edilebilmektedir. Bu araştırmada özel hastanede çalışan hemşireler  grupla ilgili nedenleri birbirine yakın düzeyde en önemli neden olarak bildirmişlerdir. Çalışılan hastaneye ait özelliklerin karşılanamayan bakımın nedenleri ve nedenlerin önem sırası üzerinde etkili olduğunu yapılan çeşitli çalışmalarda gsterilmiştir^{22,34}. Özel hastanelerde çalışanların karşılanamayan bakım nedenlerini yüksek düzeyde bildirmesinin nedeni bu hastanelerin kurumsallaşmalarının yetersiz olması, çalışan hemşire sayısının ve niteliğinin diğer gruplardaki hastanelere göre daha düşük olması, özel hastanelerde personel devir hızının daha yüksek olması ve bunun doğurduğu hizmetin sürekli liğinin aksaması ve iletişimde yaşanan zorluklar olabilir. Ayrıca zel hastaneler kar amaçlı kuruluşlar olduğu için iş gücü kaynaklarının ve malzeme

kaynaklarının sınırlı kullanılması nedeniyle karşılanamayan bakımda alt boyuttaki bütün nedenlerin etkisi söz konusu olabilmektedir. Bu araştırmada en az çalışma deneyimi olan hemşireler en fazla iletişim/ekip çalışmasına ilişkin nedenleri bildirmişlerdir. Kalisch çalışmasında mesleki deneyimin karşılanamayan bakım nedenleri üzerine etkili olduğunu ve daha az deneyime sahip hemşirelerin daha fazla neden bildirdiklerini göstermiştir³⁵. Bu çalışmada bulunan sonucun nedeni deneyimi az hemşirelerin, yaşları nedeniyle yaşadıkları iletişim sorunlarının yanında hemşirelik bakım süreci çerçevesinde karşılanamayan bakım nedenlerinin önceliklerini belirlemede, sorun analizi yaparak ana nedeni ortaya çıkarma konusunda yetersizlik yaşamalarının olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Bu araştırmada mesleki bilimsel yayın takip eden hemşireler daha çok iletişim ve ekip çalışması ile ilgili nedenleri önemli bir neden olarak bildirmişlerdir. Hemşirelerin güncel gelişmeleri takip etmeleri yeni bakım uygulamaları hakkında bilgi sahibi olmalarını ve bu bilgiler ışığında kanıta dayalı uygulamaları hasta bakımına yansıtılmalarını sağlamaktadır. Bilgi birikiminin artması farkındalığı arttırarak, neden sonuç ilişkisinin daha sağlıklı kurulmasını ve böylece karşılanamayan bakım nedenlerinin daha somut olarak ortaya koyulmasını sağlayabilmektedir.

Bu araştırmada atalet ile karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen bakımın karşılanmamasının en önemli nedenleri arasında iletişim ve ekip çalışmasıyla ilgili nedenlerin ilk sırada yer alması dikkat çekicidir. Ataletin bireyin iletişim yeteneğini ve örgütsel eşgüdümü olumsuz etkilediği⁴ dikkate alındığında, bu çalışmada hemşirelerde saptanan orta düzeyde atalet durumunun, ortamın üzerinde saptanan karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin nedenleri üzerinde rol oynadığı söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın sonunda hemşirelerde orta düzeyde atalet, orta düzeyin üzerinde karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimleri bulundu. Atalet ve karşılanamayan hemşirelik bakımı arasında bir istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki bulunamamasına karşın iletişim/ekip çalışmasına ilişkin nedenlerin karşılanamayan hemşirelik bakımının en fazla bildirilen nedeni olması dikkat çekicidir. Bunun yanında hemşirelik bakım gereksinimlerinin karşılanmaması nedenleri arasında malzeme kaynaklarına, iş gücü kaynaklarına ilişkin nedenler de önemli nedenler olarak bildirildi.

Atalet nispeten deneyimli hemşirelerde ve deneyim ataleti erkek hemşirelerde daha yüksek bulundu. Karşılanamayan hemşirelik bakım düzeyinin en yüksek ileri yaşta, orta deneyime sahip olanlarda, iş yükünün en fazla olduğu hastanede ve mesleki bir örgüte üye olmayan hemşirelerde daha yüksek olduğu belirlendi.

Yönetici hemşireler ataleti görünür kılmak, nedenlerini ortaya koymak, hazırlayıcı sebeplerini engellemek adına aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, rol belirsizliğinin ve kariyer basamaklarında toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin önlenmesinde gerekli tedbirleri almalıdırlar. Ataletin önlenmesi için sürekli öğrenmenin sağlanması, hemşirelikte girişimciliğin desteklenmesi, mesleki bilimsel

yayınların izlenmesi için gerekli desteğin verilmesi, bilimsel araştırmaların yaygınlaştırılması ve araştırmalar sonucunda bulunan kanıta dayalı uygulamaların hemşirelik hizmetlerine ve hasta bakımına yansıtılması önerilebilir. Hemşirelerin bireysel iletişim ve sağlık ekibi içindeki iletişim ile ilgili yaşadıkları sorunların tespit edilmesi ve bunlara yönelik çözüm yollarının geliştirilmesi hem atalet hem de karşılanamayan hemşirelik bakım gereksinimlerinin düzeyinin düşürülmesi ve önlenmesi açısından önemlidir. Bu konuya yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması önerilebilir.

Kabul edilebilir düzeyde hasta/hemşire oranları sağlanması, kurumun ve hastaların özelliklerine uygun hemşirelik bakım sunum yönteminin belirlenmesi, hasta bakımında araç gereç sıkıntısı yaşanmaması ve var olan araç gereçlerden adil yararlanma olanağının sağlanması, hemşirelerin yeni cihazların ve aletlerin kullanılması konusunda gerekli eğitimleri almaları ve bakım için yeni araç, alet ve yöntemleri geliştirmeleri karşılanamayan bakımın önlenmesi açısından önerilebilir.

Ayrıca hemşireliğin bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunacağından bu konudaki çalışmaların sayısının artması, nicel, nitel ve karma araştırma yöntemleriyle, daha fazla sayı ve çeşitlilikte örneklem gruplarıyla yapılması önerilebilir.

Etik onay: Araştırma için etik kurul onayı, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 09/01/2020-17 tarih ve numarası ile alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı kurumlardan araştırma uygulama izinleri 16/03/2020, 21/02/2020-23675, 08/06/2020-522 tarih ve numaraları ile alınmıştır. Araştırmada kullanılan ölçekleri Türkçe'ye uyarlayan kişilerden ölçek kullanım izinleri, araştırmaya katılan hemşirelerden yazılı onamları alınmıştır.

Teşekkür: Yazarlar bu araştırmaya zaman ayırıp gönüllü katılan bütün hemşirelere teşekkür ederler.

Destekleyen Kuruluşlar: Araştırmayı destekleyen herhangi bir kuruluş yoktur.

KAYNAKLAR

1. Liao S, Fei WC, Liu CT. Relationships between knowledge inertia, organizational learning and organization innovation. *Technovation*. 2008;28(4):183–195.
2. Pellatt R, Purdy E, Keijzers GA. Primer for clinical researchers in the emergency department: part XI. Inertia before investigation: pre- test probability in emergency medicine. *Emergency Medicine Australasia*. 2020;32(3):377-382. doi:10.1111/1742-6723.13517
3. Artero-López C, Márquez-Hernández VV, Estevez-Morales MT, Granados-Gámez G. Inertia in nursing care of hospitalised patients with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(7-8):1488-1496.

4. Le Mens G, Hannan MT, Pólos L. Age-related structural inertia: a distance-based approach. *Organization Science*. 2015;26(3):756-773.
5. Sillic M. Critical impact of organizational and individual inertia in explaining non-compliant security behavior in the Shadow IT context. *Computers & Security*. 2019;80:108-119.
6. Çankaya İH. İlköğretim okul yöneticilerinin vicdan odaklı yaklaşım düzeyleri ile atalet algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2010;11(2):65-74.
7. Lukewich JA, Tranmer JE, Kirkland MC, Walsh AJ. Exploring the utility of the nursing role effectiveness model in evaluating nursing contributions in primary health care: a scoping review. *Nursing Open*. 2019;6(3):685-697. doi:10.1002/nop2.281.
8. Rondinelli JL, Omery AK, Crawford CL, Johnson JA. Self-reported activities and outcomes of ambulatory care staff registered nurses: an exploration. *The Permanente Journal*. 2014;18(1): e108 doi:10.7812/TPP/13-135.
9. Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2009;39(5):211-219. doi:10.1097/NNA.ob013e3181a23cf5.
10. Phelan A, Kirwan M. Contextualising missed care in two healthcare inquiries using a socio-ecological systems approach. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(17-18):3527-3540. doi:10.1111/jocn.15391.
11. Phelan A, McCarthy S, Adams E. Examining missed care in community nursing: a cross section survey design. *Journal of Advanced Nursing*. 2018;74(3):626-636. doi:10.1111/jan.13466.
12. Kalisch BJ, Landstrom G, Williams RA. Missed nursing care: Errors of omission. *Nursing Outlook*. 2009;57(1):3-9. doi:10.1016/j.outlook.2008.05.007.
13. Chaboyer W, Harbeck E, Lee BO, Grealish L. Missed nursing care: an overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*. 2021;37(2):82-91. doi:10.1002/kjm2.12308.
14. Kaya ŞD, Yücel A, Özen MY. Hemşirelerde adalet davranışları ve hasta güvenliği. *Nobel Medicus Journal*. 2018;14(2):40-48.
15. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S. The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economics*. 2012;30(1):29-37.
16. Kalisch BJ, Tschannen D, Lee H, Friese CR. Hospital variation in missed nursing care. *American Journal of Medical Quality*. 2011;26(4):291-299. doi:10.1177/1062860610395929.

17. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statics* 6th ed. Boston: Pearson; 2013.
18. Cho SH, Lee JY, You SJ, Song KJ, Hong KJ. Nurse staffing, nurses prioritization, missed care, quality of nursing care, and nurse outcomes. *International Journal of Nursing Practice*. 2020;26(1):e12803. doi:10.1111/ijn.12803.
19. Kaya ŞD, Yücel A. The Role of Teamwork in Patient Safety at Healthcare Institutions. In A.A. Çamlı B, Ak R, Arabacı R, Efe (Eds.) *Recent Advances in Health Sciences*. Sofya: St. Kliment Ohridski University Press. 2016.
20. Roodt G, Kinnear C, Erwee R. Organisational inertia: contrasting results in Australia and South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology*. 2003;29(2):1-5.
21. Huang FF, Zhang N, Han XY, et al. Improve nursing in evidence-based practice: how Chinese nurses' read and comprehend scientific literature. *International Journal of Nursing Sciences*. 2017;4(3):296-302. doi:10.1016/j.ijnss.2017.05.003.
22. Kalisch BJ, Lee KH. Missed nursing care: magnet versus non-magnet hospitals. *Nursing Outlook*. 2012;60(5):e32-e39. doi:10.1016/j.outlook.2012.04.006.
23. Kalisch BJ, Doumit M, Lee KH, El Zein J. Missed nursing care, level of staffing, and job satisfaction: Lebanon versus the United States. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2013;43(5):274-279.
24. Sönmez B, İspir Ö, Türkmen B, Duygulu S, Yıldırım A. The reliability and validity of the Turkish version of the MISSCARE Survey- Patient. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8):2072-2080. doi:10.1111/jonm.12865.
25. Blackman I, Papastavrou E, Palese A, Vryonides S, Henderson J, Dip G. Pred variations to missed nursing care: A three-nation comparison. *Journal of Nursing Management*. 2018;26(1):33-41. doi:10.1111/jonm.12514.
26. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Tryggvadóttir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(11-12):1524-1534. doi:10.1111/jocn.13449.
27. Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018;78:10-15. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004.
28. Nantsupawat A, Poghosyan L, Wichaikhum OA, et al. Nurse staffing, missed care, quality of care and adverse events: a cross- sectional study. *Journal of Nursing Management*. 2022;30(2):447-454. doi:10.1111/jonm.13501.
29. Eskin Bacaksiz F, Alan H, Taskiran Eskici G, Gumus E. A cross-sectional study of the determinants of missed nursing care in the private sector: Hospital/unit/staff

- characteristics, professional quality of life and work alienation. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8):1975-1985. doi:10.1111/jonm.12999.
30. Kalisch BJ, Lee KH. The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing Outlook*. 2010;58(5):233-241. doi:10.1016/j.outlook.2010.06.004.
 31. Chapman R, Rahman A, Courtney M, Chalmers C. Impact of teamwork on missed care in four Australian hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(1-2):170-181. doi:10.1111/jocn.13433.
 32. Morin KH. Contributions of professional nursing organizations. *Journal of Advanced Nursing*. 2021;77(6):e1-e3. doi:/10.1111/jan.1480.
 33. Campbell CM, Prapanjaroensin A, Anusiewicz CV, Baernholdt M. Variables associated with missed nursing care in Alabama: a cross- section alanalysis. *Journal of Nursing Management*. 2020;28(8):2174-2184. doi:10.1111/jonm.12979.
 34. Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: a qualitative study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2018;5(3):327-36. doi:10.4103/apjon.apjon_6_18.
 35. Kalisch B. Errors of omission: how missed nursing care imperils patients. *Journal of Nursing Regulation*. 2016;7(3):64. doi:10.1016/S2155-8256(16)32323-7.