



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ESASLARI VE YÖNETİM ANABİLİM DALI

**ONKOLOJİ HASTALARININ
KARŞILANMAMIŞ HEMŞİRELİK BAKIMI VE
ŞEFKATLİ BAKIM ALGILARI ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Burcu UZUN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Aysel ÖZSABAN

TRABZON-2025

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.

09/10/2025
Burcu UZUN

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, hayatın kıymetini yüreklerinde taşıyan, cesaretleriyle ilham veren tüm onkoloji hastalarına ve her zaman yanımda olan, sevgileriyle bana güç veren sevgili aileme ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez sürecimin her aşamasında sabır, anlayış ve özveriyle bana yol gösteren, engin bilgi birikimi ve değerli yönlendirmeleriyle çalışmamın tamamlanmasını sağlayan, eleştirel düşünmemi teşvik ederek akademik ufkumu genişleten hem akademik hem de kişisel gelişimime önemli katkılarda bulunan, öğrencisi olmaktan gurur ve onur duyduğum çok kıymetli saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Aysel ÖZSABAN'a,

Yüksek lisans eğitimim boyunca, sahip oldukları bilgi birikimi ve tecrübeleriyle akademik gelişimime büyük katkılar sağlayan ve beni daha donanımlı bir birey haline getiren kıymetli saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK'e ve Doç. Dr. Şule BIYIK BAYRAM'a,

Tez savunma sınavımda yol gösterici geri bildirimlerini benimle paylaşan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Nuray TURAN'a,

Bu süreçte bana destek olan ve katkı sağlayan tüm arkadaşlarıma ve meslektaşlarıma,

Hayatımın her anında yanımda olarak sevgileriyle bana güç katan, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan, bugünlere gelmemi sağlayan canım aileme,

Tüm içtenliğimle sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

Burcu UZUN

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

vii

ŞEKİLLER DİZİNİ

viii

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

ix

ÖZET

x

ABSTRACT

xi

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Kanser Kavramı

4

2.1.1. Kanserin Epidemiyolojisi

4

2.1.2. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

5

2.1.3. Kanserin Tedavi Yöntemleri

5

2.1.3.1. Kemoterapi

5

2.1.3.2. Radyoterapi

6

2.1.3.3. Cerrahi Tedavi

6

2.1.3.4. İmmünoterapi

6

2.1.4. Kanserin Birey Üzerindeki Etkileri

6

2.2. Bakım Kavramı

7

2.2.1. Onkoloji Hastalarında Hemşirelik Bakımı

8

2.2.2. Onkoloji Hastalarının Bakım Gereksinimleri

9

2.3. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı Kavramı

10

2.3.1. Karşılanmamış Hemşirelik Bakım Modeli

11

2.3.2. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımının İzlenmesi

12

2.3.3. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımının Nedenleri

14

2.3.4 Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı Hasta Sonuçları

15

2.3.5 Onkoloji Hastalarında Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı	16
2.4. Şefkat Kavramı	17
2.4.1. Şefkatli Bakım Kavramı	18
2.4.2. Onkoloji Hastalarında Şefkatli Bakım	18
2.5. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı ve Şefkatli Bakım Arasındaki İlişki	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi	20
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	20
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı	21
3.5. Veri Toplama Araçları	21
3.6. Veri Toplama Süreci	23
3.7. Araştırmanın Planı	23
3.8. Verilerin Analizi	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
7. KAYNAKLAR	50
EKLER	64
EK 1. Etik Kurul İzni	65
EK 2. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Farabi Hastanesi Kurum İzni	68
EK 3. MISSCARE Hasta Anketi İzni	69
EK 4. 5-Maddelik Şefkat Ölçeği İzni	70
EK 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu	71
EK 6. Hasta Bilgi Formu	72
EK 7. MISSCARE (Karşılanamayan Bakım) Anketi- Hasta	73
Ek 8. 5-Maddelik Şefkat Ölçeği	76
ÖZGEÇMİŞ	77

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Araştırmanın planı	23
Tablo 2. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulguların dağılımı	25
Tablo 3. Hastaların karşılanmamış bakım puanlarının dağılımı	26
Tablo 4. Hastaların karşılanmamış bakım gereksinimlerinin puan dağılımı	27
Tablo 5. Hastaların istenmeyen olay görülme durumuna ilişkin bulguların dağılımı	29
Tablo 6. Hastaların şefkatli bakım algısına ilişkin puanlarının dağılımı	30
Tablo 7. İstenmeyen olay görülme durumu ile MISSCARE Hasta Anketi puanlarının karşılaştırılması	30
Tablo 8. Hastaların karşılanmamış bakımı ve şefkatli bakım algısı arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular	31
Tablo 9. Hastaların karşılanmamış bakım gereksinimlerinin şefkatli bakım algıları üzerine etkisi	32
Tablo 10. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile MISSCARE Hasta Anketi puanlarının karşılaştırılması	33
Tablo 11. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanlarının karşılaştırılması	35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No		Sayfa
Şekil 1.	Karşılanmamış Hemşirelik Bakım Modeli	12
Şekil 2.	Hastalar tarafından bildirilen karşılanmamış bakım gereksinimleri	28



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

BERNCA	Basel Extent of Rationing Nursing Care
DNA	Deoksiriboz Nükleik Asit
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GLOBOCAN	Küresel Kanser Gözlem Verisi
IARC	Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı
MINCS	Missed Intensive Nursing Care Scale
TDK	Türk Dil Kurumu

Simgeler

%	Yüzde
n	Örneklem Büyüklüğü
r	Korelasyon Katsayısı
R²	Determinasyon Katsayısı
SS	Standart Sapma

ÖZET

Onkoloji Hastalarının Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı ve Şefkatli Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu araştırma onkoloji hastalarının karşılanmamış hemşirelik bakımı ve şefkatli bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi’nde onkoloji biriminde yatmakta olan hastalar; örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 290 hasta oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında “Hasta Bilgi Formu”, “MISSCARE Hasta Anketi” ve “5 Maddelik Şefkat Ölçeği”nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Araştırma verileri, kurum izinleri ve etik kurul onayı alındıktan sonra dahil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, Temmuz 2024-Haziran 2025 tarihleri arasında, toplanmıştır. Verilerin analizinde Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, Mann Whitney U testi, Bağımsız İki Örnek T testi, Kruskal Wallis H testi, tek yönlü varyans analizi, Spearman’s Rho korelasyonu, Robust regresyon analizi, ortalama, standart sapma, ortanca, frekans ve yüzde kullanılmıştır. Hastaların karşılanmamış bakım algısı puan ortalamasının 2.11 ± 0.52 ve şefkatli bakım algısı puan ortalamasının 3.41 ± 0.74 olduğu belirlenmiştir. Karşılanmamış hemşirelik bakımı ile algılanan şefkat arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönde, orta şiddette ilişki olduğu ($r = -0.592$; $p < 0.001$) ve karşılanmamış hemşirelik bakımının algılanan şefkati anlamlı derecede etkilediği saptanmıştır ($p < 0.001$; R^2 , %39.57). Sonuç olarak, hastalarda karşılanmamış hemşirelik bakımı düzeyi arttıkça algılanan şefkat düzeyinin azaldığı belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Hasta sonuçları, Hemşirelik, Karşılanmamış hemşirelik bakımı, Onkoloji, Şefkat

ABSTRACT

Examination of the Relationship Between Missed Nursing Care and Compassionate Care Perceptions of Oncology Patients

This study was conducted in a descriptive and correlational design in order to examine the relationship between oncology patients' perceptions of missed nursing care and compassionate care. The population of the study was the patients hospitalized in the oncology unit of Karadeniz Technical University Health Application and Research Center Farabi Hospital; The sample consisted of 290 patients who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. "Patient Information Form", "MISSCARE Survey - Patient" and Turkish version of "5-Item Compassion Scale" were used to collect data. The research data were collected between July 2024 and June 2025 from patients who met the inclusion criteria and agreed to participate in the study after obtaining institutional permissions and ethics committee approval. Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests, Mann Whitney U test, Independent Two-Sample T test, Kruskal Wallis H test, one-way analysis of variance, Spearman's Rho correlation, Robust regression analysis, mean, standard deviation, median frequency and percentage were used in the analysis of the data. It was determined that the mean score of the missed nursing care perception was 2.11 ± 0.52 and the mean score of the compassion perception was 3.41 ± 0.74 . It was found that there was a statistically significant, negative, moderate relationship between missed nursing care and perceived compassion ($r = -0.592$; $p < 0.001$) and that missed nursing care significantly affected perceived compassion ($p < 0.001$; R^2 ; %39.57). As a result, it was determined that the level of perceived compassion decreased as the level of missed nursing care increased in patients.

Keywords: Compassion, Missed nursing care, Nursing, Oncology, Patient outcomes

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hastaya verilmesi gereken bakımın kısmen veya tamamen ihmal edilmesi ya da geç yerine getirilmesi olarak tanımlanan hemşirelik bakım sorunu ilk defa 2006 yılında “karşılanmamış hemşirelik bakımı” kavramı ile ifade edilmiştir (1, 2). Literatürde bu kavramın “missed nursing care”, “rationing care”, “care left undone”, unfinished nursing care”, “unmet nursing care needs”, “task incomplection”, “omitted nursing care” (göz ardı edilen / karşılanmamış / atlanmış / ihmal edilmiş / tamamlanmamış hemşirelik bakımı) gibi tanımları bulunmaktadır (3, 4). Türkiye’de de farklı tanımlamalar olmakla birlikte bu tanımlamalar aynı anlama gelmekte, hastalara gerekli bakımın verilmediği bundan dolayı da bu sürecin hasta açısından olumsuz sonuçlar ortaya çıkardığı durum olarak tanımlanmaktadır (5, 6). Literatürde farklı nedenlerden dolayı yapılan tanımlamalar mevcut olsa da ortak bir tanımın kullanılması hem çözülecek sorunun hem de ortak bir tanımın kabul görüp anlaşılması açısından önemli bir yere sahiptir. Ortak bir tanım bulmak için yapılan Türkçe kavram çalışmasında en doğru terimin “karşılanmamış hemşirelik bakımı” olduğu sonucuna varılmıştır (6). Karşılanmamış bakım fenomeni hemşireler, yöneticiler, öğrenciler ve hastalar tarafından değerlendirilebilmektedir. Ancak bakım sürecinin öznesi olan hasta deneyimleri açısından ele alınması son derece önemlidir (7).

Karşılanmamış hemşirelik bakımının unsurlarını ve bu olumsuz sonuçların nedenlerini belirlemek için Kalisch ve arkadaşları tarafından Misscare Anketi-Hasta geliştirilmiştir (8). Türkiye’nin de aralarında bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde karşılanmamış bakıma ilişkin çalışmalara yönelik sistematik inceleme ve meta analiz çalışmasında raporladığına göre karşılanmamış bakım oranının %6.8 ile %98.1 arasında geniş bir aralıkta olduğu belirtilmiştir (9). Karşılanmamış hasta gereksinimlerini belirleyen çalışmada hemşirelerin sıklıkla hijyen, hastanın hastaneye giriş ve taburculuğunun belgelenmesi, hasta eğitimi, ambulasyon, hastayı döndürme ve beslenme gibi gereksinimleri karşılamadığı ortaya konmuştur. Ayrıca araştırma bulguları hastaya ilaç uygulamama ya da planlanan saatten erken veya geç uygulanması, el hijyenini göz ardı etmek gibi davranışları da ortaya çıkarmıştır. Karşılanmamış bu hasta bakım gereksinimleri ilaç hataları, basınç yaralanmaları ve hastaneden kaynaklanan enfeksiyonlar gibi olumsuz hasta sonuçlarına neden olabilmektedir (10). Türkiye’de yapılan bir araştırmada ise en sık bildirilen olumsuz sonuçlar damaryolundan cilde sızıntı olması olarak belirlenmiştir (7). Hastaya verilen hemşirelik bakımının hasta güvenliği üzerinde de önemli bir rolü vardır ve hemşirelerin

gerekli bakımı ihmal etmesi veya geciktirmesi hasta güvenliğini tehlikeye atmaktadır (11). Bununla birlikte hemşirelik bakımının kalitesinin azalması ve bakımın karşılanmaması hemşire, hasta ve sağlık kuruluşları üzerinde olumsuz sonuçlar ortaya çıkaran evrensel bir hemşirelik sorunu olarak ortaya çıkmaktadır (12).

Hemşirelik bakımı, insanı temel alır ve bu bakımın özünde şefkat vardır (13). Uluslararası Hemşireler Konseyi, şefkati tüm hemşirelerin benimsemesi gereken beş temel mesleki değerden biri olarak belirlemiştir (14). Şefkat hemşirelerin göstermesi gereken beş profesyonel değerden bir tanesidir ve başka insanlara yardım etmek için derin bir farkındalık oluşturan bir duygu olarak tanımlanmaktadır (15, 16). Hemşireler şefkatli bakım sağlarken olumlu yönleri algılamakta ve hemşirelerde iş tatmini ve hemşire-hasta ilişkisine katılımı artırmaktadır. Hemşirelerin şefkat duygusunu ifade etmemesi ise iş tatminsizliğine neden olmakta ve bu da bakımın kalitesini azaltmaktadır (17).

Onkoloji birimlerinde bakım ve tedavisi devam eden hastaların yatış sürelerinin uzun, fiziksel bakım gereksinimlerinin fazla ve psikolojik dayanıklılıklarını sürdürmede destek gereksinimlerinin olması nedenleriyle bireyselleştirilmiş ve bütüncül hemşirelik bakımına gereksinim duyulmaktadır. Onkoloji birimlerinde yatan hastaların hem fiziksel hem de psikososyal bakım gereksinimlerinin kapsamlı bir bakış açısı ile tanınması ve karşılanması beklenmektedir (18, 19). Bu bilgiler ışığında karşılanmamış bakımın azaltılması ve şefkatli bakım eylemlerinin hemşirelik uygulamalarını yönlendirmesi beklenmektedir.

İnsan ve bakımı temel alan ve özünde şefkat olan hemşirelik bakımın geciktirilmesi veya verilmemesi durumunda farklı sorunlara yol açacaktır (13). Bu konu ile ilgili çalışmaların yapılması ve sorunların belirlenmesi ise hasta, hemşire ve sağlık kurumlarını birçok yönden olumlu etkileyecektir. Konuya ilişkin literatür incelendiğinde hastaların karşılanmamış hemşirelik bakımı (7, 8, 20-31) ve şefkatli bakım (32-37) algılarını inceleyen çalışmalara ulaşılmıştır. Karşılanmamış bakım ile ilişkili bu çalışmalarda hastaların temel bakım gereksinimlerinin en sıklıkla karşılanmamış bakım gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (7, 8, 20-26). Hastaların şefkatli bakım algılarını inceleyen çalışmalar ise hastaların algıladığı şefkat düzeylerinin yüksek olduğunu göstermiştir (33-35). Bunun yanı sıra onkoloji hastalarının karşılanmamış bakım algısını değerlendiren (26-31) ve onkoloji hastalarının şefkatli bakım algısını inceleyen (36, 37) sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Onkoloji alanında bu konularda sınırlı sayıda çalışma olması ve hastaların karşılanmamış

bakım ve şefkatli bakım algılarını bir arada inceleyen herhangi bir çalışmaya ise rastlanmaması, bu iki konunun birlikte ele alınarak araştırma yapılmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Karşılanmamış bakım ve şefkatli bakım algısının onkoloji bağlamında birlikte değerlendirilmesi ile mevcut bilgi birikimine yeni bir bakış açısı kazandırması ve bakımın hasta merkezli, insani ve bütüncül yönünün güçlenmesine rehberlik etmesi beklenmektedir. Elde edilecek veriler onkoloji hastalarının alacağı bakımın kalitesinin, hasta memnuniyetinin artırılmasına ve hemşirelik bakımı ile sağlık kurumlarının gelişimine katkı sağlayacaktır. Ayrıca bu çalışma ile onkoloji hastalarının karşılanmamış hemşirelik bakımı ve şefkatli bakım algıları arasındaki ilişki incelenerek literatürdeki boşluğun doldurulması beklenmektedir. Bu bilgiler ışığında bu çalışmada, onkoloji hastalarının karşılanmamış hemşirelik bakımı ve şefkatli bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmış ve aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

Araştırma Sorusu 1. Onkoloji hastalarının karşılanmamış hemşirelik bakımı algıları ne düzeydedir?

Araştırma Sorusu 2. Onkoloji hastalarının şefkatli bakım algıları ne düzeydedir?

Araştırma Sorusu 3. Onkoloji hastalarının karşılanmamış hemşirelik bakımı ve şefkatli bakım algıları arasında ilişki var mıdır?

Araştırma Sorusu 4. Onkoloji hastalarının karşılanmamış hemşirelik bakımı algıları bireysel özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

Araştırma Sorusu 5. Onkoloji hastalarının şefkatli bakım algıları ile bireysel özelliklerine göre farklılık göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser Kavramı

Kanser, anormal hücrelerin kontrolsüz biçimde çoğalması ve bağışıklık sisteminin bu hücreleri doğru bir şekilde tanıyamamasıyla karakterize bir hastalıktır (38). Bu kontrolsüz çoğalma, genellikle tümör olarak adlandırılan anormal doku kitlelerinin oluşumuna yol açar. Normal hücrelerin tümör hücrelerine dönüşmesi, kanser öncesi lezyonlardan malign bir tümöre ilerleyen çok aşamalı bir süreçtir. Bu bağlamda, malign tümörler ve neoplazmalar da kanser için eş anlamlı olarak kullanılan terimlerdir (39). Bu tümör hücreleri, başlangıç noktasında kalabileceği gibi, başlangıç noktalarından uzak bölgelere yayılıp farklı doku ve organlara da yayılabilmektedir. Bu durum metastaz olarak tanımlanmakta ve hastalığın seyrini daha karmaşık hale getirmektedir. Ayrıca kanser kaynaklı ölümlerin çoğundan da metastaz gelişimi sorumludur (40). Onkoloji kavramı ise eski Yunanca'daki “onkos” ve “logos” kelimelerinden türeyen, tümör bilimi anlamına gelmektedir (41).

2.1.1. Kanserin Epidemiyolojisi

Kanser, tanı anından itibaren uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren, bireylerin psikolojik, sosyal, fiziksel ve manevi alanlarını etkileyen çok yönlü bir hastalık olup hem dünya genelinde hem de ülkemizde görülme sıklığı hızla artan küresel bir sağlık problemidir (42). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 yılına ait verilerine göre, ülkemizde toplam 240.013 yeni kanser vakası tespit edilmiş ve 129.672 kişi kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Ülkemizde en sık rastlanan üç kanser türü ise sırasıyla akciğer kanseri (%17,1), meme kanseri (%10,5) ve kolorektal kanser (%9,0) olarak kaydedilmiştir. Kanser türlerinin cinsiyete göre dağılımına bakıldığında ise kadınlarda en sık rastlanan kanser türünün meme kanseri (%23,5) olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla tiroid (%11,6) ve kolorektal (%9,3) kanser takip etmektedir. Erkeklerde ise en yaygın kanser türü akciğer kanseri (%24,9) olurken, ardından prostat (%13,0) ve kolorektal (%8,8) kanserler gelmektedir (43).

Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı (IARC) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yayımlanan GLOBOCAN 2022 raporuna göre ise dünya genelinde yaklaşık 19.976 milyon kişiye ilk kez kanser tanısı konulmuş ve yaklaşık bir yıl içinde 10 milyon kişi kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir. En sık görülen kanser türleri akciğer (2.5 milyon yeni vaka), meme (2.3 milyon), kolorektal (1.9 milyon), prostat (1.5 milyon) ve mide kanseri (970 bin) yer almıştır. Akciğer kanseri, hem erkeklerde hem de kadınlarda en fazla ölüme neden olan kanser türü olup 2022 yılında yaklaşık 1.8 milyon kişinin ölümüne yol açmıştır.

Onu sırasıyla kolorektal (900 bin), karaciğer (760 bin) ve mide kanseri (760 bin) türleri takip etmiştir (44, 45).

2.1.2. Kanser Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Kanserin ortaya çıkmasında genetik yatkınlık ve çevresel faktörler temel belirleyicilerdendir. Genetik yatkınlık da bireyin ailesel geçmişinde kansere neden olabilecek genetik mutasyonların bulunması, hastalığa yakalanma olasılığını artırmaktadır. Bununla birlikte, kalıtsal bir yatkınlık olmasa dahi, uzun süreli çevresel maruziyetler kanser gelişimini tetikleyebilmektedir. Bu nedenle hem genetik hem de çevresel unsurların birlikte değerlendirilmesi kanserin etiyolojisinin anlaşılmasında büyük önem taşımaktadır (46, 47).

Kanserin gelişiminde etkili olan çevresel risk faktörleri arasında; ultraviyole ışınlar ve çeşitli radyasyon türlerine maruz kalma, sigara ve alkol tüketimi, iyonlaştırıcı maddeler, obezite, hareketsiz yaşam tarzı, bazı virüs ve parazit enfeksiyonları, kimyasal maddeler yer almaktadır. (46, 48). Çevresel kanserojenlerin yol açtığı oksidatif stres, deoksiriboz nükleik asit (DNA) üzerinde hasar meydana getirebilir ve epigenetik değişikliklere sebep olabilir. Bu durum, mutasyonların oluşmasını ve hücrelerin anormal bir şekilde büyümesini tetikler (49).

2.1.3. Kanser Tedavi Yöntemleri

Kanser tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemler arasında kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavi yer almaktadır. Bu tedavi yöntemlerine destek olarak eş zamanlı ya da tek başına kullanılabilen hormon tedavisi ve biyolojik temelli uygulamalar da kullanılabilmektedir. Ancak kanser tedavisinde tek ve kesin bir tedavi yöntemi belirlemek mümkün değildir. Bunun sebebi kanserin kişisel bir hastalık olmasından kaynaklanmaktadır (50).

2.1.3.1. Kemoterapi

Kemoterapi, kanser hücrelerinin büyüüp çoğalmasını önlemek, hastalığın vücudun farklı bölgelerini yayılımını engellemek ve hastalığa bağlı semptomları hafifletmek amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir (51). Bu tedavi yönteminde, özellikle çoğalan hücreleri hedef alan doğal, sentetik kimyasallar, biyolojik ajanlar ve hormonlar kullanılarak tedavi uygulanmaktadır (52).

2.1.3.2. Radyoterapi

Radyoterapi, iyonizan ışınlar kullanılarak uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bu yöntemde, ışın üretme kapasitesine sahip cihazlar ya da doğal radyoaktif çekirdek içeren farklı sistemler aracılığıyla vücudun içinden veya dışından belirlenen hedef bölgeye ışın verilmesidir (53). Radyoterapide kullanılan iyonize radyasyon, DNA moleküllerinin bir ya da birden fazla bağın kırılmasına yol açarak hücrenin çoğalmasını ve bölünmesini engelleyerek doğrudan etki gösterir (54). Bu yöntem kanser tedavisinde uygulama amacına göre primer, kombine, adjuvan ve palyatif tedavi yöntemi şeklinde tek başına ya da cerrahi ve kemoterapi gibi diğer kanser tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılmaktadır (55).

2.1.3.3. Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavi, genellikle radyoterapi veya kemoterapiyle birlikte veya tek başına da sıklıkla tercih edilen bir tedavi yöntemidir. Bu tedavi yönetiminde kanserin gelişimini önlemek amacıyla profilaktik olarak kullanılmasının yanı sıra, tanı koymak için doku örneği alınması ve metastaz ya da yayılım göstermeyen durumlarda kanserli dokunun vücuttan çıkarılması işlemlerinde de yaygın şekilde uygulanmaktadır (50). Özellikle uzak metastaz bulunmaması ve lokal yayılım olmaması halinde hasta bireylere bu yöntemle başarılı bir cerrahi tedavi sağlanabilmektedir (56).

2.1.3.4. İmmünoterapi

Kanserde immünoterapinin temel amacı, tümör hücreleri tarafından çeşitli mekanizmalarla baskılanan immün sistemi yeniden etkinleştirerek immün sistemin tümör hücrelerini tanıyıp onları yok etmesini sağlamaktır. Bazı kanser tiplerinde tek başına etkili olabilen bu tedavi yöntemi, bazılarında ise kemoterapi, radyoterapi gibi diğer yöntemlerle birlikte uygulandığında tedavinin etkinliğinin arttığı belirtilmektedir (57).

2.1.4. Kanser Birey Üzerindeki Etkileri

Kanser, hastaların fiziksel sağlığı üzerinde gösterdiği sorunların yanı sıra bireylerin psikolojik durumu ve sosyal yaşamı üzerinde de derin etkiler yaratabilen kompleks bir hastalıktır (58). Kanser hastalığının hasta üzerindeki farklı etkileri, hastalığın gidişatını, bakım ve tedavi sürecine verilen yanıtı da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (59).

Onkoloji hastalarının yaşadığı fiziksel sorunlar genellikle hastalığın kendisine ve uygulanan tedavilere bağlıdır. Bu süreçte hastalar ağrı, yorgunluk, bulantı, kusma, iştahsızlık ve saç dökülmesi gibi pek çok istenmeyen durumu deneyimlemektedir. Ayrıca kaşeksi, tat değişiklikleri, mukozit ve nefes darlığı da sıklıkla gözlemlenen diğer fiziksel sorunlardandır

(58). Kanser tedavisi sürecinde ağrı ve yorgunluk, hastalarda sık karşılaşılan belirtilerdendir. Özellikle yorgunluk, bireyin günlük yaşamını sürdürmesini zorlaştırarak en fazla rahatsızlık veren semptomlardan biri olarak öne çıkmaktadır (60). Bulantı ve kusma da sıvı-elektrolit dengesizlikleri, kilo kaybı, susuzluk (dehidratasyon) ve yetersiz beslenme (malnütrisyon) gibi çeşitli fizyolojik sorunlara neden olabilmekte ve hastalarda aynı şekilde ciddi bir rahatsızlık hissine yol açarak, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini zorlaştırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (61). Ayrıca onkoloji hastalarının bağışıklık sistemi zayıfladığı için enfeksiyonlara karşı daha hassas hale gelmektedir (62).

Onkoloji hastalarında görülen psikososyal sorunlar genellikle depresyon, anksiyete, uyum güçlükleri, yaşam memnuniyetinde azalma ve düşük özgüven şeklinde kendini gösterebilir. Bu tür psikiyatrik durumlara bağlı olarak, nonspesifik distres ve kaygı, onkoloji hastalarında oldukça yaygın olarak gözlemlenmektedir (63). Hastalığın getirdiği yaşam tarzı ve rol değişiklikleri, tedavi sürecindeki zorluklar, hastalığın yarattığı belirsizlik bu psikolojik sorunların nedenlerinden birkaçı olarak karşımıza çıkmaktadır (64, 65). Onkoloji hastalarında görülen psiko-sosyal sorunlar, yaşam kalitesinin azalması, sosyal ilişkilerin bozulması, tedavi sürecinin uzaması ve sağkalım süresinin kısılması gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (66). Ayrıca onkoloji hastalarında fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlarla birlikte yaşamın anlamı, kişisel bağımsızlık, yalnız bırakılma ve insan onuruna dair varoluşsal kaygılar da ortaya çıkmaktadır (67). Yapılan bir araştırmaya göre, kanser tanısı konulduktan sonraki süreçte hastaların duygusal ve psikolojik sorunlar, organ kaybı ve beden algısında değişim gibi fiziksel sorunların yanı sıra sosyal çevreyle ilişkilerde bozulma ve ekonomik zorluklar gibi çok boyutlu sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (68).

2.2. Bakım Kavramı

Bakım kavramı, hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan bir unsur olarak kabul edilmektedir. Bu kavram, hasta ile hemşire arasındaki ilişki ve bakım süreci çerçevesinde şekillenir. Literatürde farklı biçimlerde tanımlanmış olsa da bakım genellikle hemşirelik mesleğinin esası, temeli ya da kilit noktası olarak görülmektedir (69). Türk Dil Kurumu (TDK) Sözlüğün'de bakım tanımına göre ise bakım; bakma işi, bir şeyin iyi durumda kalması için gösterilen özen, harcanan emek, birinin beslenme, giyim gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (70).

Hasta ile hemşire arasındaki etkileşim ve bakım süreciyle şekillenen bakım kavramı, bireyin karşılanmamış gereksinimlerinin giderilmesi, uygulanan girişimlere ilişkin

bilgilendirilmesi, yaşadığı sorunlarla baş etmesinde desteklenmesi ve kişilerarası iletişim becerilerini kapsayan çok yönlü bir yapıyı içerir (71). Ayrıca hemşirelik bakım uygulamaları, bireyin fiziksel, psikososyal, kültürel, entelektüel ve spiritüel gereksinimlerini bütüncül bir anlayışla ele alır (72).

Bakım sürecinde, bireyin çok yönlü gereksinimlerini karşılamaya yönelik planlı ve sistematik bir yaklaşım sunulur. Bu yaklaşımın temelini oluşturan hemşirelik süreci, hemşireye bakımın her aşamasında yol gösterir ve hemşireliğin gelişimine katkı sağlar (73). Hemşirelik bakımının temeli olan hemşirelik süreci, bireyin sağlık ve yaşamını tehdit eden durumları bilimsel yöntemlerle değerlendirerek bu sorunlara çözüm üretmeyi ve eleştirel düşünmeyi sağlar (74). Ayrıca hemşirelerin sahip olduğu bilgi ve becerilerini bakım sürecine planlı bir şekilde aktarabilmesini, hasta bakımı sırasında yapılması gereken uygulamaların doğru ve zamanında gerçekleştirilmesini sağlayarak olası hata ya da ihmal riskinin önüne geçmeyi de mümkün kılar (75).

2.2.1. Onkoloji Hastalarında Hemşirelik Bakımı

Onkoloji hemşireleri, bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme sürecine katkı sağlamak, kanserle ilgili farkındalığı artırmak ve kanser tanısı konulmuş hastaların yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlamaktadır (76). Ülkemizde onkoloji hemşirelerinin genel görev, yetki ve sorumlulukları Hemşirelik Yönetmeliği'nde belirtilmiştir. Bu doğrultuda onkoloji hemşiresinin; onkoloji hastasının ve hastanın ailesinin hemşirelik bakımından, kemoterapi ve biyoterapi sürecinin yönetilmesinde, yan etki ve bakım hakkında eğitim verilmesinde, psikolojik destek, tedavi öncesinde kapsamlı değerlendirme görevleri vardır. Tedavi aşamasında ise güvenlik önlemlerinin alınması, komplikasyonların izlenmesi ve gerektiği zaman müdahale edilmesinde, hastaların tedaviye katılımının desteklenmesi ve hasta ve yakınlarını bilgilendirme gibi görev ve sorumlulukları bulunmaktadır (77).

Kanser tedavisi uygulanan hastalara bakım vermek, birçok aşamadan oluşması, alışılmamış uzmanlık gerektiren terimlerin bulunması ve zorlayıcı yan etkilerin yaşanması nedeniyle karmaşık, uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu nedenle, sağlık ve hastalık durumlarında bireylere sunulan bakımın önemine dikkat çekmek ve kapsamlı, bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir (78). Hemşirelik bakımı ile hastaların fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimleri belirlenerek bu alanlarda gereksinimleri karşılanmaktadır. Hasta bakımındaki eksikliklerin erken tespiti, verilen hizmetin kalitesinin korunması için büyük önem taşımaktadır. Hemşireler, etkili iletişim becerileri sayesinde sağlık ekibi üyeleri ile hastalar

arasındaki iletişim kopukluklarını gidermekte böylece hastaların ihtiyaçlarının bütüncül bir şekilde değerlendirilmesini sağlamakta ve birey merkezli bakımın güçlenmesine katkıda bulunmaktadır (79). Birey merkezli bakım yaklaşımının temel amacı ise sağlık profesyonellerine sundukları hizmetleri planlama, uygulama ve değerlendirme süreçlerinde rehberlik edecek kavramsal bir yapı sunmaktır (80). Bu yapı, kanserin erken tarama, tanı, tedavi ve bakım aşamalarını kapsamlı bir şekilde ele alırken aynı zamanda bu süreçlerde gereksinim duyulacak destekleyici bakım uygulamalarına vurgu yapmayı amaçlamaktadır (81).

2.2.2. Onkoloji Hastalarının Bakım Gereksinimleri

Onkoloji hastalarında en sık psikolojik destek, fiziksel bakım, sağlık hizmetlerine erişim ve bilgiye yönelik gereksinimler ortaya çıkmaktadır (27). Türkiye’de yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre, kanser tanısı konulmuş bireylerde en fazla fiziksel, günlük yaşam ve psikolojik alanlarda sağlık bakım gereksinimlerinin ortaya çıktığı bildirilmiştir. Ayrıca, kemoterapi sürecinde semptomların şiddeti arttıkça, özellikle ruhsal ve fiziksel alanlarda destekleyici bakım ihtiyacının da daha belirgin olduğunu göstermiştir (82). Hastaların spiritüel bakım gereksinimleri ise yaşamlarına anlam katma, kendilerine olan güveni artırma, inanç ve umut duygularını güçlendirme, içsel bir huzura ulaşma ve affetme deneyimi olarak sıralanmıştır (83).

Onkoloji hastalarının bakım gereksinimlerinde, semptomların yönetimi önemli yer tutmaktadır. Kansere ve uygulanan tedavilere bağlı olarak sıklıkla ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, oral mukozit gibi fiziksel semptomlar ortaya çıkmaktadır (84). Ağrı yönetimi, hastanın yaşam kalitesini doğrudan etkilediği için büyük önem taşımaktadır (85). Tedaviye bağlı yorgunluk ise hastaların günlük aktivitelerini yerine getirmesini engelleyebilir ve bu durumun yönetimi için hemşireler, hastanın yorgunlukla başa çıkmalarında duygularını ifade etmelerine yardımcı olmak, yorgunluk düzeyini değerlendirmek ve uygun önerilerde bulunmak gibi roller üstlenmektedir (86). Onkoloji hastalarının günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmelerini zorlaştıran ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bulantı kusmanın ortaya çıkmadan önce engellenmesi önem taşımaktadır. Onkoloji hastalarının antiemetik kullanımı gerekli olabilmekle birlikte semptomun yönetimi için hasta eğitimi, diyet düzenlemesi, hastanın dikkatini başka yönlere çekme ve farklı nonfarmakolojik tekniklerle desteklenebilmektedir (61). Kanser tedavisinin yan etkilerine bağlı olarak ortaya çıkan oral mukozit onkoloji hastalarında farklı birçok semptomu da beraberinde

getirebilmekte ve tedavi süresini, maliyeti ve destekleyici bakım ihtiyacını artırabilmektedir (87). Bu yüzden tedavi öncesinde hastanın ağız sağlığına yönelik sorunlarının giderilmesi, tedavi sürecinde düzenli ağız bakımı ve hijyenin sağlanması ile yeterli ve dengeli beslenmenin devam ettirilmesi gibi bakım gereksinimlerinin karşılanması büyük önem taşımaktadır (88).

Kanser tanısı, hastalar ve aileleri için derin bir psikolojik stres kaynağı olup psikolojik semptomların görülmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle, onkoloji hastalarında tedaviye uyumu sağlamak, yaşam kalitesini yükseltmek ve hastalığın seyrini olumlu yönde etkileyebilmek için psikososyal destek büyük önem taşır (65). Hastaların duygu ve düşüncelerini ifade edebileceği güvenli bir ortamın sağlanması, hasta ile etkili iletişim kurmak, destek grupları, eğitim ve bilgilendirme gibi hizmetlerin sunulması bu alandaki temel gereksinimlerden ve multidisipliner bir anlayış gerektirmektedir (89).

Hastaların ve yakınlarının hastalık, tedavi süreci ve yan etkiler konularında doğru ve anlaşılır bilgiye sahip olması, bakımın etkinliğini artırmaktadır. Hastaların kendi bakımlarına aktif olarak katılması, bilinçli kararlar alması, bakım ve tedaviye uyum sağlaması için bilgilendirme ve hasta hemşire iletişimi önemli yer tutmaktadır. Ayrıca hastalar duygusal ve sosyal konular, fiziksel bakımları, alabilecekleri bakım hizmetleri ile gelecekteki bakım süreçlerine dair bilgi edinme ihtiyacı da duymaktadır (90).

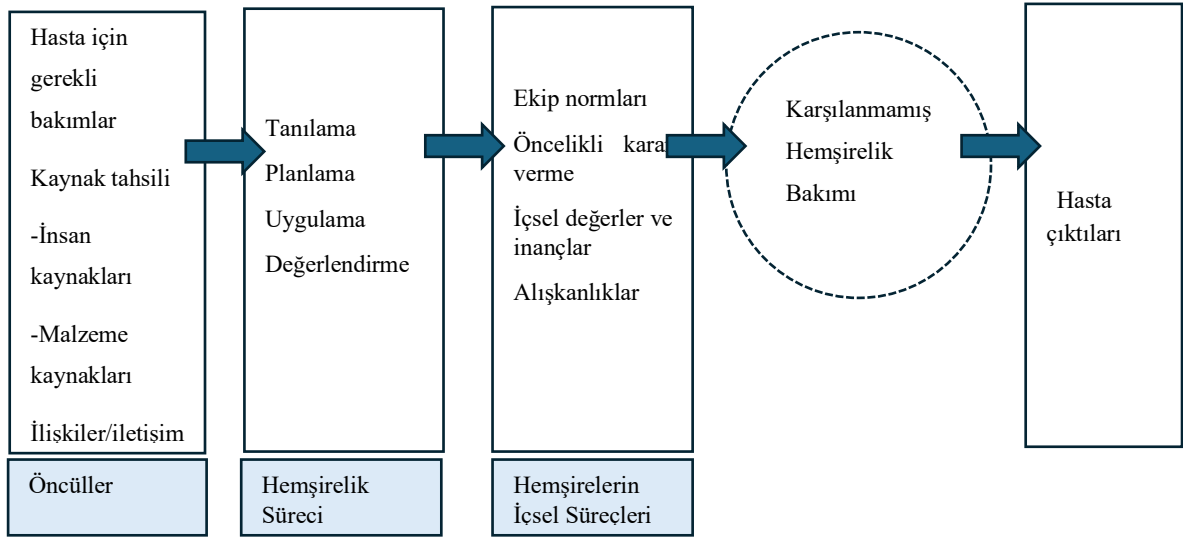
2.3. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı Kavramı

Hastaya verilmesi gereken bakımın kısmen veya tamamen ihmal edilmesi ya da geç yerine getirilmesi olarak tanımlanan hemşirelik bakım sorunu ilk defa Kalisch (2006) tarafından “missed nursing care” kavramı ile ifade edilmiştir (1, 2). Bu kavram uluslararası literatürde “missed nursing care”, “rationing care”, “care left undone”, unfinished nursing care”, “unmet nursing care needs”, “task incomplection”, “omitted nursing care” olarak ifade edilmektedir. Ülkemizde ise “göz ardı edilen”, “karşılanmamış / karşılanamayan /verilemeyen”, “atlanmış /atlanan”, “ihmal edilmiş”, “tamamlanmamış” hemşirelik bakımı olarak ifade edilmektedir (3-6). Uluslararası literatürde olduğu gibi ülkemizde de kavramın ifade edilmesinde ve tanımlanması ortak dil kullanımı konusunda eksiklik olduğu dikkati çekmektedir. Bu eksikliği gidermek amacıyla Özsaban ve Acaroğlu tarafından “Karşılanmamış hemşirelik bakımına kavramsal bakış: Bir Delphi çalışması” başlıklı kavram analizi çalışması yürütülmüştür. Bu çalışmada “missed nursing care” fenomeninin Türkçe dilinde “karşılanmamış hemşirelik bakımı” olarak kullanılması uzman görüşleri

doğrultusunda önerilmiştir. Yine çalışmada karşılanmamış bakım fenomeni “sağlıklı/hasta bireyin, fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel yönlerden, hemşirelik bakım gereksinimlerinin saptanmaması, göz ardı edilmesi, ötelenmesi, eksik bırakılması, atlanması, ihmal edilmesi veya tamamlanması nedenleriyle kısmen ya da tamamen karşılanmaması” olarak tanımlanmıştır (6). Bu doğrultuda bu çalışmada kavramın ifade edilmesinde “karşılanmamış hemşirelik bakımı” terim olarak benimsenmiştir.

2.3.1. Karşılanmamış Hemşirelik Bakım Modeli

Karşılanmamış Hemşirelik Bakım Modeli (Missed Nursing Care Model) (2) Kalisch ve arkadaşları (2009) tarafından geliştirilmiştir. Bu modelde, hemşirelik bakımını kolaylaştıran veya engelleyen bakım ortamındaki öncüller, hemşirelik sürecinin aşamaları, hemşirelerin içsel algı ve karar verme süreçleri, karşılanmamış hemşirelik bakımı ve hasta sonuçları vurgulanmıştır (2). Hasta için gerekli olan bakımın öncülleri bu modele göre insan kaynakları, malzeme kaynakları ve ekip içi iletişim olarak sınıflanmaktadır. İnsan kaynakları mevcut hemşire sayısını, hemşirelerin yeterlilik düzeyini, eğitim ve deneyimlerini ele alır. Malzeme kaynakları ise bakım için gerekli olan araç, gereç ve ekipmanları oluşturan maddi kaynaklardır. Son öncül ise ekipler arası etkileşim ve iletişimdir (2). Modelde yer alan öncüller hemşirelik bakımında tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeden oluşan hemşirelik sürecine temellendirilir (2). Ayrıca bu modele göre hemşirelik süreci ekip normları, öncelikli karar verme, içsel değerler ve inançlar ve alışkanlıklar gibi hemşirelerin içsel süreçlerinden etkilenmektedir. Karşılanmamış Hemşirelik Bakım Modeli’nde (Şekil 1) yer alan bu süreçte hemşire planladığı bakımı uygular ya da bakım atlanır veya ertelenir. Bu durumdan ise hasta etkilenmekte ve hasta sonuçları ortaya çıkmaktadır (2).



Şekil 1. Karşılanmamış Hemşirelik Bakım Modeli (Kalisch ve ark.' dan, 2)

2.3.2. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımının İzlenmesi

Karşılanmamış hemşirelik bakımını ölçmek ve izlemek üzere farklı bakım ortamlarında geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirliği test edilmiş pek çok ölçüm aracı bulunmaktadır. Bu araçlar; Task Undone Scale (91), the Basel Extent of Rationing Nursing Care (BERNCA) Instrument (92), MISSCARE Survey (93), MISSCARE Survey-Patient (8), MISSCARE Survey-Paediatric (94), Unfinished Nursing Care Survey (95), Unfinished Nursing Care Survey for Nursing Students (96) ve son olarak Missed Intensive Nursing Care Scale (MINCS) (97). Bu araçlardan Karşılanmamış/Verilemeyen Hemşirelik Bakım Gereksinimleri Ölçeği (MISSCARE Survey) (98), Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta (MISSCARE Survey-Patient) (7), Karşılanamayan Bakım ve Nedenleri-Pediyatrik Versiyon Anketi (MISSCARE Survey-Paediatric) (99), BERNCA Karşılanamayan Bakım Ölçeği (BERNCA) (100), Öğrenciler için Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı Ölçeği (Unfinished Nursing Care Survey for Nursing Students) (101) ölçeklerinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.

Yukarıda sıralanan ölçekler kullanılarak yapılan araştırmalar, karşılanmamış hemşirelik bakımını farklı bakış açılarından değerlendirmeye olanak tanımakta ve karşılanmamış hemşirelik bakımının çok boyutlu ve karmaşık yönünü ortaya koymaktadır. Örneğin Task Undone Scale (91), hemşirelerin gerçekleştiremediği görevleri raporlamalarına olanak sağlayarak, iş yükü ve kaynak yetersizliği gibi sistemsel etkenlerin bakım kalitesine etkisini ölçmektedir. Basel Extent of Rationing of Nursing Care (BERNCA)

ölçeği (92) ise hemşirelerin bakım faaliyetlerini hangi sıklıkla ertelediğini ya da gerçekleştiremediğini belirlemeye yönelik olup, karşılanmamış bakım uygulamalarını değerlendirmektedir. MISSCARE Survey (93), karşılanmamış hemşirelerin bakımı ve nedenlerinin değerlendirildiği kapsamlı bir araç olup, daha sonra geliştirilen MISSCARE Survey-Patient (8) versiyonu, bu durumu hasta perspektifinden değerlendirme imkânı sunmaktadır. Benzer şekilde, MISSCARE Survey-Paediatric (94), pediatrik hasta birimlerinde görev yapan hemşirelerin karşılanmamış bakım deneyimlerini ölçmek amacıyla uyarlanmış olup, çocuk hastalara sunulan hemşirelik bakımının niteliğine dair önemli bilgiler sağlamaktadır. Unfinished Nursing Care Survey (95), karşılanmamış bakımın kapsamını sistematik olarak değerlendirmeye yönelik olarak geliştirilmiş bir ölçektir ve farklı ülkelerdeki hemşirelerin deneyimlerine dayalı verilerle test edilmiştir. Öte yandan, Unfinished Nursing Care Survey for Nursing Students (96) ise hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulama sırasında gözlemledikleri veya deneyimledikleri karşılanmamış bakım durumlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu sayede öğrencilerin klinik eğitim sürecinde maruz kaldıkları bakım kalitesiyle ilgili veriler elde edilmekte ve mesleki sosyalizasyon sürecine dair çıkarımlar yapılabilmektedir. Bu ölçeklerin her biri farklı hedef kitlelere yönelik olarak geliştirilmiş olup, karşılanmamış hemşirelik bakımının nedenlerini, sonuçlarını ve algılanma biçimlerini analiz etmeye imkân tanımaktadır.

Karşılanmamış bakımın incelendiği çalışmalarda, karşılanmamış hemşirelik bakımının %55-98 arasında olduğu belirlenmiştir (102). Bununla birlikte, Gong ve arkadaşlarının, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde karşılanmamış bakıma ilişkin çalışmalara yönelik sistematik inceleme ve metanaliz çalışmasında raporladığına göre karşılanmamış bakım oranının %6.8 ile %98.1 arasında geniş bir aralıkta olduğu belirtilmiştir (9). Ball ve arkadaşlarının (2016) İngiltere'de yaptığı araştırmada bu oran %74 olarak bildirilirken (103). Park ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında %84.1 olarak raporlanmıştır (104). Karşılanmamış bakım türleri değerlendirildiğinde en sık karşılanmamış bakım uygulamalar belirlenmiştir. Literatürde hastaların en sık bildirdiği karşılanmamış bakım uygulamalar incelendiğinde; hastaların en sık karşılanmamış “banyo yaptırılması/vücut temizliğinin kontrol edilmesi”, “hastaya ağız bakımı verilmesi/kontrol edilmesi” ve “hastanın yürütülmesi” ve “hastaları sandalyeye kaldırma” olduğu ve literatürde en sık karşılanmamış bakım girişimleri ile benzer olduğu görülmektedir (8, 22). Hastaların öz bildirimi ile elde edilen bu sonuçlar hemşirelerin öz bildirimi ile yapılan araştırma sonuçları karşılaştırıldığında yaşam bulguları ve glukoz

izlemi dışındaki fizyolojik bakım gereksinimlerinin karşılanmama oranlarının paralellik gösterdiği dikkati çekmektedir. Bu çalışmalarda hemşirelerin özbildirimine dayalı olarak, “hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma”, “hastayı her iki saatte bir döndürme”, “hastaya ağız bakımı verme”, en sık karşılanmamış bakım gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (105-108).

2.3.3. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımının Nedenleri

Karşılanmamış hemşirelik bakımının ortaya çıkmasında bireysel özellikler, ekip içi iletişim, sağlık ekibi üyesi sayısının yetersiz olması, malzeme kaynakları gibi çeşitli nedenler rol oynamaktadır (2, 6, 24, 109-113). Kalisch ve arkadaşları tarafından geliştirilen Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı Modeli’nde hasta için gerekli olan bakımın öncülleri arasında; insan kaynakları, malzeme kaynakları ve ekip içi iletişim yer almaktadır. Ayrıca bu modele göre hemşirelik süreci, ekip normları, öncelikli karar verme, içsel değerler ve inançlar ve alışkanlıklar gibi hemşirelerin içsel süreçlerinden etkilenmektedir. Bu süreçte hemşire planladığı bakımı uygular ya da bakım atlanır veya ertelenir (2). Özsaban ve Acaroğlu (6)’nın çalışmasında karşılanmamış hemşirelik bakımına neden olan etkenler, genel olarak içsel ve dışsal olmak üzere iki ana grupta ele alınmaktadır. İçsel faktörler; hemşirelerin mesleklerine yönelik olumsuz bakış açıları, hemşirelik değer ve felsefesinin yeterince içselleştirilmemesi, psiko-sosyal durumları, uygun olmayan tutum ve inançlar, meslektaşlar arası iş birliğinin zayıf olması, mesleki yetkinlik eksiklikleri, bireysel kişilik özellikleri ve eğitim yetersizlikleri şeklinde tanımlanmıştır (6). Öte yandan, dışsal faktörler arasında çalışılan birimin yapısal özellikleri, bakım yönetiminde yaşanan sorunlar, kaynakların yetersizliği, hasta güvenliği kültürünün kurumsal düzeyde yeterince gelişmemesi, bireyselleştirilmiş ve bütüncül bakım anlayışının kurumda benimsenmemesi, insan kaynakları planlamasında yaşanan sorunlar ve kurum politikalarının nitelikli olmaması gibi unsurlar yer almaktadır (6).

Gillespie ve arkadaşlarının Avusturalyalı perioperatif hemşirelerinin ameliyathanede karşılanmamış hemşirelik bakımının sıklığını ve nedenlerini tanımlamak amacıyla yaptıkları çalışmada, perioperatif ve intraoperatif dönemlerde en sık ortaya çıkan karşılanmamış hemşirelik bakımlarının, zaman açısından kısıtlı olup yüksek çaba isteyen görevler ve çok sayıda cerrahi ekip üyesiyle iletişim gerektiren süreçler olduğu ortaya konmuştur. Karşılanmamış hemşirelik bakımının nedenleri ise yetersiz sağlık ekibi üyesi sayısı, yetersiz iletişim ve ekip içi uyumsuzluklar olarak belirtilmiştir (109). Karşılanmamış

hemşirelik nedenlerini belirlemek ve hemşirelerin hangi bakım faaliyetlerini önceliklendirdiklerini incelemek amacıyla yapılan bir şemsiye derleme çalışmasında, 995 sistematik derleme arasından seçilen dokuz çalışmanın sonuçları incelendiğinde, karşılanmamış hemşirelik bakımının temel nedenleri yetersiz sağlık ekibi üyesi sayısı, organizasyonel sorunlar ve olumsuz çalışma ortamı olarak belirlenmiştir (110). Karşılanmamış hemşirelik bakımının sıklığını ve nedenlerini belirlemek amacıyla yapılan başka bir çalışmada, karşılanmamış hemşirelik bakımının nedenlerinin iş gücü yetersizlikleri, malzeme eksiklikleri, iletişim sorunları ve ekip çalışmasındaki aksaklıklar olduğu ortaya konmuştur. Bu faktörler arasında en sık bildirilen nedenin malzeme eksiklikleri olduğu ve bunu sırasıyla iş gücü kaynaklı sorunlar, ekip içi uyum eksiklikleri ve iletişim problemlerinin izlediği belirlenmiştir (111).

Lafçı ve Canlı tarafından ülkemizde karşılanmamış hemşirelik bakım gereksinimlerinin ve nedenlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada bakımın karşılanmaması veya ertelenmesinin nedenleri arasında yetersiz sağlık ekibi üyesi sayısı, malzeme eksikliği ve ekipler arası iletişim kopuklukları yer almıştır (105). Ergezen ve arkadaşlarının ülkemizde karşılanmamış hemşirelik bakımının kapsamını araştırmak ve öngörücüleri belirlemek için yaptıkları araştırmada ise karşılanmamış hemşirelik bakımının en sık nedenlerini yardımcı personel sayısının yetersiz olması, sağlık profesyoneli sayısının yetersiz olması ve servisteki hasta sayısındaki artış olarak sıralamışlardır (107). Yine ülkemizde karşılanmamış hemşirelik bakımının sıklığı ve nedenlerinin incelendiği Eskici ve Baykal tarafından yapılan çalışmada ise karşılanmamış hemşirelik bakımının nedenleri arasında hemşirelerin meslekteki süreleri, hasta- hemşire oranı son üç ayda işteki devamsızlık durumu ve ekip çalışması olarak bildirilmiştir (106). Sonuç olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde, karşılanmamış hemşirelik bakımının çok boyutlu ve birçok faktörlerden etkilendiği anlaşılmaktadır.

2.3.4. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı Hasta Sonuçları

Karşılanmamış hemşirelik bakımı hastalara verilen sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkileyen ve hasta güvenliğini tehlikeye atan önemli ve yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir (24). Karşılanmamış hemşirelik bakımındaki artışlar, olumsuz hasta sonuçlarında ciddi bir artışla ilişkilendirilmiştir. Buna karşılık, daha düşük karşılanmamış hemşirelik bakımı seviyeleri, hastaların hastaneden iyileşmiş sağlık sonuçları ve yüksek memnuniyet düzeyleriyle taburcu edilmesiyle ilişkilendirilmiştir (112). Yapılan bir çalışma,

hastaların hemşirelere olan güveni ve aldıkları bakım memnuniyetinin, karşılanmamış hemşirelik bakımı nedeniyle azaldığını göstermiştir. Özellikle karşılanmamış iletişim gereksinimlerinin, hemşirelere duyulan güven ve memnuniyet üzerinde en etkili karşılanmamış bakım faktörü olduğu vurgulanmıştır (113). Ayrıca, karşılanmamış hemşirelik bakımının hastaların genel iyilik halleri ve yaşam kalitelerinde düşüşe de neden olduğu görülmektedir. Bu durum, aynı zamanda hastaların onurlarının zedelenmesi ve özsaygılarının azalması gibi psikososyal sonuçlarını da beraberinde getirmiştir. Bununla birlikte, bakım uygulamalarının karşılanmaması hastanın hastanede kalış sürelerinin uzamasına neden olduğu da bildirilmiştir (114).

Literatür incelendiğinde Batı Avustralya'daki bir hastanede gerçekleştirilen bir çalışmada, hasta tarafından bildirilen karşılanmamış hemşirelik bakım uygulamalarını, istenmeyen olayların türlerini ve karşılanmamış hemşirelik bakımıyla ilişkili faktörleri tanımlamak amaçlanmıştır. Çalışmada hastalar tarafından en sık bildirilen hemşirelik bakım girişimleri ağız bakımı, ambulasyon, hastanın yataktan sandalyeye transferi, hastaya test ve işlemler hakkında bilgi verme ve hastanın görüşünü alma olarak sıralanmıştır. Aynı çalışmada en sık bildirilen istenmeyen olaylar ise intravenöz sıvının cilt altına sızması, intravenöz sıvının zamanında yenilenmemesi, hasta düşmeleri ve basınç yaralanmaları olarak rapor edilmiştir (22). Birleşik Krallık'ta yapılan bir araştırma, eksik hemşirelik bakımının artan ölüm ve hastalık oranları gibi olumsuz hasta sonuçlarıyla ve hastane hizmetlerine yönelik hasta memnuniyetinin azalmasıyla bağlantılı olduğunu ortaya koymuştur (115). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise karşılanmamış hemşirelik bakımı hastaların kaliteli bakımı alamaması, hastanede kalış süresinin uzaması, hastaların yoğun bakıma olan ihtiyaçlarının artması, yeni sağlık sorunlarının ortaya çıkması, maliyetin artması, hastanın yaşam kalitesinin azalması, mortalite riskinin artması, hasta memnuniyetinin ve hastanın tedavi sürecine uyumunun azalması, hastanın kendini değersiz hissetmesi, hastanın sağlık ekibine ve kuruma karşı güveninin ve iletişimin olumsuz etkilenmesi etkilerinin olduğu sonucunu ulaşılmıştır (6).

2.3.5. Onkoloji Hastalarında Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı

Karşılanmamış bakım gereksinimleri, hastalar ve yakınlarının gereksinimleri ile sunulan bakım hizmetleri arasında uyumsuzluk yaşandığında ortaya çıkmaktadır. Onkoloji hastalarına verilecek destekleyici bakım hastaların memnuniyet ve yaşam kalitesi sonuçlarında etkilidir bu yüzden onkoloji hastalarının karşılanmamış bakım

gereksinimlerinin belirlenmesi ve yerine getirilmesi önemli yer tutmaktadır (116). Bunun yanında hastaların bakım gereksinimleri, sağlık hizmetlerinin kapsamını ve maliyetlerini de artırabilmektedir. Bu nedenle, bireye özgü bakım hizmetlerinin planlanması ve sunulmasında hastaların karşılanmamış bakım gereksinimlerinin ayrıntılı bir biçimde değerlendirilmesi de büyük önem taşımaktadır (117).

Bir sistematik derleme çalışması, onkoloji hastalarının çeşitli alanlarda karşılanmamış gereksinimlere sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Bu gereksinimler arasında günlük yaşam aktivitelerinde destek ihtiyacı gibi işlevsel gereksinimler, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlar, bilgilendirme talepleri ve ekonomik gereksinimler bulunmaktadır (118). Onkoloji birimlerinde yapılan başka bir çalışmada ise en sık karşılanmamış hemşirelik bakım uygulamaları; günde üç kez hasta ambulasyonu, disiplinler arası bakım konferanslarına katılım ve ağız bakımı olarak raporlanmıştır (119). Karşılanmamış bakım gereksinimleri, sağlık hizmetlerinde önemli bir sorun olarak değerlendirilebilir. Bu gereksinimlerin tanımlanmasıyla elde edilen bilgiler, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gereken alanlarını ve önceliklerini saptamada rehberlik eder. Ayrıca, hastaların karşılanmamış ihtiyaçlarının belirlenmesi, sağlık çalışanlarının uygun müdahaleleri planlaması için temel bir adımdır (19).

2.4. Şefkat Kavramı

Şefkat kavramı, bir başkasının acısını veya sıkıntısını fark etme ve bunu hafifletmek için içten bir çaba gösterme olarak tanımlanır (120). Literatürde daha sık karşılaştığımız merhamet kavramı ise yine benzer şekilde başkasının sıkıntısını derinden hissetme ve bu sıkıntıyı gidermek için istek duyma olarak tanımlanmıştır (121). İki farklı şekilde karşımıza çıkan bu kavramlar Türkçe literatürde aynı anlamda da kullanılmaktadır (122). Aynı zamanda şefkat, merhamet, empati ve sempati ile de yakın terimler olmakla beraber yine birbirlerinin yerine de kullanılmaktadır (36). Ancak bu kavramların farklı şekilde tanımları bulunmaktadır. Empati kavramı başkalarının acılarını anlamayla ilgili olduğu tanımlanırken bu acıları hafifletmek için bir davranış sürecini içermemektedir (123). Sempati kavramı ise TDK tarafından “bir insanın bir başkasına karşı doğal ve içgüdüsel olarak bir eğilim, sevgi ve yakınlık duyması, cana yakınlık, sıcakkanlılık” olarak tanımlanmaktadır (124). Kısacası şefkat kavramı, bireyin başkasının yaşadığı acıyı fark etmesiyle başlayan, ancak bu farkındalığı bir eyleme dönüştüren yönüyle empati, sempati ve acıma duygularından ayırmaktadır (125).

2.4.1. Şefkatli Bakım Kavramı

Şefkatli bakım kavramı, sağlık hizmeti sunan profesyonelin hastaların yaşadığı rahatsızlıkları fark ederek, bu durumu duygusal düzeyde önemsemesi ve hastaların acı, kaygı veya sıkıntılarını azaltmaya yönelik bilinçli bir tutum sergilemesi şeklinde tanımlanmaktadır (126). Şefkatli bakım, hemşireliğin temel ilkelerinden biri olup etik ve profesyonel uygulamalarda önemli bir konuma sahiptir (127). Hemşireliğin meslek olarak ilk dönemlerinde, Florence Nightingale'in iyi hemşireleri, kişiliklerinde belirli erdemler ve özellikler geliştiren bireyler olarak tanımladığı ve bu özellikler arasında şefkatin de yer aldığı ifade edilmektedir (128).

Hemşirelerin gösterdiği şefkat, hemşire ve hasta arasında olumlu etkileşim ve güvenilir ilişki oluşturarak hem sağlık sonuçlarını hem de hastaların memnuniyetini arttırmakta bu da kaliteli sağlık hizmetlerinin temel unsurlarından biri olarak değerlendirilmektedir (129). Şefkat temelli yaklaşımlarla sunulan bakımda, hastalar yaşadıkları endişelerini daha açık bir şekilde aktardıkları görülmektedir. Bu durum, sağlık çalışanlarının hastalık durumunu daha ayrıntılı değerlendirmesine ve doğru tanı koymasına katkı sağlamaktadır (130). Buna karşılık şefkatten eksik bir bakım, hastaların hayal kırıklığına uğramasına, kendini bunalmış hissetmesine ve onur ile umut kaybı yaşamasına yol açabileceğini göstermektedir (131).

2.4.2. Onkoloji Hastalarında Şefkatli Bakım

Hemşireler hastalara bakım verirken, bireylerin özel durumlarına ve en savunmasız anlarına tanıklık etmekte bu durumda hemşirelerin sadece teknik bilgi ve beceriye sahip olmaları değil, aynı zamanda bakım verdikleri kişilere karşı şefkatli davranışları da önemli yer tutmaktadır (132). Onkoloji hastaları ise birçok semptom ile karşı karşıyadır ve bu semptomların yönetiminde şefkat temelli müdahaleler, onkoloji hastalarının iyi oluşlarını desteklemede ve iyi hasta sonuçları almada etkili olabilmektedir. Bu tür yaklaşımlar, hastalarda depresyon ve kaygı düzeylerini azaltırken beden algısı memnuniyeti, öz-şefkat, farkındalık, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkilerde iyileşmeler sağladığı da ortaya konmuştur. (133). Ülkemizde onkoloji hastalarının şefkatli bakım algılarını incelemek amacıyla yapılan çalışmada onkoloji hastalarının hemşirelerden ilk beklentisinin güler yüz, iyi bir iletişim, bilgi almak ve ilgi olduğu görülmüştür. Bundan yola çıkarak onkoloji hastalarına bu süreçte güven ve destek hissi yaratmak açısından sözel ve sözel olmayan iletişim büyük önem taşımaktadır (134).

2.5. Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı ve Şefkatli Bakım Arasındaki İlişki

Karşılanmamış hemşirelik bakımı, hasta güvenliği açısından ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Hemşirelik bakım uygulamalarının eksik veya geç uygulanması, komplikasyonların artmasına ve hasta memnuniyetinin azalmasına sebep olmaktadır. Bu sorunlar ise şefkat temelli bakım uygulamalarıyla azaltılabilmektedir (134). Araştırmalar şefkat düzeyinin yüksek olduğu hemşirelerin hastanın ihtiyaçlarına ve sorunlarına daha duyarlı olduklarını bu sayede de bakımın daha etkili ve zamanında yerine getirdiklerini göstermektedir (135). Nitekim, Kim ve Lee tarafından Güney Kore’de yürütülen bu çalışmada, klinik hemşirelerin şefkat yetkinliği ile karşılanmamış hemşirelik bakımı arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışma toplam 1.556 klinik hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgulara göre ise, şefkat yetkinliği ile karşılanmamış hemşirelik bakımı arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. Yani şefkat yetkinliği yüksek olan hemşirelerin bakım uygulamalarında daha az eksiklik görülmüştür (135).

Hasta güvenliği ve bakımda kalitenin temel göstergesi olan karşılanmamış bakım fenomenine yönelik son yıllarda literatürdeki araştırmaların sayısındaki artış dikkat çekicidir (136, 137). Ancak bu çalışmaların büyük oranda hemşirelerin öz bildirimine dayalı araştırmalar olduğu görülmektedir. Diğer yandan hastaların algıladığı karşılanmamış bakım ile önemli bir ilişki içinde olan şefkat ile ilişkisinin ele alındığı herhangi bir çalışmaya ise rastlanmamıştır. Bu araştırma ile ilk kez hastaların karşılanmamış bakım ve şefkatli bakım algıları incelenerek, birbirleri arasındaki ilişki ortaya konulacak, literatürde bu alandaki boşluğu doldurmaya katkı sağlanacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma onkoloji hastalarının karşılanmamış hemşirelik bakımı ve şefkatli bakım algıları arasındaki ilişkiyi inceleyen tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türde bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde Onkoloji ve Radyasyon Onkoloji Birimlerinde yatmakta olan hastalar ile Temmuz 2024 -Haziran 2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Onkoloji Birimi toplamda 34 yatak kapasitesine sahiptir ve bu birimde toplam 18 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler üç vardiya şeklinde çalışmakta olup her vardiyada ortalama iki hemşire bulunmaktadır. Radyasyon Onkolojisi Birimi toplamda 18 yatak kapasitesine sahip olup bu birimde toplam 14 hemşire görev yapmaktadır. Hemşireler, iki vardiya sistemiyle çalışmakta olup her vardiyada ortalama iki hemşire bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde Onkoloji ve Radyasyon Onkoloji Birimlerinde Temmuz 2024 -Haziran 2025 tarihleri arasında yatmakta olan hastalar oluşturdu. Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç analizi yapılmıştır. Testin gücü, G*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü Cohen (138) tarafından belirlenen çoklu regresyon analizine göre orta düzeyde olarak 0.15 alınmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0.15 etki büyüklüğünde en az 129 kişinin dahil edilmesi planlanmıştır (df=124; F=2,445). Bu doğrultuda araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve katılmayı kabul eden 290 hasta dahil edilmiştir. Çalışmanın gücü %95 güven aralığı (1- α), %95 test gücü ve etki büyüklüğü $f^2=0,15$ ile, %99,86 olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- En az iki gün hastanede bakım ve tedavisi devam eden,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Türkçe okuma ve yazma bilen hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri:

- Hastanede iki günden daha kısa süre yatan,
- 18 yaşından küçük olan,
- Demans veya psikiyatrik hastalık tanısı olan hastalar dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Yasal İzni ve Etik Kurul Onayı

Araştırmanın yapılabilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından (Tarih:12.03.2024, Sayı: E-13562490-050.01.04-491825) etik kurul onayı alınmıştır (Ek 1). Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinden (Tarih:21.05.2024, sayı: E-48814514-299-76571) kurum izni alınmıştır (Ek 2). Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra, araştırmacı tarafından, hastalara, araştırmanın amacı, kapsamı, istedikleri zaman çekilebilecekleri, elde edilen verilerin yalnızca bu araştırma kapsamında kullanılacağı konularında bilgi verilmiştir. Bilgilendirme sonrası, hastaların sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alınmış, araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

MISSCARE Hasta Anketi'nin araştırmada kullanılabilmesi için 18.01.2024 tarihinde, anketin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Betül Sönmez'den e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 3). 5-Maddelik Şefkat Ölçeği'nin araştırmada kullanılabilmesi için Aysel Özşaban ile geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yapan Sema Kömürkara ve Şengül Üzen Cura'dan e-posta yoluyla izin alınmıştır (Ek 4).

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Hasta Bilgi Formu” (Ek 6), “MISSCARE Hasta Anketi” (Ek 7) ve “5-Maddelik Şefkat Ölçeği”nin Türkçe versiyonu (Ek 8) kullanılmıştır.

Hasta Bilgi Formu (Ek 6): Hasta Bilgi Formu, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (7, 33, 139) geliştirilmiştir. Bu formda hastaların cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi, yaşanan yer gibi sosyodemografik özellikleri ve algılanan genel sağlık durumu, tıbbi tanı, tanı süresi, hastanede kalış süresi, daha önce hastaneye yatma durumu, tedavi şekli, refakatçi varlığı olmak üzere tedavi ve bakım süreçlerine ilişkin bilgileri içeren toplam 13 soru yer almaktadır.

MISSCARE Hasta Anketi (Karşılanamayan Bakım Anketi-Hasta) (Ek 7): Araştırmada Kalisch ve arkadaşları (8) tarafından hastaların bildirimleri esas alınarak hemşirelik

bakımının karşılanıp karşılanmadığını değerlendirmek amacıyla geliştirilen ve Sönmez ve arkadaşları (7) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan MISSCARE Hasta Anketi (MHA) kullanılmıştır. Anket, hemşirelik bakım uygulamalarının sıklığı ve süresine yönelik 13 madde ve üç alt boyuttan (iletişim, zaman, temel bakım) oluşmaktadır. İletişim alt boyutunda hemşire hasta arasındaki iletişim ile ilgili sorular yer almaktadır. Bu alt boyutta beş soru yer almakta ve her biri soru “1” hiçbir zaman yerine getirilmedi ile “5” her zaman yerine getirildi arasında puanlanmaktadır. Zaman alt boyutu dört sorudan oluşmakta ve bu alt boyut hemşirenin hastanın bakım gereksinimlerini yerine getirmeden önce geçen süreyle ilgili sorular içermektedir. Her bir soru 1 (5 dakikadan az) ile 5 (30 dakikadan uzun) arasında puanlanır. Bu alt boyutu oluşturan dört soruda altıncı yanıt seçeneği (çağrı ışığına hiç basmadım, hiçbir makine uyarı sesi çıkarmadı vb.) de bulunmaktadır. Temel bakım alt boyutunda ise banyo, ağız bakımı, hareket etme gibi gereksinimlere ilişkin dört soru bulunmaktadır. Sorular “1” hiçbir zaman ile “5” her zaman arasında yanıt seçenekleri ile puanlanmaktadır. Bu alt boyuttaki iki soruda da altıncı seçenek (yürüyemiyordum, yataktan kalkamıyordum) yer almaktadır. Ankette 13 sorudan alınan puanlar ile karşılanmamış bakımın toplam puanı hesaplanmaktadır. Puanlama yapılırken iletişim ve temel bakım alt boyutlarındaki soruların yanıtları ters olarak puanlanır. İletişim ve zaman alt boyutlarında altıncı seçenek işaretlenen sorular değerlendirmeye alınmaz. Anketten 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 puan için 7-65'tir. Anketten alınan puan arttıkça karşılanmamış hemşirelik bakım düzeyi artmaktadır. Bu çalışmadan elde edilen ölçek puanları, konuya ilişkin literatüre benzer şekilde, 1-5 arasında ortalama puanlar olarak raporlanmış ve tartışılmıştır. Anketin sonunda hastaların hastanedeki yatışları sırasında deneyimledikleri düşme, basınç yaralanması, ilaç uygulama hataları gibi istenmeyen olaylar ile ilgili yedi soru bulunmaktadır. Anketin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı orijinal anket için 0.838 olarak hesaplanmıştır (21). Bu çalışmada ise bu değer 0.694 olarak saptanmıştır.

5-Maddelik Şefkat Ölçeği (Ek 8): Araştırmada hastaların şefkatli bakım algısını değerlendirmek amacıyla Roberts ve arkadaşları tarafından geliştirilen (32) ve Özşaban ve arkadaşları (33) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olan 5-Maddelik Şefkat Ölçeği (ŞÖ) kullanılmıştır. Ölçek hemşirelerin hastayla ne sıklıkta ilgilendiği, bakım gereksinimlerini karşıladığı, güven kazandığı ve şefkat gösterdiğine yönelik beş sorudan oluşmaktadır. Sorulara verilen yanıtlar 1 “hiçbir zaman” ile 4 “her

zaman” arasında puanlanmaktadır. Puanlama sistemi 5 ile 20 arasında değişmektedir, en düşük alınabilecek puan 5, en yüksek ise 20'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça hastaların bakım sürecindeki şefkatli bakım algısının arttığı kabul edilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen ölçek puanları, konuya ilişkin literatüre benzer şekilde, 1-4 arasında ortalama puanlar olarak raporlanmış ve tartışılmıştır. Ölçeğin uyarlanma çalışmasında Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,83 olarak hesaplanmıştır (33). Bu çalışmadaki Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.914'tür.

3.6. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın veri toplama süreci, etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra, dahil edilme kriterlerini karşılayan, sözlü ve yazılı bilgilendirilmiş onamları alınan hastalardan araştırmacı tarafından veri toplama araçlarının uygulanması ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Temmuz 2024-Haziran 2025 tarihleri arasında, kağıt ve kalem ile toplanmıştır. Her bir hastanın veri toplama araçlarını yanıtlama süresi ortalama 25-30 dakika sürmüştür. Veri toplama formları, hastalara araştırmacı tarafından dağıtılmış ve doldurulduktan sonra geri alınmıştır. Hastaların talep etmesi durumunda, veri toplama formları araştırmacı tarafından okunmuş ve yanıtlar hastanın beyanına göre işaretlenmiştir.

3.7. Araştırmanın Planı

Araştırmanın planı Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Araştırmanın Planı

Araştırmanın Takvimi	Uygulama Basamakları
9 Kasım 2023- 10 Eylül 2025	Konuya ilişkin literatür taraması yapılması
25 Eylül 2023 -15 Şubat 2024	Tez önerisinin hazırlanması ve enstitü onayının alınması
12 Mart 2024	Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma Etik Kurulundan izin alınması
21 Mayıs 2024	Araştırma kapsamındaki hastaneden kurum izni alınması
4 Temmuz 2024-21 Haziran 2025	Veri toplama süreci
22 Haziran 2025- 22 Temmuz 2025	Verilerin istatistiksel analizi
23 Temmuz 2025- 10 Eylül 2025	Tez raporu yazımı

3.8. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS v23 ve R Programlama Dilinin 4.4.1 Versiyonu ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk Testleri ile incelenmiştir. İkili gruplara göre normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İkili gruplara göre normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız İki Örnek T testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi yapılmıştır. Üç ve üzeri gruplara göre normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan nicel değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman's Rho korelasyonu kullanılmıştır. Normal dağılıma uymayan bağımlı değişkenlere etki eden bağımsız faktörlerin incelenmesinde MASS paketi kullanılarak Robust regresyon analizi kullanılmıştır. Nicel verilerin gösteriminde ortalama, standart sapma ve ortanca (minimum –maksimum) kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gösteriminde frekans (yüzde) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Trabzon ilindeki bir üniversite hastanesinde Temmuz 2024- Haziran 2025 tarihleri arasında yatan 290 onkoloji hastasından elde edilen verilerin analizine dayanmakta olup, elde edilen bulgular tüm hastalar için genellenemez. Hastaların hastanede bakım ve tedavi süreçlerinin devam ediyor olması nedeniyle sorulara verdikleri yanıtlara veri toplama gününe kadar olan deneyimlerini öz bildirime dayalı olarak yansıtmaktadır. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdeki bu araştırmada nedenselliğin sınırlı düzeyde incelenmesi de bir diğer sınırlılığdır. Son olarak, ülkemizdeki yerleşik uygulama olarak yatan hasta servislerinde hastaların temel bakımları refakatçileri tarafından karşılanması ile ilişkilidir. Bu durum, hastaların bazı bakım gereksinimlerinin karşılanmadığı yönündeki ifadelerini hemşirelik bakımının eksikliği olarak değil, sistemsel ve kültürel bir pratik çerçevesinde değerlendirmeyi gerektirebilir.

4. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen 290 hastanın sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2’de verilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 60.79 ± 12.5 yıl olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastaların %58.3’ü erkek, %46.2’si ilkokul mezunu, %87.9’unun çalışmadığı, %97.9’unun sağlık güvencesinin olduğu ve %51.7’sinin ise ilçede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo2).

Hastaların %63.8’si algıladığı genel sağlık durumunu orta olarak belirtirken, %35.9’u sindirim sistemi kanseri tanısı ile yatış yapmaktadır. Hastaların %58.3’ü kanser tanısının bir yıldan daha kısa süre önce konulduğunu belirtmiştir. Hastanede kalma süresinin %74.8’inde 3-10 gün arasında olduğu ve %83.4’ünün daha önce hastanede yatma deneyiminin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %52.4’ünün hem kemoterapi ve hem radyoterapi tedavisini aldığı ve %89.7’sinin her zaman yanında refakatçi kaldığı saptanmıştır (Tablo2).

Tablo 2. Hastaların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulguların dağılımı (n=290)

Tanımlayıcı özellikler	Ortalama $\pm$ SS	
	n	%
Yaş	60.79 ± 12.5	
Cinsiyet		
Kadın	121	41.7
Erkek	169	58.3
Öğrenim Durumu		
Okur yazar	47	16.2
İlkokul	134	46.2
Ortaokul	35	12.1
Lise	48	16.6
Ön Lisans	8	2.8
Lisans ve Üzeri	18	6.2
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	35	12.1
Çalışmıyor	255	87.9
Sağlık Güvencesi		
Var	284	97.9
Yok	6	2.1
Yaşanılan Yer		
İl	103	35.5
İlçe	150	51.7
Köy	37	12.8

Tablo 2. (Devam)

Algılanan Genel Sağlık Durumu		
Kötü	47	16.2
Orta	185	63.8
İyi	49	16.9
Çok iyi	5	1.7
Fikrim yok	4	1.4
Tanı Süresi		
11 ay ve altı	169	58.3
1-5 yıl	102	35.2
5-10 yıl	10	3.4
10 yıl ve üzeri	9	3.1
Hastanede Kalma Süresi		
3-10 gün	217	74.8
11-20 gün	39	13.4
21-30 gün	27	9.3
41 gün ve üzeri	7	2.4
Daha Önce Hastanede Yatma Durumu		
Var	242	83.4
Yok	48	16.6
Tedavi Şekli		
Kemoterapi	90	31
Radyoterapi	39	13.4
Kemoterapi+Radyoterapi	152	52.4
Cerrahi Tedavi	9	3.1
Refakatçi Kalma Durumu		
Her zaman	260	89.7
Bazen	25	8.6
Hiçbir zaman	5	1.7

Bu çalışmada hastaların karşılanmamış hemşirelik bakımı ortalama puanı 2.11 ± 0.52 olarak hesaplanmıştır. İletişim alt boyutu ortalama puan 1.86 ± 0.8 , temel bakım 3.57 ± 1.01 ve zaman alt boyutu 1.29 ± 0.51 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların karşılanmamış bakım puanlarının dağılımı (n=290)

	Madde sayısı	%*	Ort $\pm$ SS	Ortanca (Min-Maks)	95% CI
MHA-Toplam	13	%29.78	2.11 ± 0.52	2 (1.15 – 3.69)	1.99 – 2.23
MHA-İletişim	5	%21	1.86 ± 0.8	1.6 (1 – 4.8)	1.77 – 1.95
MHA-Temel Bakım	4	%68.05	3.57 ± 1.01	3.75 (1 – 5)	3.45 – 3.70
MHA-Zaman	4	%2.48	1.29 ± 0.51	1 (1 – 3.5)	1.17 – 1.41

Ortalama $\pm$ Standart Sapma; %95 CI; Ortalamanın %95 Güven Aralığı; Ortanca (Minimum – Maksimum)

*; “Hiçbir Zaman”, “Nadiren” ve “Bazen” olarak verilen yanıtlardan elde edilen karşılanmamış bakım oranını göstermektedir.

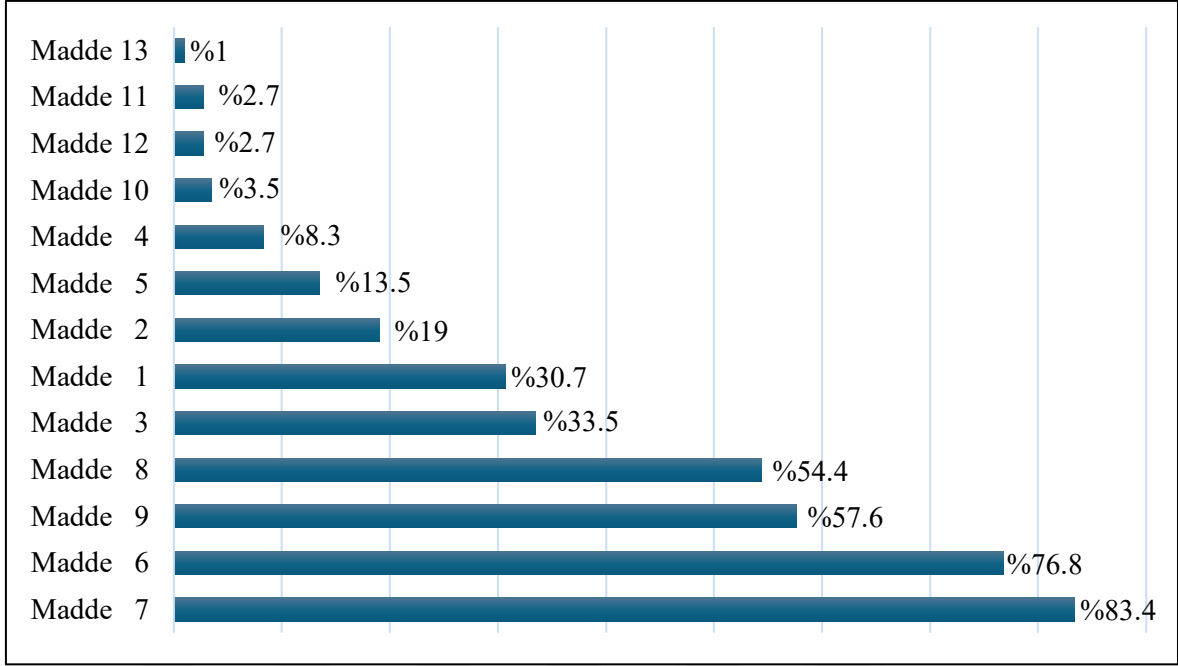
Hastaların MISSCARE Hasta Anketi'ne verdikleri yanıtlar incelendiğinde; anketin geneli için en yüksek ortalama puana sahip karşılanmamış hemşirelik bakım girişimlerinin temel bakım alt boyutunu oluşturan bakım girişimleri olduğu belirlenmiştir. Bu girişimlerin sırasıyla; hastanın banyo yaptırılma/vücut temizliğinin kontrol edilmesi (4.06 ± 1.32), hastaya ağız bakımı verilmesi/kontrol edilmesi (3.85 ± 1.44) ve hastanın yürütülmesi (3.29 ± 1.53) ve sandalyeye oturtulması (3.14 ± 1.44) olduğu saptanmıştır. Bu bakım girişimlerini takip eden en yüksek puana sahip diğer iki karşılanmamış bakım girişiminin ise iletişim alt boyutundaki “hastanın hastaneye yatışı sırasında uygulanan testler hakkında hemşirenin ne sıklıkta bilgi verdiği” (2.24 ± 1.36) ve “vardiyada bakmak için görevlendirilen hemşirenin kim olduğunu ne sıklıkta bildiği” (2.17 ± 1.25) olduğu saptanmıştır (Tablo 4; Şekil 2).

Tablo 4. Hastaların karşılanmamış bakım gereksinimlerinin puan dağılımı (n=290)

Maddeler	N	0 n (%)	1 n (%)	2 n (%)	3 n (%)	4 n (%)	5 n (%)	Ort+SS*	%95 CI
1.Vardiyada size bakmak için görevlendirilen hemşirenin kim olduğunu ne sıklıkla bilirsiniz?	290	-	22 (7.6)	27 (9.3)	40 (13.8)	89 (30.7)	112 (38.6)	2.17±1.25	2.02–2.31
2.Hemşireniz tedavi ve bakımınız hakkında sizinle ne sıklıkta konuştu?	290	-	7 (2.4)	17 (5.9)	31 (10.7)	89 (30.7)	146 (50.3)	1.79±1.01	1.68 – 1.91
3.Hemşireniz hastaneye bu yatışınız sırasında size uygulanan testler hakkında size ne sıklıkta bilgi verdi?	290	-	35 (12.1)	20 (6.9)	42 (14.5)	77 (26.6)	116 (40)	2.24±1.36	2.09 – 2.4
4.Bakımınız ya da hastalığınız hakkında endişeniz ya da bir sorunuz olduğunda, hemşireniz sizi dinledi mi?	290	-	4 (1.4)	5 (1.7)	15 (5.2)	69 (23.8)	197 (67.9)	1.45±0.79	1.36 – 1.54
5.Bakımınızla ilgili yapılması gerekenler hakkında bir görüş veya fikriniz olduğunda, hemşire bu görüş ve fikirlerinizi dikkate aldı mı?	290	-	0 (0)	11 (3.8)	28 (9.7)	100 (34.5)	151 (52.1)	1.65±0.81	1.56 – 1.74
6.Hemşire dişlerinizi fırçalayıp fırçalamadığınızı ve ağızınızı çalkalayıp çalkalamadığınızı ne sıklıkta kontrol etti ?	290	-	152 (52.4)	39 (13.4)	32 (11)	37 (12.8)	30 (10.3)	3.85±1.44	3.68 – 4.01
7.Hastanede yattığınız süre boyunca, hemşire banyo yaptığınızdan ya da vücudunuzun temiz olduğundan emin olmak için ne sıklıkta sizi kontrol etti?	290	-	165 (56.9)	50 (17.2)	27 (9.3)	24 (8.3)	24 (8.3)	4.06±1.32	3.91 – 4.21
8.Ortalama olarak, hemşire yataktan kalkıp bir sandalyeye oturmanıza, ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?	250	40 (13.8)	61 (21)	50 (17.2)	47 (16.2)	47 (16.2)	45 (15.5)	3.14±1.44	2.96 -3.32
9.Ortalama olarak, hemşire yürümenize ne sıklıkta yardımcı oldu ya da izledi?	249	41 (14.1)	83 (28.6)	38 (13.1)	46 (15.9)	33 (11.4)	49 (16.9)	3.29±1.53	3.10 – 3.48
10.Bir monitör veya başka bir makine uyarı sesi çıkardığında, hemşirenin müdahale etmesi genellikle ne kadar sürdü?	226	64 (22.1)	163 (56.2)	53 (18.3)	8 (2.8)	0 (0)	2 (0.7)	1.34 ± 0.64	1.26 – 1.42
11.Çağrı ışığınıza/zilinize bastığınızda (ya da hemşireyi çağırdığınızda), hemşirenin buna yanıt vermesi ortalama ne kadar sürdü?	201	89 (30.7)	158 (54.5)	35 (12.1)	7 (2.4)	0 (0)	1 (0.3)	1.26 ± 0.57	1.18 – 1.34
12.Çağrı ışığınıza/zilinize (ya da çağrınıza) yanıt verildiğinde, istediğiniz yardımı almanız ortalama ne kadar sürdü?	191	99 (34.1)	139 (47.9)	44 (15.2)	5 (1.7)	1 (0.3)	2 (0.7)	1.34 ± 0.66	1.25 – 1.43
13.Tuvalete gitmek için yardıma ihtiyacınız olduğunda, hemşirenin yardım etmek için odanıza gelmesi ne kadar sürdü?	107	183 (63.1)	86 (29.7)	18 (6.2)	2 (0.7)	0 (0)	1 (0.3)	1.24 ± 0.58	1.13 – 1.35

Ortalama±Standart Sapma; %95 CI; Ortalamanın %95 Güven Aralığı; n (%)

*: Ölçek maddelerine ilişkin puan ortalamaları 1-9. maddelerin ters puanlaması yapılarak elde edilmiştir.



Şekil 2. Hastalar tarafından bildirilen karşılanmamış bakım gereksinimleri. %; “Hiçbir zaman”, “Nadiren” ve “Bazen” olarak verilen yanıtlardan elde edilen karşılanmamış bakım oranını göstermektedir.

Hastalar tarafından bildirilen istenmeyen olayların dağılımı incelendiğinde; hastaların %40.7’sinin en az bir istenmeyen olay yaşadığı belirlenmiştir. İstenmeyen olay türü açısından incelendiğinde ise hastaların %26.9’unda damar yolunun tıkanıldığı, %19’unda damar yolundan cilt altına sızıntı olduğu, %12.8’inde yeni enfeksiyon geliştiği, %5.2’sinde deri bütünlüğünde bozulma/basınç yaralanması meydana geldiği, %3.1’inin düşme deneyimlediği, belirtilmiştir. Bununla birlikte hastaların %2.4’ünde bunlar haricinde diğer sorunların yaşandığını bildirilmiş, ilaç uygulama hatası ise bildirilmemiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların istenmeyen olay görülme durumuna ilişkin bulgularının dağılımı (n=290)

İstenmeyen Olay	n	%
Düşme		
Evet	9	3.1
Hayır	280	96.6
Emin değilim	1	0.3
Deri bütünlüğünde bozulma / Basıncı Yaralanması		
Evet	15	5.2
Hayır	271	93.4
Emin değilim	4	1.4
İlaç Uygulama Hatası		
Evet	-	-
Hayır	290	100
Emin değilim	-	-
Yeni Enfeksiyon Gelişmesi		
Evet	37	12.8
Hayır	247	85.2
Emin değilim	6	2.1
Damar Yolu Tıkanması		
Evet	78	26.9
Hayır	203	70
Emin değilim	9	3.1
Damar Yolundan Cilt Altına Sızıntı Olması		
Evet	55	19
Hayır	228	78,9
Emin değilim	6	2.1
Başka Bir Sorun Yaşama Durumu		
Evet	7	2.4
Hayır	277	95,5
Emin değilim	6	2.1
İstenmeyen olay görülme durumu (Toplam)		
Evet	118	40.7
Hayır	172	59.3

Bu çalışmada hastaların şefkatli bakım algısına ilişkin toplam puan ortalaması 3.41 ± 0.74 olarak saptanmıştır. Hastaların 5-Maddelik Şefkat Ölçeği'ne verdiği yanıtlar en yüksek puan ortalamasından en düşük puan ortalamasına doğru incelendiğinde; ölçekte hemşirelerin ilgi ve şefkat gösterdiğini hastanın hissetme durumuna göre ilişkin madde puan ortalaması (Madde 5) 3.55 ± 0.76 , hastanın güvenini kazanabilme durumuna ilişkin maddenin puan ortalamasının (Madde 4) 3.54 ± 0.76 , hasta ile bir bütün olarak ilgilendiğine ilişkin maddenin (Madde 2) 3.4 ± 0.83 , hastanın kişisel gereksinimleri ile ilgilenme durumuna ilişkin maddenin puan ortalaması (Madde 3) 3.32 ± 0.92 , hastanın duygusal ve psikolojik sağlığı ile ilgilenme durumuna ilişkin maddenin puan ortalamasının (Madde 1) 3.24 ± 0.98 olarak belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların şefkatli bakım algısına ilişkin puanlarının dağılımı (n=290)

Maddeler	Ort±SS	Ortanca (Min-Maks)	CI 95%
Madde 1	3.24 ± 0.98	4 (1- 4)	3.13- 3.36
Madde 2	3.4 ± 0.83	4 (1- 4)	3.30- 3.49
Madde 3	3.32 ± 0.92	4 (1- 4)	3.21- 3.42
Madde 4	3.54 ± 0.76	4 (1- 4)	3.45- 3.63
Madde 5	3.55 ± 0.76	4 (1- 4)	3.46- 3.64
5-Maddelik Şefkat Ölçeği Toplam	3.41 ± 0.74	3.8 (1-4)	3.32- 3.49

Ortalama ± Standart Sapma; %95 CI; Ortalamanın %95 Güven Aralığı; Ortanca (Minimum – Maksimum)

İstenmeyen olay görülme durumuna göre hastaların MISSCARE Hasta Anketi toplam ortanca puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0.067). Ancak, istenmeyen olay görülme durumuna göre MISSCARE Hasta Anketi temel bakım ortanca puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.044). İstenmeyen olay görülme durumuna göre MISSCARE Hasta Anketi iletişim (p=0.096) ve zaman (p=0.152) ortanca puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 7. İstenmeyen olay görülme durumu ile MISSCARE Hasta Anketi puanlarının karşılaştırması (n=290)

Ölçek		Ort ± SS	Ortanca (Min-Maks)	Test İstatistiği	p ^x
MHA-Toplam	İstenmeyen olay				
	Hayır	2 ± 0.53	1.92 (1.15-3.69)	470.000	0.067
	Evet	2.21 ± 0.51	2.15 (1.31-3.23)		
MHA-İletişim	İstenmeyen olay				
	Hayır	1.81 ± 0.8	1.6 (1-4.4)	9103.000	0.096
	Evet	1.94 ± 0.8	1.8 (1-4.8)		
MHA-Temel Bakım	İstenmeyen olay				
	Hayır	3.47 ± 1.01	3.75 (1-5)	6284.500	0.044
	Evet	3.73 ± 0.98	4 (1.25-5)		
MHA-Zaman	İstenmeyen olay				
	Hayır	1.36 ± 0.57	1.13 (1-3.5)	740.000	0.152
	Evet	1.22 ± 0.45	1 (1-2.75)		

^x-Mann Whitney U Testi; Ortalama ± Standart Sapma; Ortanca (Minimum – Maksimum)

Hastaların 5-Maddelik Şefkat Ölçeği ve MISSCARE Hasta Anketi puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların şefkatli bakım ile karşılanmamış bakım algıları toplam puanları arasında negatif yönlü, orta şiddette, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r^x = -0.592$; $p < 0.001$). Bununla birlikte, hastaların şefkatli bakım algıları ile karşılanmamış bakım temel bakım alt boyutu puanları arasında negatif yönlü, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r^x = -0.425$; $p < 0.001$). Bununla birlikte, şefkatli bakım algıları ile karşılanmamış bakım iletişim alt boyutu puanları arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r^x = -0.366$; $p < 0.001$). Son olarak, hastaların şefkatli bakım algıları ile karşılanmamış bakım zaman alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p = 0.052$) (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların karşılanmamış bakımı ve şefkatli bakım algısı ve arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular (n=290)

	5-Maddelik Şefkat Ölçeği toplam	
	r^x	p
Karşılanmamış Bakım Toplam	-0.592	<0.001
Karşılanmamış Bakım- İletişim	-0.366	<0.001
Karşılanmamış Bakım – Temel Bakım	-0.425	<0.001
Karşılanmamış Bakım- Zaman	-0.231	0.052

^xSpearman's Rho korelasyonu

Bu çalışmada hastaların karşılanmamış bakım gereksinimlerine ilişkin algısının şefkatli bakım algıları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir ($F = 45.175$; $p < 0.001$; $R^2 : \%39.57$). MISSCARE Hasta Anketi puanının bir birim artması 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanını 4.22 birim azaltmaktadır ($p < 0.001$) (Tablo 9).

Aynı zamanda bu çalışmada hastaların şefkatli bakım algısının karşılanmamış bakım gereksinimlerine ilişkin algıları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. ($F = 55.731$; $p < 0.001$; $R^2 : \%44.68$). 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanının bir birim artması MISSCARE Hasta Anketi puanını 0.084 birim azaltmaktadır ($p < 0.001$) (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların karşılanmamış bakım gereksinimlerinin şefkatli bakım algıları üzerine etkisi (n=290)

	$\beta 1$	Standart Hata	$\beta 2$	t	p	VIF
Sabit	26.138 (23.479- 28.796)	1.333	0.000	19.613	<0.001	
MHA Toplam	-4.22 (-5.472- -2.967)	0.628	-0.629	-6.721	<0.001	1.000
	$\beta 1$	Standart Hata	$\beta 2$	t	p	VIF
Sabit	3.516 (3.123- 3.908)	0.197	0.000	17.858	<0.001	
ŞÖ	-0.084 (-0.107- -0.062)	0.011	-0.668	-7.465	<0.001	1.000

$\beta 1$: Standartlaştırılmamış Beta Katsayısı; $\beta 2$: Standartlaştırılmış Beta Katsayısı

Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre MISSCARE Hasta Anketi toplam, temel bakım, iletişim ve zaman alt boyut puanlarına göre karşılaştırma bulguları incelendiğinde; yaşanan yer ile MISSCARE Hasta Anketi toplam puan ($p<0.001$) ve öğrenim durumu ile MISSCARE Hasta Anketi temel bakım puanı ($p=0.043$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, sağlık güvencesi değişkenleri ile ise MISSCARE Hasta Anketi toplam ve temel bakım, iletişim ve zaman alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).

Hastaların sağlık ve hastane süreci bilgileri incelendiğinde; daha önce hastaneye yatma durumu ile MISSCARE Hasta Anketi iletişim puanı ($p=0.020$) ve refakatçi kalma durumu ile MISSCARE Hasta Anketi toplam puanı ($p=0.028$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Algılanan genel sağlık durumu, tıbbi tanı, tanı süresi, hastanede kalma süresi ve tedavi şekli gibi değişkenlerle ise MISSCARE Hasta Anketi toplam ve temel bakım, iletişim ve zaman alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10: Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile MISSCARE Hasta Anketi puanlarının karşılaştırılması (n=290)

	MHA Toplam	MHA- İletişim	MHA – Temel Bakım	MHA- Zaman
Yaş				
18-64	2,13 ± 0,6 / 2,08 (1,15 - 3,69)	1,88 ± 0,81 / 1,8 (1 - 4,8)	3,59 ± 1,07 / 3,75 (1 - 5)	1,34 ± 0,57 / 1 (1 - 3,5)
65+	2,08 ± 0,39 / 1,92 (1,54 - 3,08)	1,83 ± 0,79 / 1,6 (1 - 4,4)	3,55 ± 0,91 / 3,63 (1,25 - 5)	1,22 ± 0,41 / 1 (1 - 2,75)
Test İstatistiği; p	577,500; 0,712 ^x	9890,500; 0,530 ^x	7070,000; 0,400 ^x	555,500; 0,481 ^x
Cinsiyet				
Kadın	2.22 ± 0.63 / 2.08 (1.15 - 3,69)	1.92 ± 0.82 / 1.8 (1 - 4,4)	3.58 ± 1.1 / 3.75 (1 - 5)	1.39 ± 0.65 / 1 (1 - 3,5)
Erkek	2.01 ± 0.39 / 1.96 (1.23 - 3)	1.82 ± 0.79 / 1.6 (1 - 4,8)	3.57 ± 0.94 / 3.75 (1 - 5)	1.2 ± 0.34 / 1 (1 - 2,25)
Test İstatistiği; p	1.645; 0.106 ^u	10983.500; 0.279 ^x	7784.000; 0.635 ^x	681.5; 0.483 ^x
Öğrenim durumu				
Okur yazar	2.17 ± 0.43 / 1.96 (1.77 - 3.08)	1.88 ± 0.86 / 1.6 (1 - 4.4)	3.59 ± 0.9 / 3.63 (1.25 - 5) ^{ab}	1.44 ± 0.5 / 1.25 (1 - 2.5)
İlkokul	2.2 ± 0.5 / 2 (1.31 - 3.23)	1.88 ± 0.81 / 1.8 (1 - 4.4)	3.49 ± 0.95 / 3.75 (1 - 5) ^a	1.32 ± 0.64 / 1 (1 - 3.5)
Ortaokul	2.23 ± 0.62 / 2.16 (1.38 - 3.69)	1.84 ± 0.73 / 1.6 (1 - 4)	3.79 ± 0.94 / 4 (1.75 - 5) ^{ab}	1.23 ± 0.4 / 1 (1 - 2.25)
Lise	1.85 ± 0.52 / 1.92 (1.15 - 2.69)	1.82 ± 0.86 / 1.6 (1 - 4,8)	3.38 ± 1.21 / 3.75 (1 - 5) ^{ab}	1.27 ± 0.37 / 1 (1 - 2)
Ön lisans	1.77 ± 0.36 / 1.85 (1.38 - 2.08)	1.5 ± 0.4 / 1.4 (1.2 - 2.4)	3.57 ± 1.25 / 3.5 (1.5 - 5) ^{ab}	1.08 ± 0.14 / 1 (1 - 1.25)
Lisans ve üzeri	2.08 ± 0.66 / 1.89 (1.54 - 3)	2 ± 0.73 / 1.9 (1 - 3.4)	4.21 ± 0.85 / 4.5 (2.25 - 5) ^b	1 ± 0 / 1 (1 - 1)
Test İstatistiği; p	4.688; 0.455 ^y	3.477; 0.627 ^y	11.484; 0.043 ^y	6.198; 0.288 ^y
Çalışma durumu				
Çalışıyor	2.36 ± 0.72 / 2.31 (1.23 - 3.69)	2.1 ± 0.94 / 2 (1 - 4.4)	3.79 ± 1.12 / 4.13 (1 - 5)	1.31 ± 0.46 / 1 (1 - 2.25)
Çalışmıyor	2.05 ± 0.46 / 1.96 (1.15 - 3.23)	1.83 ± 0.78 / 1,6 (1 - 4.8)	3.54 ± 0,98 / 3.75 (1 - 5)	1.28 ± 0.52 / 1 (1 - 3.5)
Test İstatistiği; p	473.000; 0.154 ^x	5221.500; 0.101 ^x	4291.000; 0.102 ^x	399.5; 0.713 ^x
Sağlık güvencesi				
Var	2.1 ± 0.53 / 2 (1.15 - 3.69)	1.86 ± 0.81 / 1.6 (1 - 4.8)	3.58 ± 1.01 / 3.75 (1 - 5)	1.27 ± 0.5 / 1 (1 - 3.5)
Yok	2.31 ± 0.33 / 2,31 (2.08 - 2.54)	1.83 ± 0.15 / 1.8 (1.6 - 2)	3.35 ± 1.14 / 3.5 (1,5 - 4,5)	1.88 ± 0.88 / 1.88 (1.25 - 2.5)
Test İstatistiği; p	43.500; 0.384 ^x	677.000; 0.388 ^x	674.500; 0.687 ^x	24.5; 0.085 ^x
Yaşanılan yer				
İl	1.82 ± 0.36 / 1.85 (1.15 - 2.69) ^a	1.88 ± 0.83 / 1.6 (1 - 4.4)	3.49 ± 1.17 / 3.75 (1 - 5)	1.13 ± 0.19 / 1 (1 - 1.5)
İlçe	2.28 ± 0.58 / 2.12 (1.31 - 3.69) ^b	1.84 ± 0.79 / 1.6 (1 - 4.4)	3.58 ± 0.91 / 3.75 (1 - 5)	1.42 ± 0.64 / 1 (1 - 3.5)
Köy	2.36 ± 0.39 / 2.31 (1.85 - 3.23) ^b	1.89 ± 0.78 / 1.8 (1 - 4.8)	3.79 ± 0.87 / 4 (2 - 5)	1.33 ± 0.6 / 1 (1 - 2.75)
Test İstatistiği; p	15.340; <0.001 ^y	0.374; 0.830 ^y	1.500; 0.472 ^y	1.16; 0.560 ^y
Algılanan genel sağlık durumu				
Kötü	2.23 ± 0.56 / 2.23 (1.38 - 3.23)	1.83 ± 0.67 / 1.6 (1 - 3.6)	3.78 ± 1.16 / 4.25 (1.25 - 5)	1.39 ± 0.6 / 1 (1 - 2.75)
Orta	2.1 ± 0.48 / 2 (1.23 - 3.08)	1.87 ± 0.81 / 1.6 (1 - 4.4)	3.55 ± 0.93 / 3.5 (1 - 5)	1.26 ± 0.52 / 1 (1 - 3.5)
İyi	2.04 ± 0.43 / 2.08 (1.15 - 3)	1.91 ± 0.87 / 1.8 (1 - 4.8)	3.6 ± 1,03 / 3.75 (1 - 5)	1.21 ± 0.34 / 1 (1 - 2)
Çok iyi	2.1 ± 1.38 / 1.38 (1.23 - 3.69)	2.08 ± 1.08 / 1.6 (1.4 - 4)	2.63 ± 1.71 / 2.38 (1 - 4.75)	1.5 ± 0.66 / 1.25 (1 - 2.25)
Fikrim yok		1.15 ± 0.19 / 1.1 (1 - 1.4)	3.31 ± 1.21 / 3.5 (1.75 - 4.5)	
Test İstatistiği; p	1.619; 0.655 ^y	5.726; 0.221 ^y	4.896; 0.298 ^y	1.477; 0.688 ^y

Tablo 10. (Devam)

Tıbbi tanı				
Sindirim Sistemi Kanseri	2.03 ± 0.46 / 1.92 (1.15 – 3.23)	1.82 ± 0.77 / 1,6 (1 - 4,4)	3.54 ± 1.03 / 3.5 (1 - 5)	1.26 ± 0.52 / 1 (1 – 2.75)
Solunum Sistemi Kanseri	2.09 ± 0.42 / 2 (1.54- 3)	1.85 ± 0.89 / 1,6 (1 - 4,8)	3.47 ± 0.91 / 3.75 (1.25 - 5)	1.25 ± 0.36 / 1 (1 - 2)
Genitoüriner Sistem Kanseri	2.09 ± 0.66 / 2.08 (1,23 – 3.08)	1.96 ± 0.87 / 1,8 (1 - 3,6)	3.64 ± 0.96 / 3.5 (1 - 5)	1.35 ± 0.29 / 1.25 (1 – 1.75)
Sinir Sistemi Kanseri	2.08 ± 0.46 / 2.2 (1,31 – 2.62)	1.73 ± 0.73 / 1,6 (1 - 3,4)	3.65 ± 0.98 / 4 (2 - 5)	1.08 ± 0.13 / 1 (1 – 1.25)
Kas İskelet Sistemi Kanseri	2.35 ± 0.38 / 2.35 (2,08 – 2.62)	1.83 ± 0.69 / 1,8 (1 - 4,2)	3.86 ± 0.84 / 4 (1.75 - 5)	1 ± 0 / 1 (1 - 1)
Meme Kanseri	2.3 ± 0.74 / 2.12 (1.38 – 3.69)	2 ± 0.89 / 1.6 (1 - 4)	3.75 ± 1.17 / 4.13 (1 - 5)	1.43 ± 0.83 / 1 (1 – 3.5)
Diğer	2.15 ± 0.81 / 2.54 (1.23 – 3.08)	2.05 ± 0.7 / 1.8 (1 - 4,2)	3.38 ± 1.31 / 3.5 (1 - 5)	1.6 ± 0.63 / 1.25 (1 – 2.5)
Test İstatistiği; p	2.402; 0.879 ^y	5.441; 0.489 ^y	4.387; 0.624 ^y	7.154; 0.307 ^y
Tanı süresi				
1 ay altı	2.05 ± 0.54 / 1.96 (1,15 - 3,69)	1.85 ± 0.78 / 1.6 (1 - 4,8)	3.51 ± 1 / 3.63 (1 - 5)	1.31 ± 0.49 / 1 (1 – 2.75)
1-5 yıl	2.17 ± 0.47 / 2.08 (1,31 - 3,08)	1.84 ± 0.85 / 1.6 (1 - 4,4)	3.64 ± 0.99 / 3.75 (1 - 5)	1.14 ± 0.31 / 1 (1 – 2.25)
5-10 yıl	2.15 ± 0.47 / 1.92 (1,85 - 2,69)	2.08 ± 0.65 / 1.9 (1 - 3,2)	4 ± 0.99 / 4.5 (2,75 - 5)	1.33 ± 0.29 / 1.5 (1 – 1.5)
10 yıl ve üzeri		2.07 ± 0.83 / 18 (1 - 3,6)	3.67 ± 1.3 / 3.88 (2 - 5)	
Test İstatistiği; p	1.453; 0.484 ^y	3.662; 0.300 ^y	2.014; 0.570 ^y	3.444; 0.179 ^y
Hastanede kalma süresi				
3-10 gün	2.11 ± 0.48 / 2 (1.15 – 3.69)	1,84 ± 0.8 / 1.6 (1 - 4,8)	3.54 ± 0.98 / 3.75 (1 - 5)	1.26 ± 0.49 / 1 (1 - 3,5)
11-20 gün	2.01 ± 0.55 / 1.89 (1.38 - 3)	2.04 ± 0.87 / 1.8 (1 - 4,4)	3.79 ± 0.88 / 4 (1,75 - 5)	1.25 ± 0.39 / 1.13 (1 - 2)
21-30 gün	2.27 ± 0.69 / 2.19 (1.23 – 3.23)	1.83 ± 0.71 / 1.8 (1 - 3,2)	3.63 ± 1.24 / 3.88 (1 - 5)	1.5 ± 0.7 / 1.25 (1 – 2.75)
41 gün ve üzeri		1.71 ± 0.79 / 1.6 (1 - 3,2)	3.29 ± 1.44 / 3.5 (1,25 - 5)	
Test İstatistiği; p	0.964; 0.618 ^y	2.826; 0.419 ^y	1.949; 0.583 ^y	1.816; 0.403 ^y
Daha önce hastanede yatma durumu				
Var	2.08 ± 0.49 / 2 (1.15 – 3.69)	1.81 ± 0.77 / 1,6 (1 – 4.4)	3.58 ± 1.01 / 3.75 (1 - 5)	1.28 ± 0.49 / 1 (1 – 3.5)
Yok	2.26 ± 0.65 / 2.12 (1.23 – 3.23)	2.1 ± 0.9 / 2 (1 – 4.8)	3.55 ± 1.01 / 3.75 (1 - 5)	1.35 ± 0.62 / 1 (1 – 2.75)
Test İstatistiği; p	288.000; 0.314 ^x	4576.000; 0.020^x	4479.500; 0.907 ^x	343.5; 0.863 ^x
Tedavi şekli				
Kemoterapi	1.91 ± 0.36 / 1.92 (1.23 – 2.69)	1.89 ± 0.85 / 16 (1 – 4.8)	3.56 ± 1,07 / 3.5 (1 - 5)	1.21 ± 0.36 / 1 (1 – 2.5)
Radyoterapi	2.22 ± 0.41 / 2.08 (1.85 - 3)	1.56 ± 0.6 / 1.4 (1 – 3.2)	3.64 ± 0,96 / 3.75 (1,5 - 5)	1.17 ± 0.41 / 1 (1 - 2)
Kemoterapi+Radyoterapi	2.17 ± 0.58 / 2.08 (1.15 – 3.69)	1.93 ± 0.82 / 1.8 (1 – 4.2)	3.58 ± 0,98 / 3.75 (1 - 5)	1.29 ± 0.49 / 1 (1 – 2.75)
Cerrahi Tedavi	2.51 ± 0.6 / 2.69 (1.85 - 3)	1.78 ± 0.52 / 2 (1 – 2.4)	3.44 ± 1,11 / 3.75 (2 - 5)	2 ± 1.32 / 1.5 (1 – 3.5)
Test İstatistiği; p	1.914; 0.136 ^t	7.674; 0.053 ^y	0.269; 0.966 ^y	2.767; 0.429 ^y
Refakatçi kalma durumu				
Her zaman	2.16 ± 0.52 / 2.04 (1.15 – 3.69)	1.87 ± 0.82 / 1.6 (1 – 4.8)	3.6 ± 0.99 / 3.75 (1 - 5)	1.31 ± 0.53 / 1 (1 – 3.5)
Aralıklı	1.68 ± 0.37 / 1.77 (1.23 – 2.08)	1.74 ± 0.65 / 1.6 (1 – 3.6)	3.35 ± 1.06 / 3.63 (1 - 4,75)	1.07 ± 0.12 / 1 (1 – 1.25)
Kalmadı		2 ± 0,8 / 1,8 (1 - 3.2)	3.4 ± 1.39 / 3 (1.5 - 5)	
Test İstatistiği; p	338.000; 0.028^x	0.689; 0.709 ^y	1.033; 0.597 ^y	271.5; 0.307 ^x

^xMann Whitney U Testi; ^yKruskal Wallis H Testi; ^tTek Yönlü Varyans Analizi; ^uBağımsız İki Örnek T Testi; Ortalama ± Standart Sapma / Ortanca (Minimum – Maksimum);

^{a-b}Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile 5-Maddelik Şefkat Ölçeği toplam puanına göre karşılaştırma bulguları incelendiğinde; yaşanan yer ve 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002$). Yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesi değişkenleri ile ise 5-Maddelik Şefkat Ölçeği toplam puanında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 11).

Hastaların sağlık ve hastane süreci bilgileri incelendiğinde; algılanan genel sağlık durumu ($p=0,002$) ve tedavi şekli ($p=0,030$) ile 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Tıbbi tanı, tanı süresi, hastanede kalma süresi, daha önce hastanede yatma durumu ve refakatçi kalma durumu ile 5-Maddelik Şefkat Ölçeği toplam puanı karşılaştırıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Hastaların tanımlayıcı özellikleri ile 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanlarının karşılaştırılması (n=290)

	5-Maddelik Şefkat Ölçeği Toplam
Yaş	
18-64	16,84 ± 3,71 / 19 (5 - 20)
65+	17,33 ± 3,64 / 19 (5 - 20)
Test İstatistiği; p	1,183; 0,277
Cinsiyet	
Kadın	16.6 ± 3.89 / 18 (6 - 20)
Erkek	17.37 ± 3.49 / 19 (5 - 20)
Test İstatistiği; p	9169.000 / 0.119 ^x
Öğrenim durumu	
Okur yazar	16.94 ± 4.07 / 18 (6 - 20)
İlkokul	17.47 ± 3.36 / 19 (5 - 20)
Ortaokul	16.06 ± 4.09 / 17 (5 - 20)
Lise	17.38 ± 3.73 / 20 (6 - 20)
Ön lisans	17.25 ± 3.28 / 18.5 (11 - 20)
Lisans ve üzeri	15.17 ± 3.63 / 14 (10 - 20)
Test İstatistiği; p	10.751 / 0.057 ^y
Çalışma durumu	
Çalışıyor	16.37 ± 3.87 / 18 (6 - 20)
Çalışmıyor	17.14 ± 3.65 / 19 (5 - 20)
Test İstatistiği; p	3857.500 / 0.177 ^x
Sağlık güvencesi	
Var	17.05 ± 3.7 / 19 (5 - 20)
Yok	17 ± 2.68 / 16.5 (14 - 20)
Test İstatistiği; p	922.000 / 0.722 ^x

Tablo 11. (Devam)

Yaşanılan yer	
İl	17.08 ± 3.83 / 19 (5 - 20) ^a
İlçe	17.47 ± 3.45 / 19 (6 - 20) ^a
Köy	15.27 ± 3.72 / 15 (5 - 20) ^b
Test İstatistiği; p	13.060 / 0.002^y
Algılanan genel sağlık durumu	
Kötü	15.57 ± 3.41 / 15 (9 - 20) ^a
Orta	17.11 ± 3.83 / 19 (5 - 20) ^b
İyi	17.96 ± 3.16 / 20 (10 - 20) ^b
Çok iyi	18.6 ± 2.61 / 20 (14 - 20) ^{ab}
Fikrim yok	18.25 ± 2.06 / 18.5 (16 - 20) ^{ab}
Test İstatistiği; p	16.585 / 0.002^y
Tıbbi tanı	
Sindirim Sistemi Kanseri	16.98 ± 3.67 / 19 (5 - 20)
Solunum Sistemi Kanseri	17.16 ± 3.24 / 18 (9 - 20)
Genitoüriner Sistem Kanseri	15.78 ± 4.47 / 17 (6 - 20)
Sinir Sistemi Kanseri	17.93 ± 3.42 / 20 (5 - 20)
Kas İskelet Sistemi Kanseri	17.67 ± 3.57 / 19.5 (6 - 20)
Meme Kanseri	17.38 ± 3.75 / 20 (8 - 20)
Diğer	16.42 ± 4.31 / 20 (6 - 20)
Test İstatistiği; p	6.158 / 0.406 ^y
Tanı süresi	
11 ay altı	17.16 ± 3.69 / 19 (5 - 20)
1-5 yıl	17.2 ± 3.3 / 185 (7 - 20)
5-10 yıl	14.8 ± 4.83 / 14 (8 - 20)
10 yıl ve üzeri	15.78 ± 5.54 / 18 (5 - 20)
Test İstatistiği; p	2.416 / 0.491 ^y
Hastanede kalma süresi	
3-10 gün	17.11 ± 3.63 / 19 (5 - 20)
11-20 gün	17.33 ± 3.38 / 19 (10 - 20)
21-30 gün	16.04 ± 4.58 / 18 (5 - 20)
41 gün ve üzeri	17.43 ± 2.76 / 19 (13 - 20)
Test İstatistiği; p	0.664 / 0.882 ^y
Daha önce hastanede yatma durumu	
Var	17.24 ± 3.58 / 19 (5 - 20)
Yok	16.06 ± 4.03 / 17,5 (5 - 20)
Test İstatistiği; p	6798.500 / 0.052 ^x
Tedavi şekli	
Kemoterapi	16.73 ± 3.76 / 18 (6 - 20)
Radyoterapi	18.31 ± 3.12 / 20 (10 - 20)
Kemoterapi+Radyoterapi	16.97 ± 3.75 / 19 (5 - 20)
Cerrahi Tedavi	16 ± 3.2 / 16 (11 - 20)
Test İstatistiği; p	8.980 / 0.030^y
Refakatçi kalma durumu	
Her zaman	17 ± 3.72 / 19 (5 - 20)
Aralıklı	17.32 ± 3.44 / 19 (10 - 20)
Kalmadı	18 ± 3.08 / 20 (13 - 20)
Test İstatistiği; p	0.611 / 0.737 ^y

^xMann Whitney U Testi; ^y Kruskal Wallis H Testi; Ortalama ± Standart Sapma; Ortanca (Minimum – Maksimum) ^{a-b} Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur

5. TARTIŞMA

Kanser tedavisi, karmaşık tedaviler ve zorlayıcı yan etkiler nedeniyle uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu süreçte hastalar birçok semptomla karşı karşıya kalır. Bu nedenle, bireylere yönelik bütüncül ve kapsamlı bakım büyük önem taşımaktadır (78). Hemşirelik bakım uygulamalarının eksik veya geç uygulanması ise komplikasyonların artmasına ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olmaktadır. Bu sorunlar ise şefkat temelli bakım uygulamalarıyla azaltılabilmektedir (134). Özellikle şefkat temelli yaklaşımlar, semptomların yönetiminde etkili olup depresyon ve kaygıyı azaltmakla birlikte beden algısı, öz-şefkat, farkındalık, fiziksel sağlık ve sosyal ilişkilerde olumlu gelişmeleri desteklemektedir (133). Bu doğrultuda karşılanmamış hemşirelik bakımı ile algılanan şefkat arasındaki ilişkinin incelenmesi sağlık hizmetlerinin ve sağlık politikalarının gelişimi, bakımın kalitesinin artması, meydana gelebilecek olumsuz olayların azaltılması ve hasta güvenliği gibi pek çok açıdan önem arz etmektedir. Bu bağlamda çalışmada, 290 onkoloji hastasının karşılanmamış hemşirelik bakımı ile şefkatli bakım algıları arasındaki ilişki incelenmiş ve elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Karşılanmamış hemşirelik bakımı, sağlık hizmetlerinin kalitesini düşüren ve hasta güvenliğini tehlikeye atan önemli bir sorundur. Bakımın ertelenmesi ya da verilmemesi, hastaların sağlık sonuçlarını olumsuz etkilerken hemşirelere olan güveni ve bakım memnuniyetini de azaltmaktadır (24, 112, 113). Bu nedenle, hemşirelik bakımının eksiksiz ve zamanında verilmesi, hasta, hemşire ve sağlık hizmetleri açısından büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada karşılanmamış hemşirelik bakım oranının %29.78 olduğu saptandı. Türkiye'nin de aralarında bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde karşılanmamış bakıma ilişkin çalışmalara yönelik sistematik inceleme ve meta analiz çalışmasının raporlarına göre karşılanmamış bakım oranının %6.8 ile %98.1 arasında geniş bir aralıkta olduğu belirtilmiştir (9). Filistin'de onkoloji birimlerinde hemşirelerle yapılan bir çalışmada ise karşılanmamış hemşirelik bakım oranı %39 olarak bildirilmiştir (140). Elde edilen veriler, hastaların karşılanmamış hemşirelik bakımı toplam puan ortalaması açısından ele alındığında ise çalışmamızda karşılanmamış bakım puanı ortalaması 2.11 ± 0.52 olarak saptandı. MISSCARE Hasta Anketi kullanılarak yürütülen önceki çalışmalarda bu değer, Kalish ve arkadaşlarının çalışmasında (8) 1.83 ± 0.63 , Sarpong ve arkadaşlarının çalışmasında (22) 1.88 ± 0.53 , Sönmez ve arkadaşlarının çalışmasında (7) ise 1.59 ± 0.40 olarak nispeten daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmaların örneklem özellikleri

incelendiğinde; onkoloji hastalarının da örnekleme yer aldığı ancak farklı tıbbi tanısı olan hastaları içerdiği görülmektedir. Bu çalışmada karşılanmamış bakım puanının önceki çalışmalardan bir miktar yüksek olması, örnekleminin yalnızca onkoloji hastalarını içermesi ile ilişkilendirilebilir. Nitekim onkoloji hastalarının bakım gereksinimlerini inceleyen çalışmalar bu hasta grubunun bakım gereksinimlerinin çok yönlü ele alınması gerektiği ve bakım gereksinimlerinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (26, 141, 142).

MISSCARE Hasta Anketi'nin alt boyut puanları açısından ele alındığında temel bakım alt boyut puanının en yüksek karşılanmamış bakım puanına sahip iken iletişim ve zaman alt boyutu daha düşük düzeyde olduğu belirlendi. Bu bulgular, hastalar ile yapılan çalışmalarda benzer iken (8, 22, 25) hemşireler ile yapılan çalışmalarda iletişim ve zaman alt boyutunu da içeren gereksinimlerin de yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (107, 143). Hemşirelerin karşılanmamış bakım algısını inceleyen araştırmalarda fizyolojik gereksinimlerin en düşük düzeyde karşılanmamış bakım puanına sahip olduğu, duygusal destek verilmesi, hastanın talebine zamanında yanıt verilmesi gibi bu ölçeğin iletişim ve zaman alt boyutunu da içeren gereksinimlerin en yüksek karşılanmamış bakım gereksinimleri olduğu belirlenmiştir. Hemşire ve hasta ile yürütülen çalışmalardaki bu farklılık hastaların bakım sürecindeki beklentileri ile hemşirelerin bakım deneyimleri ve algıları arasındaki farklılık ile ilişkilendirilebilir.

Karşılanmamış bakım fenomeni kapsamında önemli bir yeri olan temel bakım alt boyutu hastaların fizyolojik bakım gereksinimlerinin karşılanma durumunu ele almaktadır (8). Bu çalışmada MISSCARE Hasta Anketi'nin temel bakım alt boyut puanının en yüksek puana (3.57 ± 1.01) sahip alt boyut olduğu ve bu alt boyuttan elde edilen bu puanın yüksek düzeyde karşılanmamış bakımı gösterdiği görülmektedir. Bu çalışmalara benzer şekilde Hancı'nin (26) tez çalışmasında hastaların karşılanmamış temel bakım alt boyut puanı 3.85 ± 1.19 olarak saptanmıştır. Yayla ve Eskiçi'nin (23) çalışmasında da benzer şekilde temel bakım alt boyut puanının $3,69 \pm 1,78$ olduğu ve en yüksek alt boyut puanına sahip olduğu saptanmıştır. Kalisch ve arkadaşlarının (8) çalışmasında da temel bakım alt boyut puanı 2.35 ± 1.09 ve Sarpong ve arkadaşlarının (22) çalışmasında ise 2.32 ± 0.98 olarak bulunmuş ve diğer alt boyutlara göre en yüksek puana sahip alt boyut olduğu saptanmıştır. Onkoloji hastalarında hastalığa bağlı fiziksel kısıtlılıklar ile birlikte, tedavi ve bakım süreçlerinin de etkisiyle eklenen yorgunluk, aktivite intoleransı gibi durumlar özbakım gereksinimlerini karşılayamama riskini artırmaktadır. Bu hastalar vücut hijyenini sağlama,

ağız bakımı, oturma ve yürüme gibi temel aktiviteleri yerine getirmede bağımlılık yaşamaktadır (144). Özellikle bu gereksinimlerinin karşılanmadığına dair yüksek düzeydeki algı bakım kalitesi ve hasta sonuçları açısından oldukça düşündürücüdür. Bununla birlikte, bu bulgular hemşirelerin banyo yaptırma, ağız bakımı verme, mobilizasyon gibi temel bakıma ilişkin faaliyetleri hemşirenin görevi olarak değerlendirmemesi ile ilişkilendirilebilir (1). Diğer yandan, bu çalışmada temel bakım alt boyut puanının uluslararası çalışmalara göre daha yüksek olması hastaların çoğunun refakatçisinin olması ve temel bakım uygulamalarının refakatçiler tarafından karşılanması ile ilişkilendirilebilir. Nitekim bu çalışmada her zaman refakatçisi olan hastaların karşılanmamış bakım ortalama puanları aralıklı olarak refakatçisi olan hastalardan anlamlı derecede yüksek bulundu.

Hemşirelik bakımının özünü hasta-hemşire arasındaki iletişim oluşturur (145). Nitekim, hemşirelik bakımı kişilerarası ilişkiler süreci olarak tanımlanmaktadır (146). İletişim, karşılanmamış bakımın değerlendirilmesinde de temel bir göstergedir (147). Bu araştırmada hastaların MISSCARE Hasta Anketi'ne verdikleri yanıtlara göre iletişim alt boyutu puanlarının düşük düzeyde (1.86 ± 0.8) olduğu saptandı. Bu bulgu, önceki araştırma bulguları (7, 8, 23, 25, 26) ile paralellik göstermektedir. Dabney ve Kalisch'nin (21) çalışmasında çalışmamıza benzer şekilde hastaların iletişim alt boyutunda bildirdiği karşılanmamış gereksinim düzeyi düşük (1.69 ± 0.71) bulunmuştur. Cho ve arkadaşlarının çalışmasında ise benzer şekilde hastaların iletişim alt boyut puanının düşük olduğu saptanmıştır (20). Yine Sönmez ve arkadaşlarının (7) çalışmasında karşılanmamış bakım iletişim alt boyut puanı 1.28 ± 0.43 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlara göre hastaların bakım sürecinde hemşirelerin iletişim süreçlerinden memnuniyet duyduklarını, iletişim gereksinimlerini karşılanmış olarak hissettikleri söylenebilir. Bununla birlikte daha önce hastaneye yatış deneyimi olan hastaların karşılanmamış iletişim gereksinimlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulgular hastaların, hastane ortamına uyum sağlamaları, bakım deneyimleri ve bakımdan beklentileri ile ilişkilendirilebilir.

Onkoloji hastalarının yaşamını tehdit eden, acil müdahale gerektiren bakım gereksinimleri ortaya çıkabilmektedir. Bu hastaların bireyselleştirilmiş bir yaklaşım ile durumlarının izlenmesi, herhangi bir kötüleşme halinde hızlı yanıt verilmesi gereklidir (117). Karşılanmamış bakımın değerlendirilmesinde zaman olarak ele alınan bu durum, hastaların gereksinim halinde hemşirelerin yanıt verme süresini değerlendirmektedir (8). Bu araştırmadan elde edilen veriler, zaman alt boyutunun en düşük puana sahip olduğunu

(1.29±0.51), hemşirelerin bu hasta grubuna ihtiyaç duydukları sürede gereksinimlerine yanıt verdiğini göstermektedir. Diğer yandan, bu alt boyuttaki ölçek maddelerine “yardım istemedim veya ihtiyacım olmadı (n=183), çağrı ışığına hiç basmadım (sırasıyla; n=99, n=89), hiçbir makine uyarı sesi çıkarmadı (n=64)” şeklinde yanıt veren hasta sayısının yüksek olması dikkati çekmektedir. Araştırmanın bu bulgusu, ihtiyaç ortaya çıktığında hastaların yanıtlarının değişme olasılığını da içermektedir. Aynı zamanda ankette, tualete gitmek için yardım istemedim, ihtiyacım olmadı şeklinde verilen yanıtlar hastaların bu bakım gereksinimi için hemşireden yardım istemesi gerektiğini düşünmemesi, bu gereksinimlerin kendileri veya refakatçileri tarafından karşılanması ile ilişkilendirilebilir.

Karşılanmamış bakım fenomeni hastaların fizyolojik ve psikososyal bakım gereksinimlerinin zamanında ve eksiksiz karşılanma durumunu değerlendirmeye odaklanmaktadır. Bu kapsamda, karşılanmamış bakım ölçekleri hastaların fiziksel ve duygusal gereksinimlerinin atlanması / tamamlanmaması / ertelenmesi durumunu değerlendirmeye yönelik maddelerden oluşmaktadır. Bu çalışmada hastaların MISSCARE Hasta Anketi’ne verdikleri yanıtlar incelendiğinde; hastaların en sık karşılanmamış üç bakım gereksiniminin temel bakım alt boyutundaki “banyo yaptırılması/vücut temizliğinin kontrol edilmesi”, “hastaya ağız bakımı verilmesi/kontrol edilmesi” ve “hastanın yürütülmesi” , “hastaları sandalyeye kaldırma “ olarak saptandığı ve önceki çalışmalarda belirlenen en sık karşılanmamış bakım girişimleri ile benzer olduğu görülmektedir (8, 22). Hastaların özbildirimi ile elde edilen bu sonuçlar, hemşirelerin özbildirimi ile yapılan araştırma sonuçları karşılaştırıldığında ise yaşam bulguları ve glukoz izlemi dışındaki fizyolojik bakım gereksinimlerinin karşılanmama oranlarının paralellik gösterdiği dikkati çekmektedir. Bu çalışmalarda hemşirelerin özbildirimine dayalı olarak, “hastayı günde üç kez veya gerektiği kadar ayağa kaldırma/dolaştırma”, “hastayı her iki saatte bir döndürme”, “hastaya ağız bakımı verme”, en sık karşılanmamış bakım gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (148-152). Karşılanmamış hemşirelik bakımı nedenleri ise yetersiz sağlık ekibi üyesi sayısı, iş yükü, ekipler arası iletişim ve kaynakların dağılımı gibi birçok faktörden oluşan çok boyutlu bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (148, 149).

Karşılanmamış hemşirelik bakımı hastalara verilen sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkileyen ve hasta güvenliğini tehlikeye atan önemli ve yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir (11). Bakım sürecinde hemşirelik uygulamalarının tam olarak yerine getirilmemesi, hasta sonuçlarında istenmeyen durumların meydana gelmesine neden

olmaktadır (153). Bu çalışmada hastaların %40.7'sinin en az bir defa istenmeyen olay bildirdiği saptandı. Literatür incelendiğinde bir çalışmada hastaların %53.2'sinin en az bir istenmeyen olay yaşadığı belirlenmiştir (24). Çalışmamızda olayların oranları incelendiğinde ise bu çalışmada damar yolu tıkanması (%26.9), damar yolundan cilt altına sızıntı olması (%19) ve yeni enfeksiyon gelişmesi (%12.8) olarak sıralandığı görülmektedir. Diğer istenmeyen olayların ise sıklıkla yaşanmadığı belirlendi. Konuya ilişkin önceki çalışmalarda benzer şekilde en sık bildirilen istenmeyen olayların kateterizasyon ile ilgili problemler olduğu belirlenmiştir (7, 8, 22, 25, 26). Damar yolu tıkanıklığı ve cilt altına sızıntı olması hastanın tedavi sürecini kesintiye uğratan, hastada ağrı ve doku hasarı gibi olumsuz sonuçlara yol açabilen ve hasta güvenliğini tehdit eden önemli komplikasyonlardır. Araştırmanın örneklemini onkoloji hastalarının oluşturduğu dikkate alındığında ise bu istenmeyen durumlar açısından daha da hassas bir konumdadır (62). Onkoloji hastaları kemoterapötik etkili ilaçların etkisi, uzun süren hastane yatışları, damar yapısı ile ilgili sorunlar, enfeksiyon riskinin yüksek olması gibi pek çok nedenle komplikasyon riski yüksek bir gruptur (62). Benzer şekilde sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlar bakıma duyarlı göstergeler olarak kabul edilmekte ve hasta sonuçları üzerinde hayati öneme sahip olumsuz bir durumdur (154). Hemşirelik bakımının niteliğini yansıtan önemli bir bakım göstergesi olan damar yolu yönetimi, hemşirelik uygulamalarında hasta güvenliği açısından önemli bir sorumluluk alanı olup, bu alandaki yetersizlikler hem hasta memnuniyetini hem de klinik sonuçları olumsuz yönde etkileyebilmektedir (155). Bu bulgular, en yüksek görülme oranına sahip damar yolu ile ilişkili istenmeyen olayların önlenmesi ve kontrol altına alınmasında damaryolu bakım protokollerine/ algoritmalarına, konuya ilişkin onkoloji hemşirelerinin eğitim ihtiyaçlarının belirlenerek, eğitimler planlanmasına ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının uygulanmasına duyulan gereksinim olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışmada yapılan karşılaştırma analizi ile istenmeyen olay yaşayan hastaların temel bakım gereksinimleri puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edildi. Konuya ilişkin önceki çalışmalar (8, 20) da benzer şekilde, istenmeyen olay deneyimleyen hastalarda temel bakım puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, hastaların temel bakım gereksinimlerinin karşılanmamasının klinik açıdan anlamlı ve ölçülebilir sonuçlara da neden olabildiğini göstermektedir. Bu riskler dikkate alınarak hemşirelik bakım sürecinin bireye özgü ve bütüncül bir yaklaşım ile yönetilmesi beklenmektedir. Hemşirelerin artan iş yükü ve yetersiz sağlık ekibi üyesi sayısı gibi yapısal sorunlar nedeniyle temel bakım protokollerini tam olarak uygulayamaması istenmeyen

durumların nedenleri olabilir. İlgili birimlerde istenmeyen hasta sonuçlarının hasta güvenliğini tehdit eden parametreler olarak izlenmesi ve önlemeye yönelik eylemlere ihtiyaç duyulduğu ifade edilebilir.

Şefkat bir başkasının acısını veya sıkıntısını fark etme ve bunu hafifletmek için içten bir çaba göstermektir (120). Hastalara verilen şefkatli bakım ise, hemşireliğin temel ilkelerinden biri olup, etik ve profesyonel uygulamalarda önemli bir konuma sahiptir (127). Hemşirelerin hastalara gösterdiği şefkat, hemşire ve hasta arasında olumlu etkileşim ve güvenilir ilişki oluşturarak hem sağlık sonuçlarını hem de hastaların memnuniyetini artırmakta bu da kaliteli sağlık hizmetlerine yansımaktadır (129). Bu bağlamda hastaların şefkatli bakım algılarının ele alındığı çalışmamızda, ölçek toplam puan ortalaması 3.41 ± 0.74 olarak belirlendi. Ölçekten alınan ortalama puanların yüksek olması, hastaların şefkatli bakım algılarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, hastaların şefkatli bakım algısını değerlendiren orijinal ölçek çalışması (32) ve ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının (33) sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Özsaban ve arkadaşları (33) ölçek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, 5-Maddelik Şefkat Ölçeği toplam puan ortalamasını 3.00 ± 0.60 olarak bulunmuştur. Kocaman'ın tez çalışmasında ise puan ortalaması 3.79 ± 0.39 olarak bulunmuştur (156). Bir diğer tez çalışmasında yine benzer şekilde hastaların algıladığı şefkat düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir (157). Bu çalışmanın bulguları ile literatürdeki diğer çalışmaların bulguları, hastaların hemşirelik bakım sürecinde hemşirelerden şefkat gördüğünü, aynı zamanda hemşirelerin de bakım sunarken hastalarda şefkat algısı oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir. Şefkatli bakım onkoloji hastalarının psikososyal sağlığını olumlu etkilemekte bunun yanı sıra şefkatli bakım girişimleri depresyon ve anksiyete semptomlarını hafifletip beden imajı memnuniyetini, farkındalığı, fiziksel sağlığı ve sosyal ilişkilerin kalitesini artırmaktadır (133). Onkoloji hastalarının şefkatli bakım beklentilerinin büyük oranda karşılandığı şeklinde değerlendirilebilir. Diğer yandan, onkoloji hastalarında hastalık ve tedavi süreci sebebiyle depresyon, anksiyete belirtileri yaygın olarak görülmektedir (158). Ayrıca, onkoloji hastaları sıklıkla kendilerini sorgulamakta ve yoğun olumsuz duygular deneyimlemektedir (159). Onkoloji hastalarının yaşadığı bu zorlukları şefkatli bakıma duydukları gereksinimi artırmaktadır. Nitekim, bu çalışmada genel sağlık durumunu kötü olarak algılayan hastaların şefkat algı puanlarının daha düşük olması bu bilgiyi desteklediği yönünde yorumlanabilir. Bakım süreçlerinde daha fazla şefkat ihtiyacı hisseden bu hastaların gereksinimlerinin karşılanmadığına ilişkin algısı dikkati çekmiştir.

Karşılanmamış bakım hastaların fiziksel ve psikososyal bakım gereksinimlerinin kısmen veya tamamen karşılanamaması durumunu ifade eder (160). Diğer yandan, Watson İnsan Bakım Kuramı'nda şefkatli bakımı iyileştirici süreçlerin özellikleri arasında sıralamış, teknik becerilerin ötesine geçerek şefkat, sevgi, saygı, iyilik, adanmışlık, cesaret, sezgi, vicdan, etik, samimiyeti içeren duygu ve eylemlerin bakım kavramını oluşturduğunu belirtmiştir (161). Şefkat yeterliliğinin bilgi, beceri ve tutumlarını benimseyen şefkatli hemşireler, fiziksel ve psikososyal bakım ile eğitim gereksinimlerine duyarlı bir şekilde yanıt verebilir ve gerekli hemşirelik bakımını ihmal etme olasılıkları azalır (135). Nitekim şefkatli bakımın göstergeleri olan hasta ile güven ilişkisi kurma, duygusal destek sağlama ve hastanın tüm fiziksel ve psikososyal bakım gereksinimlerinin giderilmesi karşılanmamış bakımın da göstergeleridir (33). Bu bağlamda hastaların karşılanmamış hemşirelik bakımı ile şefkatli bakım algıları arasındaki ilişki incelendiğinde negatif yönlü, orta şiddette, anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bununla birlikte, hastaların karşılanmamış bakım algısı ile şefkatli bakım algısının karşılıklı olarak birbirini anlamlı şekilde negatif yönde etkilediği saptandı. Karşılanmamış bakım fenomeni ve şefkat arasındaki ilişkiyi hasta perspektifinden inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olup elde edilen sonuçlar karşılanmamış bakım ve şefkat arasındaki ilişkiyi hemşirelerin öz bildirimine dayalı olarak ele alan araştırma sonuçları ile tartışılmıştır. Bu bağlamda, yoğun bakım hemşirelerinin karşılanmamış bakım ve şefkatli bakıma ilişkin deneyimlerinin incelendiği çalışmada negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (162). Kim ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin şefkat yeterliliği arttıkça karşılanmamış hemşirelik bakımının azaldığı saptanmıştır (135). Elde edilen bu sonuçların araştırmanın bu bulgusunu desteklediği ifade edilebilir. Bu bulgu, bakım sürecinde şefkatli bir yaklaşım hissedemeyen hastalar bakım gereksinimlerinin karşılanmadığını algılayabilir. Bakım sürecinin insan odaklı, etik ve değer temelli bir anlayışla sürdürülmesinin gerekliliğini gösterebilir.

Karşılanmamış bakımın temel bakım alt boyutunda fizyolojik gereksinimlerin karşılanma durumunun ele aldığı dikkate alındığında hastaların fizyolojik gereksinimlerinin karşılanma sürecinin yalnızca teknik beceriler ile ilgili olmadığı, bakım sürecinin bir bütün olarak sürdürülmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hastaların banyo yaptırılması, ağız bakımı verilmesi, yürütülmesi gibi fizyolojik ihtiyaçları hemşirelik girişimleri ile karşılanırken, “hemşirelik bakımı” bu girişimlerin hemşirelik inanç, tutum, değer ve anlayışının eylemlere yansıtılması ile amacına ulaşır (161). Hemşirelerin şefkatli yaklaşımı, hasta ile güvene dayalı olumlu bir ilişki kurarak hem sağlık sonuçlarını hem de hasta

memnuniyetini artırır (129). Bu çalışmada, hastaların şefkatli bakım algıları ile karşılanmamış bakım temel bakım alt boyutu puanları arasında negatif yönlü, orta düzeyde, anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Bu, temel bakımda karşılanmamış hemşirelik bakımı arttıkça hastaların algıladığı şefkatin azaldığını göstermektedir. Onkoloji hastalarının uzun süren ve tekrarlı hastane yatış deneyimleri, hastalığın ve tedavi süreçlerinin yarattığı fiziksel ve psikolojik etkiler bakım sürecinde bireyselleştirilmiş, şefkatli bakım ihtiyaçlarını daha fazla ön plana çıkarmaktadır (78, 133). Araştırmanın bu bulgusu, onkoloji hastalarının bakımının amacına ulaşabilmesinde bakım süreçlerinin teknik işlemler olarak algılanmaması, iyileştirici süreçler olarak özümsemesine duyulan gereksinim olarak yorumlanabilir.

Hemşirelikte iletişim becerileri, şefkatli bakımın temel unsurlarındandır. Etkin dinleme, doğru soru sorma ve beden dilinin uygun kullanımı, hasta ile güven ilişkisi kurmada etkilidir. Ayrıca iletişim, hemşirenin şefkatini yansıtmasını sağlar (163). Şefkatin tanımında ise başkalarıyla empati kurup onların bakış açısını anladıktan sonra, şefkatli bir şekilde harekete geçme veya onlarla iletişim kurma süreci dikkat çeker (164). Bu çalışmada, hastaların karşılanmamış bakım ile şefkatli bakım algıları arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Bu, iletişimde karşılanmamış hemşirelik bakımı arttıkça hastaların algıladığı şefkatin azaldığını göstermektedir. Onkoloji hastalarının, karmaşık tıbbi bilgiler, zor tedavi kararları, yan etkiler ve hastalığın tekrarlama riski nedeniyle etkili iletişim, duygusal destek ve bakım beklentileri artar (90). Bu doğrultuda onkoloji hastaları için iletişim ve duygusal destek büyük önem taşır. Ancak hemşirelerin birden fazla hastaya bakım vermesi ve her hasta ile yeterli zamanı geçirememeleri etkili iletişimi zorlaştırabilir. Ayrıca, onkoloji hastalarının belirsizlik ve yoğun duygusal stres altında olması da hemşirelerle etkili iletişim kurmalarını zorlaştırabilir. Bu durum da iletişim eksikliklerine ve dolayısıyla algılanan şefkat düzeyinin azalmasına yol açabilir.

Karşılanmamış bakım, bakımın yalnızca verilememesi değil ertelenmesini de içermektedir (2). Bu doğrultuda, gereksinimlerin zamanında karşılanması ile güvenli ve etkili bakım mümkün olabilir (117). MISSCARE Hasta Anketi'nin zaman alt boyutu ile şefkat arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu alt boyuttaki ölçek maddelerine “yardım istemedim veya ihtiyacım olmadı, çağrı ışığına hiç basmadım, hiçbir makine uyarı sesi çıkarmadı” şeklinde yanıt veren hasta sayısının örneklemin önemli bir kısmını oluşturması ile ilişkili olabilir. Araştırmanın bu bulgusu, ihtiyaç ortaya çıktığında

hastaların yanıtlarının değişme olasılığını da içermektedir. Aynı zamanda, tuvalete gitmek için yardım istemedim, ihtiyacım olmadı şeklinde verilen yanıtlar hastaların bu bakım gereksinimi için hemşireden yardım istemesi gerektiğini düşünmemesi, bu gereksinimlerin kendileri veya refakatçileri tarafından karşılamasından dolayı hastaların beklentisinin olmaması hastaların algıladıkları şefkat düzeyini etkilenmemesine yol açmış olabilir.

Bu çalışmada, hastaların yaşadıkları yer ile algılanan karşılanmamış bakım ve şefkat arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu bulundu. Özellikle kırsal bölgelerde yaşayan hastaların karşılanmamış bakım algılarının daha yüksek, şefkat algılarının ise daha düşük olması, sağlık hizmetlerinde bölgesel farklılıklar ve yaşam kültürünün hastaların bakış açısı ve bakımdan beklentileri üzerinde etkili olduğu yönünde değerlendirilebilir.

Hastaların eğitim düzeyi daha yüksek olan hastaların karşılanmamış temel bakım alt boyutu puanının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlendi. Daha yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların bakıma ilişkin farkındalık ve beklentilerinin yüksek olması ile sağlık hizmetlerini eleştirel bir bakış açısı ile değerlendirmeleri ile ilişkilendirilebilir.

Bu araştırmaya iki farklı birimde tedavi ve bakım alan hastalar dahil edilmiş olup radyasyon onkoloji biriminde yatan ve radyoterapi alan hastaların şefkatli bakım algıları anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Bu durum bu birimde hemşire başına düşen hasta sayısının diğer birime göre daha düşük olması, dolayısı ile hastaya ayrılan zamanın daha yüksek olması ile ilişkilendirilebilir. Bununla birlikte radyoterapi uygulanan hastaların, onkoloji birimlerinde yatan hastalara kıyasla, genel durumlarının daha iyi olması ve hastanede daha uzun süre yatarak şefkatli bakımı daha iyi değerlendirebilecek kadar deneyim sahibi olmaları şeklinde yorumlanabilir.

Son olarak, bu çalışmada hastaların karşılanmamış bakım ve şefkatli bakım algıları ile diğer sosyodemografik ve hastalık ile ilişkili özelliklerinin karşılaştırılmasında anlamlı bir farklılık elde edilmedi. Bu durum, çalışmanın Karadeniz bölgesinde yaşayan, benzer kültürel özelliklere sahip ve aynı sağlık kuruluşlarından hizmet alan dolayısı ile benzer beklenti ve deneyimlere sahip hastaları kapsamaması ile ilişkilendirilebilir. Bulgular, karşılanmamış bakımın sosyodemografik faktörlerden bağımsız olarak tüm hasta popülasyonunu etkileyen yaygın bir sorun olduğunu gösterebilir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda karşılanmamış bakımın asıl belirleyicilerinin sağlık sistemi kaynakları, çalışma koşulları ve yetersiz sağlık ekibi üyesi sayısı gibi yapısal faktörler olduğu düşünülmektedir.

(150). Bu nedenle, belirli gruplara odaklanmaktan ziyade hemşirelik bakım kalitesini genel olarak artırmaya yönelik yaklaşımlar daha etkili olabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hastaların karşılanmamış hemşirelik bakımı ile şefkatli bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışma kapsamında elde edilen sonuçlar aşağıda sıralanmıştır.

- Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması 60.79 ± 12.5 yıl olarak bulunmuştur. Çalışmayan katılan hastaların %58.3'ü erkek, %46.2'si ilkokul mezunu, %87.9'unun çalışmadığı, %97.9'unun sağlık güvencesinin olduğu ve %51.7'sinin ise ilçede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo2).
- Hastaların %63.8'si genel sağlık durumunu orta düzeyde olarak algılamakta, %35.9'u sindirim sistemi kanseri tanısı ile yatmaktadır. Hastaların %58.3'ü kanser tanısının bir yıldan daha kısa süre önce konulduğunu belirtmiştir. Hastanede kalma süresinin %74.8'inde 3-10 gün arasında olduğu ve %83.4'ünün daha önce hastanede yatma deneyiminin olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların %52.4'ünün hem kemoterapi hem radyoterapi tedavisi aldığı ve %89.7'sinin her zaman yanında refakatçi kaldığı saptanmıştır (Tablo2).
- Hastaların karşılanmamış hemşirelik bakımı ortalama puanı 2.11 ± 0.52 olarak hesaplanmış olup, temel bakım alt boyutu ortalama puanı 3.57 ± 1.01 , iletişim alt boyutu ortalama puanı 1.86 ± 0.8 ve zaman alt boyutu 1.29 ± 0.51 olarak bulunmuştur (Tablo 3).
- Çalışmada en yüksek ortalama puana sahip karşılanmamış hemşirelik bakım girişimleri sırasıyla, “hastanın banyo yaptırılması/vücut temizliğinin kontrol edilmesi” (4.06 ± 1.32), “hastaya ağız bakımı verilmesi/kontrol edilmesi” (3.85 ± 1.44) ve “hastanın yürütülmesi” (3.29 ± 1.53) ve “sandalyeye oturtulması” (3.14 ± 1.44) olduğu saptanmıştır (Tablo 4).
- Hastalar tarafından bildirilen en yüksek dört istenmeyen olay sırasıyla damar yolunun tıkanması (%26.9), damar yolundan cilt altına sızıntı olması (%19), yeni enfeksiyon gelişmesi (%12.8), deri bütünlüğünde bozulma/basınç yaralanması (%5.2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).
- Hastaların algıladığı şefkatli bakımın yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (Ort $\pm$ SS= 3.41 ± 0.74) (Tablo 6).
- İstenmeyen olay görülme durumuna göre MISSCARE Hasta Anketi'nin temel bakım alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu

belirlenmiştir ($p=0.044$). İstenmeyen olay görülme durumu ile iletişim ve zaman alt boyutları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla, $p=0.096$, $p=0.152$) (Tablo 7).

- Hastaların şefkatli bakım ile karşılanmamış bakım algıları toplam puanları arasında negatif yönlü, orta şiddette ($r^x=-0.592$; $p<0.001$), temel bakım alt boyutu puanları arasında negatif yönlü, orta düzeyde ($r^x=-0.425$; $p<0.001$), iletişim alt boyutu puanları arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r^x=-0.366$; $p<0.001$) olduğu saptanmıştır. Şefkatli bakım ile zaman alt boyutu puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p=0.052$) (Tablo 8).
- Hastaların karşılanmamış bakım gereksinimlerine ilişkin algısının şefkatli bakım algıları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir ($F=45.175$; $p<0.001$; $R^2:\%39.57$). MISSCARE Hasta Anketi puanının bir birim artması 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanını 4.22 birim azaltmaktadır ($p<0.001$) (Tablo 9).
- Bu çalışmada hastaların şefkatli bakım algısının karşılanmamış bakım gereksinimlerine ilişkin algıları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. ($F=55.731$; $p<0.001$; $R^2:\%44.68$). 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanının bir birim artması MISSCARE Hasta Anketi puanını 0.084 birim azaltmaktadır ($p<0.001$) (Tablo 9).
- Hastaların yaşadığı yer ile MISSCARE Hasta Anketi toplam puan ($p<0.001$) ve öğrenim durumu ile MISSCARE Hasta Anketi temel bakım puanı ($p=0.043$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Diğer sosyodemografik özellikler ile ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 10).
- Hastaların daha önce hastaneye yatma durumu ile MISSCARE Hasta Anketi iletişim puanı ($p=0.020$) ve refakatçi kalma durumu ile MISSCARE Hasta Anketi toplam puanı ($p=0.028$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Diğer sağlık ve hastane süreci bilgileri ile ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 10).
- Bu çalışmada hastaların yaşadığı yer ve 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.002$). Diğer sosyodemografik

özellikler ile ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

- Bu çalışmada hastaların algılanan genel sağlık durumu ve tedavi şekli ile 5-Maddelik Şefkat Ölçeği puanı arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.002$, $p=0.030$ sırasıyla). Diğer sağlık ve hastane süreci bilgileri ile ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Bu çalışma kapsamında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Karşılanmamış hemşirelik bakımı ve şefkat algısının hastaların bakış açısı ile düzenli olarak değerlendirilmesi, izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik kurumsal düzeyde ve onkoloji birimlerinde planlamalar yapılması önerilebilir.
- Hastaların şefkatli bakıma ilişkin olumlu algılarının sürdürülebilmesi ve hastaların algılarının daha da yükseltilebilmesi için şefkat yorgunluğuna karşı hemşirelerin çalışma ortamının iyileştirilmesi ve psikososyal açıdan desteklenmesi önerilebilir.
- Onkoloji hastalarının bakım sürecinde, bakım gereksinimlerini etkileyebilecek faktörlerin bütüncül bir bakış açısı ile kapsamlı şekilde değerlendirilmesi ve bakım kalitesini artırmaya yönelik hizmet içi eğitimlerin planlanması önerilebilir.
- Gelecekte yapılacak araştırmalarda, karşılanmamış bakım ve şefkatli bakım konularında hem hastaların hem de hemşirelerin bakış açısını inceleyen, farklı araştırma desenleri kullanılarak, daha geniş örneklem gruplarıyla çalışmalar yürütülmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Kalisch B (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality* 21: 306–313.
2. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS (2009). Missed nursing care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 65(7): 1509–1517.
3. Willis E, Zelenikova R, Bail K, Papastavrou E (2021). The globalization of missed nursing care terminology. *International Journal of Nursing Practice* 27(1): e112859.
4. Zelenikova R, Drach-Zahavy A, Gurkova E, Papastavrou E (2019). Understanding the concept of missed nursing care from a cross-cultural perspective. *Journal of Advanced Nursing* 11(75): 2995-3005.
5. Kalankova D, Ziakova K, Kurucova R (2019). Approaches to understanding the phenomenon of missed/rationed/unfinished care-a literature review. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 10(1): 1005-1016.
6. Özsaban A, Acaroğlu R (2022). Karşılanmamış hemşirelik bakımına kavramsal bakış: Bir delphi çalışması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi* 9(3): 457-487.
7. 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.
8. Kalisch BJ, Xie B, Waller Dabney B (2014). Patient-reported missed nursing care correlated with adverse events. *American Journal of Medical Quality* 29(5): 415–422.
9. Gong F, Mei Y, Wu M, Tang C (2025). Global reasons for missed nursing care: a systematic review and meta-analysis. *International Nursing Review* 72(1): e13096.
10. Sworn K, Booth A (2020). A systematic review of the impact of 'missed care' in primary, community and nursing home settings. *Journal of Nursing Management* 28(8): 1805–1829.
11. Dhaini SR, Ausserhofer D, El Bajjani M, Dumit N, Abu-Saad Huijjer H, Simon M (2019). A longitudinal study on implicit rationing of nursing care among Lebanese patients- Study protocol. *Journal of Advanced Nursing* 75(7): 1592–1599.
12. Dabney BW, Kalisch BJ, Clark M (2019). A revised MISSCARE survey: results from pilot testing. *Applied Nursing Research* 50(1): 151202.
13. Tanrıku E, Denat Y (2022). Hemşirelikte Merhametli Bakım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 15(4): 541-556.

14. International Council of Nurses (2012). International Council of Nurses (ICN) Code of Ethics for Nurses [online]. Erişim adresi: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/icn-code-ethics-nurses>. [Erişim Tarihi: 1 Haziran 2025].
15. Alharbi J, Jackson D, Usher K (2019). Compassion fatigue in critical care nurses: An integrative review of the literature. *Saudi Medical Journal* 40(11): 1087-1097.
16. Durkin M, Gurbutt R, Carson J (2018). Qualities, teaching, and measurement of compassion in nursing: A systematic review. *Nurse Education Today* 63: 50-58.
17. Nijboer AA, Van der Cingel MC (2018). Compassion: Use it or lose it? A study into the perceptions of novice nurses on compassion: A qualitative approach. *Nurse Education Today* 72: 84-89.
18. Yazgı Z, Yılmaz M (2019). Onkoloji hastalarının yaşadığı psikososyal sorunlarla baş etmesinde hemşirenin rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dergisi* 4(1): 60-70.
19. Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M (2013). İleri evre kanser hastalarının karşılanmamış bakım gereksinimleri. *Journal of Psychiatric Nursing* 4(3): 153-158.
20. Cho SH, Mark BA, Knafl G, Chang HE, Yoon HJ (2017). Relationships between nurse staffing and patients' experiences, and the mediating effects of missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship* 49(3): 347-355.
21. Dabney BW, Kalisch BJ (2015). Nurse staffing levels and patient-reported missed nursing care. *Journal of Nursing Care Quality* 30(4): 306-312.
22. Sarpong AA, Towell Barnard A, Gent L, Afrifa-Yamoah E, Arabiat D (2025). Patients' Perception of Missed Nursing Care in a Tertiary Hospital: A Cross-Sectional Study. *Nursing Open* 12(2): e70157.
23. Yayla A, Eskici V, Özlü ZK, Kılınç T, Yılmaz B (2023). Ameliyat sonrası dönemde hastaların karşılanmayan bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. *Journal of Health and Nursing Management* 10(2): 163-171.
24. İspir Demir Ö, Yılmaz A, Sönmez B (2024). Relationship between care dependency, adverse events, trust in nurses and satisfaction with care: The mediating role of patient-reported missed care. *Journal of Advanced Nursing* 80(10): 4171-4186.
25. Demir M (2023). Cerrahi hastalarında karşılanamayan hemşirelik bakımı algısı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin değeriendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Trabzon

26. Hancı N (2024). Kanser hastalarında karşılanamayan bakım gereksinimlerinin hastaların bakım memnuniyetine ve hemşirelere duydukları güvene etkisi. Yüksek Lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Ana Bilim Dalı, Ankara
27. Rha SY, Lee HJ, Lee J (2020). Unmet needs in the physical and daily living domain mediates the influence of symptom experience on the quality of life of gastric cancer patients. *Supportive Care in Cancer* 28(3): 1419–1431.
28. Temiz G, Durna Z (2020). Evaluation of quality of life and health care needs in cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Cancer Education* 35(4): 796-807.
29. Pembroke M, Bradley J, Nemeth LS (2020). Breast cancer survivors' unmet needs after completion of radiation therapy treatment. *Oncology Nursing Forum* 47(4): 436-445.
30. Weaver R, O'Connor M, Sobhi S, Carey Smith R, Halkett G (2020). The unmet needs of patients with sarcoma. *Psycho-Oncology* 29(7): 1209-1216.
31. Herrmann A, Mansfield E, Tzelepis F, Lynagh M, Hall A (2020). Use of the supportive care framework to explore haematological cancer survivors' unmet needs: A qualitative study. *BMC Health Services Research* 20(1): 1-13.
32. Roberts B, W Roberts MB, Yao J, Bosire J, Mazzealli A, Trzeciak S (2019). Development and validation of a tool to measure patient assessment of clinical compassion. *JAMA Network Open* 2(5): e193976-e193976.
33. Özşaban A, Cura ŞÜ, Kömürkara S (2023). Turkish version of the 5-item Compassion Measurement Tool: A validity and reliability study. *Archives of Psychiatric Nursing* 45: 137-142.
34. Kocaman Şerbetçi K (2025). Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve merhametli bakım algıları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Çanakkale
35. Açıkgöz N (2025) Kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yatan hastaların şefkat ve hemşirelik bakım kalitesi algılarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Gedik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul
36. Sinclair S, Beamer K, Hack TF, McClement S, Raffin Bouchal S, Chochinov HM, Hagen NA (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine* 31(5): 437-447.

37. Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, Chochinov HM (2016). Compassion in health care: An empirical model. *Journal of Pain and Symptom Management* 51(2): 193-203.
38. Yin W, Wang J, Jiang L, James Kang Y (2021). Cancer and stem cells. *Experimental Biology and Medicine* 246(16): 1791-1801.
39. Deniz EB (2022). Kanser Epidemiyolojisi. *Turkey Health Literacy Journal* 3(2): 102-111.
40. Güllü İH, Akalın İ (2005). Metastaz biyolojisi. *Üroonkoloji Dergisi* 4: 16-19.
41. Ciniviz M, Yılmaz Ersan L (2021). Süt Ürünleri Tüketiminin Kolorektal Kanser Üzerine Etkisi. *Gıda Ve Yem Bilimi Teknolojisi Dergisi* 25: 1-14.
42. Atan G, Özer Z, Turan GB (2020). Kanser hastalarında umutsuzluk ve manevi bakım algısının değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine* 10(2): 266-274.
43. World Health Organization (2022). Statistics at a glance [online]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/792-turkiye-fact-sheet.pdf> [Erişim Tarihi: 10 Haziran 2025].
44. World Health Organization (2022). Global Cancer Observatory [online]. Erişim adresi: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/900-world-fact-sheet.pdf> [Erişim Tarihi: 12 Haziran 2025].
45. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians* 74(3): 229-263.
46. Seong H, Izutsu R, Osaki M, Okada F (2025). Cancer prevention: past challenges and future directions. *Genes and Environment* 47(1): 4.
47. Çetiner AU, Bilgehan Yıldırım BÇ, Kübra Yaşar SA, Aleyna Gökçe YEA, Koçyiğit N (2021). Kanser Hücrelerinin Genetik Yapısı ve Mekanizmaları. Erişim adresi: <https://www.researchgate.net/publication/355144668>.
48. Erdem SS, Yılmaz M, Yıldırım H, Mayda AS, Bolu F, Durak AA, Şener Ö (2017). Düzce'de Yaşayanların Kanser ve Kanser Risk Faktörleri Hakkında Bilgi Düzeyi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 7(1): 1-10.
49. Ajayi RO, Ogunjobi TT (2025). Environmental exposures and cancer risk: a comprehensive review. *Medinformatics* 2(2): 80-92.

50. Baykara O (2016). Kanser Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 5(3): 154-165.
51. Çetinkaya M, Şahin S (2020). Kanser ve Ergoterapi. Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi 5(2): 14-24.
52. Pekmezci Purut H, Genç Köse B, Akbal Y, Aşık Özdemir, Bahar Kefeli Ç (2022). Kemoterapi Alan Kanser Hastalarında Görülen Semptomlar ve Tamamlayıcı Terapi Uygulamaları Kullanımları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 9(3): 211-219.
53. Çıtak E, Tülek Z (2014). Radyoterapi Alan Baş ve Boyun Kanserli Hastalarda Hemşirelik Bakımı. Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences 6(2): 112-120.
54. Kaya D, Kanan N (2022). Radyoterapi Alan Meme Kanserli Hastalarda Akut Cilt Reaksiyonları. Gevher Nesibe Journal Of Medical and Health Sciences 7(19): 124-132.
55. Memiş S (2015). Radyoterapide Hasta ve Hemşire Eğitimi. Florence Nightingale Journal of Nursing 12(48): 81-92.
56. Babaç M, Ekin M, İlem Özdemir D (2023). Kanser Tanısı ve Tedavisinde Kullanılan Monoklonal Antikorlar. Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University 47(1): 295-310.
57. Özlük AA, Güner Oytun M, Günenç D (2017). Kanser immünoterapisi. İstanbul Bilim Üniversitesi Florence Nightingale Transplantasyon Dergisi 2(1): 21-23.
58. Seven M, Akyüz A, Sever N, Dinçer Ş (2013). Kanser Tanısı Alan Hastaların Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Semptomların Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 12(3): 219-224.
59. Karakartal D (2018). Kanser Hastalarının Yaşadıkları Psiko-Sosyal Sorunların İncelenmesi. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi 4(9): 48-62.
60. Stark L, Tofthagen C, Visovsky C, McMillan SC (2012). The Symptom Experience of Patients with Cancer. Journal of hospice and palliative nursing: JHPN: the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association 14(1): 61-70.
61. Erdoğan Yüce G, Muz G (2020). Kanser hastalarında tedaviye bağlı bulantı ve kusmanın yönetimi. Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi 9(2): 116-124.
62. Alıcı Ö, Akbaş E, Alıcı S (2008). Kanser hastalarında fırsatçı enfeksiyonlar. Türk Onkoloji Dergisi 23(3): 153-162.
63. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO (2014). Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 28(2): 85-92.

64. Bag B (2014). Kanser hastalarında depresyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 6(2): 186-198.
65. Bahar A (2007). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 10(1): 105-111.
66. Grassi L (2020). Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. *Epidemiology and psychiatric sciences* 29: e89.
67. Üstündağ S, Çekiç Y, Kurtoğlu Y, Ünver G (2024). A Comparative Analysis of Spiritual Care Needs Among Cancer Patients Receiving Home Care and Their Caregivers in Turkey. *Journal of Religion & Health* 63(2): 1490–1503.
68. Assadı M, Aydın N (2024). Sosyal Hizmet Perspektifinden Kanser Hastalarının Yaşadığı Sorunlar ve Başa Çıkma Mekanizmalarının Değerlendirilmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 12(23): 55-73.
69. Erenoğlu R, Can R, Tambağ H (2019). Hemşirelik bakım davranışları ve bakım davranışları ile ilgili faktörler; doğumevi örneği. *Sağlık ve Toplum* 1: 3-8.
70. Türk Dil Kurumu (TDK). Güncel Türkçe Sözlük:Bakım [online]. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> [Erişim tarihi: 10 Temmuz 2025].
71. Karaca A, Durna Z (2018). Hemşirelik bakım kalitesi ve ilişkili faktörler. *Sağlık ve Toplum* 28(2): 16-23.
72. Sırma S, Akın E (2024). Hemşirelikte İyileştirici Bakım Çevresi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 7(3): 393-403.
73. Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi Ve Folklorik Tıp Dergisi* 7(1): 1-5.
74. Olmaz D, Karakurt P (2019). Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 12(1): 3-14.
75. Basit G (2020). Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(2): 77-90.
76. Ünlü H, Karadağ A, Taşkın L, Terzioğlu F (2010). Onkoloji Alanında Çalışan Hemşirelerin Yerine Getirdikleri Rol ve İşlevler. *Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi* 12(1): 13-28.
77. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T.C. Resmî Gazete, 27910, 19 Nisan 2011.

78. Neves Júnior TT, Guilherme Gonçalves R, Dantas Campelo Neves MC, Albuquerque de Oliveira JS, de Oliveira e Araújo R, Paiva de Menezes RM (2024). Betty Neuman's Theory in Holistic Nursing Care for Cancer Patients: a reflective essay. *Anna Nery School Journal of Nursing / Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* 28: 1–6.
79. An HJ, Min HY, Lee J (2025). Adaptation of the quality of oncology nursing care scale for patients undergoing cancer treatment in South Korea. *Scientific Reports* 15(1): 1–11.
80. Toru F (2020). Hemşirelik Uygulamalarının Kilit Noktası: Bireyselleştirilmiş Bakım. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 4(1): 46-59.
81. Küçükaya B, Yalçın E (2024). Jinekolojik Kanserli Hastaların Özbakım Gücüne Yönelik Bakımda Hemşirenin Rolü: Derleme. *Unika Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(2): 872-882.
82. Doğan P, Tarhan M, Alikan B (2023). Kansere Tanılı Bireylerin Kemoterapi Sürecinde Deneyimledikleri Semptomlar ile Sağlık Bakım Gereksinimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *University of Health Sciences Journal of Nursing* 5(3): 163–170.
83. Türkben Polat H, Ordu Y, Su S, Kati GN, Güney A, Basit G (2025). Relationship Between Spiritual Care Needs and Cognitive Intrusion of Pain in Patients with Advanced-Stage Cancer in Türkiye. *Journal of Religion & Health* 64(3): 2184–2194.
84. Çelik GHT (2016). Onkoloji hemşireliğinde semptom yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 5(4): 93-100.
85. Bahar A, Ovayolu Ö, Ovayolu N (2019). Onkoloji Hastalarında Sık Karşılaşılan Semptomlar ve Hemşirelik Yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 6(1): 42-58.
86. Özdemir Ü, Taşcı S (2017). Yorgunluk Yaşayan Kansere Bireylerde Bütünleşik Sağlık Uygulaması: Akupres. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 26(3): 253-256.
87. Güngörmüş Z, Erdem ÖB (2014). Kansere hastalarında yaşam kalitesi ve oral mukozit. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* (5):1 4-6.
88. Berk D (2018). Kemoterapi alan kansere hastalarında mukozit yönetimi. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 28(3): 10-11.
89. Yılmaz M, Yazgı ZG (2020). Onkoloji Hastalarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlarla Baş Etmesinde Hemşirenin Rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 4(1): 60-70.

90. Başkale HA, Serçekuş P, Günüşen NP (2015). Kanser Hastalarının Bilgi kaynakları, Bilgi Gereksinimleri ve Sağlık Personelinden Beklentilerinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği* 6(2).
91. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health affairs* 20(3): 43-53.
92. Schubert M, Glass TR, Clarke SP, Schaffert-Witvliet B, De Geest S (2007). Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nursing research* 56(6): 416-424.
93. Kalisch BJ, Williams RA (2009). Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *JONA: The Journal of Nursing Administration* 39(5): 211-219.
94. Bagnasco A, Zanini M, Aleo G, Catania G, Kalisch BJ, Sasso L (2018). Development and validation of the MISSCARE survey–Pediatric version. *Journal of advanced nursing* 74(12): 2922-2934.
95. Bassi E, Tartaglini D, Valpiani G, Grassetti L, Palese A (2020). Unfinished Nursing Care Survey: A development and validation study. *Journal of Nursing Management* 28(8): 2061-2071.
96. Palese A, Chiappinotto S, Canino E, Martinenghi G, Sist R, Milani L et al. (2021). Unfinished Nursing Care Survey for Students (UNCS4S): a multicentric validation study. *Nurse Education Today* 102: 104908.
97. Yang L, Zhou W, Gao Y, Wu T, Zhang H, Gan X (2024). Development and validation of the missed intensive nursing care scale. *BMC nursing* 23(1): 165.
98. Kalisch BJ, Terzioglu F, Duygulu S (2012). The MISSCARE Survey-Turkish: psychometric properties and findings. *Nursing Economics* 30(1): 29.
99. Incekar MC, İspir Ö, Sönmez B, Selalmaz M, Erdost ŞK (2020). Turkish validation of the MISSCARE survey–Pediatric version. *Journal of Pediatric Nursing* 53: e156-e163.
100. Yürümezoğlu HA, Schubert M, Sarıoğlu E, Kocaman G (2023). Cultural adaptation of the revised Basel Instrument for Rationing of Care to the Turkish context: a study of validity and reliability. *Journal of Research in Nursing* 28(5): 338-351.
101. Chiappinotto S, Bayram A, Lupi T, Basaran Acil S, Gurkova E, Demir ÖI, Palese A (2024). Unfinished nursing care occurrence, priority order and reasons as perceived by nursing students: An international study. *Nurse Education in Practice* 79: 104100.

102. 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(6): 1121-1137.
103. Ball JE, Griffiths P, Rafferty AM, Lindqvist R, Murrells T, Tishelman C (2016). A cross-sectional study of 'care left undone' on nursing shifts in hospitals. *Journal of Advanced Nursing* 72(9): 2086-97.
104. Park SH, Hanchett M, Ma C (2018). Practice environment characteristics associated with missed nursing care. *Journal of Nursing Scholarship* 50(6): 722–730.
105. Lafçı D, Canlı F (2024). Evaluation of missed nursing care needs and reasons in a hospital of Turkey: A comparative cross-sectional study. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 11(4): 456-464.
106. Taşkıran Eskici G, Baykal U (2022). Frequency, reasons, correlates and predictors of missed nursing care in Turkey: A multi-hospital cross-sectional study. *International journal of nursing practice* 28(5): e13050.
107. Ergezen FD, Kol E (2021). Karşılanamayan hemşirelik bakımı. *Journal of Education and Research in Nursing* 18(4): 467-472.
108. Gallione C, Bassi E, Basso I, Airolti C, Barisone M, Molon A et al. (2024). Missing Fundamental Nursing Care: What's the Extent of Missed Oral Care? A Cross-Sectional Study. *Nursing Reports* 14(4): 4193-4206.
109. Gillespie BM, Harbeck E, Chaboyer W (2024). The frequency and reasons for missed nursing care in Australian perioperative nurses: A national survey. *Journal of Clinical Nursing* 34(3): 883.
110. Papathanasiou I, Tzenetidis V, Tsaras K, Zyga S, Malliarou M (2024). Missed Nursing Care; Prioritizing the Patient's Needs: An Umbrella Review. *Healthcare* 12(2): 224.
111. Abere Y, Ayenew YE, Aytenew TM, Erega BB, Yirga GK, Ewunetu M, Belay BM (2024). Magnitude and reasons for missed nursing care among nurses working in South Gondar Zone public hospitals, Amhara regional state, Northcentral Ethiopia: institution-based cross-sectional study. *BMC nursing*, 23(1), 765.
112. Assaye AM, Wiechula R, Schultz TJ, Feo R (2022). 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* 28(1): e13031.

113. Karadaş A, Ergün S, Kaynak S (2024). Relationship between missed nursing care and patients' trust in nurses and satisfaction with care: A cross-sectional study. *Nursing & Health Sciences* 26(3): e13149.
114. Kalánková D, Kirwan M, Bartoníčková D, Cubelo F, Žiaková K, Kurucová R (2020). Missed, rationed or unfinished nursing care: A scoping review of patient outcomes. *Journal of nursing management* 28(8): 1783-1797.
115. Mohd Syukri M, Bettywati Eliezer T (2023). Factors Involved in Missed Nursing Care: A Systematic Review. *Journal of Client-Centered Nursing Care* 9(2): 89-102.
116. Ayvat İ, Atlı Özbaş A (2021). Yaşlı Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri: Gereksinimler de Yaşlanıyor mu? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 8(1): 93-100.
117. Güngör Tolasa A, Tokem Y (2022). Kanser Hastalarındaki Bakım Gereksinimlerinin Karşılansında Hemşirelik Uygulamalarının Etkinliğinin İncelenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 7(2): 215-221.
118. Parajuli J, Hupcey J (2021). A systematic review on oncology nurses' knowledge on palliative care. *Cancer nursing* 44(5): E311-E322.
119. Friese C, Kalisch B, Lee K (2013). Patterns and Cor relates of Missed Nursing Care in Inpatient Oncology Units. *Canser Nursing* 36(6): E51-E57.
120. Uslu Y, Korkmaz FD (2016). Yoğun bakımda hemşirenin hissi tarafı “şefkat” ve bakım. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 20(2): 108–115.
121. Şeremet GG, Ekinci N (2021). Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Memnuniyeti ve Merhamet Korkusu. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* 12(29): 330-344.
122. Pehlivan T, Güner P (2020). Merhametli bakım: Tanımlanabilir mi, verilebilir mi, ölçülebilir mi? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 11(1): 64-69.
123. Akdeniz S, Deniz ME (2016). Merhamet Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being* 4(1): 50-61.
124. Türk Dil Kurumu(TDK) Güncel Türkçe Sözlük:Şefkat [online]. Erişim adresi: <http://www.sozluk.gov.tr> [Erişim Tarihi:20 Mayıs 2025].
125. Ledoux K (2015). Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *Journal of advanced nursing* 71(9): 2041-2050.

126. Watts E, Patel H, Kostov A, Kim J, Elkbuli A (2023). The role of compassionate care in medicine: toward improving patients' quality of care and satisfaction. *Journal of Surgical Research* 289: 1-7.
127. Henderson A, Jones J (2017). Developing and maintaining compassionate care in nursing. *Nursing Standard* 32(4): 60–69.
128. Perez Bret E, Altisent R, Rocafort J (2016). Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *International journal of palliative nursing* 22(12): 599-606.
129. Ae Kyung Chang, Jin Ah Kim, Yu Kyung Jin, Woo Jung Hong, Yeon Kyung Cho, Ah Young Kim (2025). Concept Analysis of Compassionate Care among Nurses: A Hybrid Model. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing* 32(2): 275–286.
130. Bagherian S, Tehranineshat B, Shahbazi M, Taklif MH (2024). Perceived compassionate care and preoperative anxiety in hospitalized patients. *Nursing Ethics* 31(7): 1315–1329.
131. Robinson J, Raphael D, Moeke Maxwell T, Parr J, Gott M, Slark J (2024). Implementing interventions to improve compassionate nursing care: A literature review. *International Nursing Review* 71(3): 457-467.
132. Karakaş M, Çelebi E, Çingöl N, Zengin S (2022). Türkiye’de hemşirelik alanında merhamet konusuna yönelik yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11(2): 784-793.
133. Fan YC, Hsiao FH, Hsieh CC (2023). The effectiveness of compassion-based interventions among cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Palliative and Supportive Care* 21(3): 534–546.
134. Sarıbudak TP, Üstün B, Cihan S (2024). The Important Value of Nursing “Compassionate Care”: A Phenomenological Study From the Perspective of Patients Living With a Cancer Diagnosis. *Cancer Nursing* 10-1097.
135. Kim C, Lee Y (2020). Effects of compassion competence on missed nursing care, professional quality of life and quality of life among Korean nurses. *Journal of nursing management* 28(8): 2118–2127.
136. Bayram A, Chiappinotto S, Palese A (2024). Unfinished nursing care in healthcare settings during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *BMC Health Services Research* 24(1): 352.

137. Imam A, Obiesie S, Gathara D, Aluvaala J, Maina M, English M (2023). Missed nursing care in acute care hospital settings in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Human resources for health* 21(1): 19.
138. Cohen J (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
139. Ülgen T, Zeybekçi S, Uğur Ö (2018). Bir üniversite hastanesi onkoloji kliniğinde yatan hastaların hemşire memnuniyeti ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi* 10(1): 18-27.
140. Albelbeisi AH, Shaqfa KM, Aiash HS, Kishta WA, Alreqeb EI (2021). Prevalence of Missed Nursing Care and Associated Factors - a Nurse's Perspective - at the Oncology Departments in Gaza Strip, Palestine. *Austin J Nurs Health Care* 8(2): 1062.
141. Çelik H (2021). Kanser hastalarının destekleyici bakım gereksinimleri ile tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Hemşirelik Esasları Bilim Dalı, Malatya
142. Lynagh MC, Williamson A, Bradstock K, Campbell S, Carey M, Paul C, Tzelepis, Fisher RS (2018). A national study of the unmet needs of support persons of haematological cancer survivors in rural and urban areas of Australia. *Supportive Care Cancer* 26(6): 967–977.
143. Arslan GG, Özden D, Göktuna G, Ertuğrul B (2022). Missed nursing care and its relationship with perceived ethical leadership. *Nursing ethics* 29(1): 35-48.
144. Bilgin Ö, Özdemir D, Saçkan F, Güney İ (2020). Nefroloji ve Onkoloji Kliniklerinde Yatan Hastaların Bakım Bağımlılığı Düzeylerinin Belirlenmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(1): 14-23.
145. Bayraktar D, Eşer İ (2017). Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences* 20(3): 188-94.
146. Peplau HE (1952). Interpersonal relations in nursing. *AJN The American Journal of Nursing* 52(6): 765.
147. Avallin T, Muntlin Athlin Å, Björck M, Jangland E (2020). Using communication to manage missed care: A case study applying the Fundamentals of Care framework. *Journal of nursing management* 28(8): 2091-2102.

148. Kalisch BJ, Gosselin K, Choi SH (2012). A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care. *Health care management review* 37(4): 320-328.
149. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C et al. (2015). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of clinical nursing* 24(1-2): 47-56.
150. Palese A, Ambrosi E, Prosperi L, Guarnier A, Barelli P, Zambiasi P et al. (2015). Missed nursing care and predicting factors in the Italian medical care setting. *Intern Emerg Med* 10: 693-702.
151. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Tryggvadóttir GB (2017). Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *Journal of Clinical Nursing* 26(11-12): 1524-1534.
152. Duffy JR, Culp S, Padrutt T (2018). Description and Factors Associated With Missed Nursing Care in an Acute Care Community Hospital. *The Journal of nursing administration* 48(7-8): 361-367.
153. 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.
154. Sönmez A, Öztürk ŞB, Abacıgil F (2021). Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon Epidemiyolojisi ve Sürveyansı. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 4(1): 41-45.
155. Aksoy F, Bıyık Bayram Ş (2024). Periferik İntravenöz Kateter İlişkili Komplikasyonların Tedavisinde Hemşirelik Bakımı Kapsamında Gerçekleştirilen Lokal Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi. *Journal of Ege University Nursing Faculty* 40(3).
156. Kocaman Şerbetçi K (2025). Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve merhametli bakım algıları arasındaki ilişki. Yüksek Lisans tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Çanakkale
157. Açıkgöz N (2025) Kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinde yatan hastaların şefkat ve hemşirelik bakım kalitesi algılarının değerlendirilmesi. Yüksek Lisans tezi, İstanbul Gedik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İstanbul
158. Aslan Y (2020). Palyatif bakımda psikososyal yaklaşım ve değerlendirme. *J Med Palliat Care* 1(2): 41-45.

159. Çetiner E, Turan Kavradım S (2024). Kanser Tanılı Bireylerde Başa Çıkma Stratejisi Olarak Öz-şefkat ve Öz-şefkati Geliştirmeye Yönelik Müdahaleler: Literatür Derlemesi. *Akd Nurs J.* 3(2): 64-73.
160. Bagnasco A, Dasso N, Rossi S, Galanti C, Varone G, Catania G, Zanini M, Aleo G, Watson R, Hayter M, Sasso L (2020). Unmet nursing care needs on medical and surgical wards: A scoping review of patients' perspectives. *Journal of clinical nursing* 29(3-4): 347–369.
161. Okumuş H, Boz İ (2020). Postmodern Hemşirelik İnsan Bakım Kuramı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara; Sayfa:38-41.
162. Beheshtaeen F, Soltanian M, Khaki S, Ahmadipour SF (2025). The Relationship Between Compassionate Care with Missed Nursing Care and Patient Safety Culture from the Perspective of Nurses in Adult Critical Care Units. *SAGE Open Nursing* 11.
163. Bloomfield J, Pegram A (2015). Care, compassion and communication. *Nursing Standard* 29(25): 45–50.
164. Julia GJ, Romate J, Allen JG, Rajkumar E (2024). Compassionate communication: a scoping review. *Frontiers in Communication* 8.



EKLER

Ek 1. (Devam)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Onkoloji Hastalarının Karşılammamış Hemşirelik Bakımı ve Şefkatli Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2024/25
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Aysel ÖZSABAN
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Burcu UZUN
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

Ek 5. Bilgilendirilmiş Onam Formu

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu form, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Elemanı Dr. Öğr. Üyesi Aysel ÖZSABAN ve yüksek lisans öğrencisi Burcu UZUN tarafından yüksek lisans tez çalışması kapsamında hazırlandı. Araştırmanın adı “Onkoloji Hastalarının Karşılanmamış Hemşirelik Bakımı ve Şefkatli Bakım Algıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” olup, bu çalışma onkoloji hastalarının karşılanmamış hemşirelik bakımı ve şefkatli bakım algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılacaktır. Çalışmada “Hasta Bilgi Formu”, “MISSCARE (Karşılanamayan Bakım) Anketi-Hasta” ve “5-Maddelik Şefkat Ölçeği” kullanılacaktır. Yaptığımız tüm görüşmelerde verilen bilgiler, sadece bu araştırmada kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Ayrıca araştırma sonuçlarını yazarken sizlerin isimleri kesinlikle araştırma raporunda yer almayacaktır. Çalışmanın süresi yaklaşık 25-30 dakikadır. Bu çalışma süresince sizlerden anket sorularını doğru, eksiksiz bir şekilde içtenlikle cevaplamanız beklenmektedir. Aşağıda çalışma kapsamında ulaşabileceğiniz araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Katılımcının Beyanı: Ben, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının Adı-Soyadı (Gerektiği durumlarda yasal temsilcisi):

İmzası:

Adresi (varsa Telefon No):

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Adresi:

Tel no:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Ek 6. Hasta Bilgi Formu

HASTA BİLGİ FORMU

1. Cinsiyet: Kadın () Erkek ()
2. Yaş:
3. Öğrenim durumu: Okur yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Ön Lisans () Lisans ()
Lisansüstü ()
4. Çalışma durumu: Çalışıyorum () Mesleğiniz..... Çalışmıyorum ()
5. Sağlık güvencesi: Var () Yok ()
6. Yaşanılan yer: İl () İlçe () Köy ()
7. Algılanan genel sağlık durumu: Kötü () Orta () İyi () Çok iyi () Fikrim yok ()
8. Tıbbi Tanı:
9. Tanı süresi: 11 ay altı () 1-5yıl () 5-10 yıl () 10 yıl ve üzeri ()
10. Hastanede kalınan süre: 3-10 gün () 11-20gün () 21-30 gün () 41 gün ve üzeri ()
11. Daha önce hastaneye yatma durumu: Var () Yok ()
12. Tedavi şekli: KT () RT () KT+RT () Cerrahi Tedavi ()
13. Refakatçi kalma durumu: Her zaman () Aralıklı () Kalmadı ()

Ek 7. 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

Ek 7. (Devam)

- ☐ Bazen
- ☐ Genellikle
- ☐ Her Zaman

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Çağrı 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

Ek 7. (Devam)

- ☐ 11-20 Dakika
☐ 21-30 Dakika
☐ 30 Dakikadan Fazla
☐ Çağrı Işığım Hiç Basmadım.

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

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

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

KATILDIĞINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ!

Ek 8. 5 Maddelik Şefkat Ölçeği

MADDELER	Hiçbir zaman (1)	Bazen (2)	Genellikle (3)	Her zaman (4)
1.Hastanede kaldığınız süre boyunca, ne sıklıkla hemşirelerinizin sizin duygusal veya psikolojik sağlığınıza ilgilendiğini hissediyorsunuz?				
2.Hastanede kaldığınız süre boyunca, ne sıklıkla hemşirelerinizin sizinle bir bütün olarak ilgilendiğini hissediyorsunuz?				
3.Hastanede kaldığınız süre boyunca, ne sıklıkla hemşirelerinizin sizin kişisel gereksinimlerinizi önemseydiğini düşünüyorsunuz?				
4.Hastanede kaldığınız süre boyunca, ne sıklıkla hemşirelerinizin sizin güveninizi kazanabildiğini hissediyorsunuz?				
5.Hastanede kaldığınız süre boyunca, ne sıklıkla hemşirelerinizin size ilgi ve şefkat gösterdiğini hissediyorsunuz?				

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Burcu UZUN
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Karadeniz Teknik Üniversitesi	2021
Lise	Araklı Anadolu Öğretmen Lisesi	2017

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Gümüşhane Lisesi	2023-Devam Ediyor

YABANCI DİL

İngilizce