

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

**BAKIM KAVRAMININ ANALİZİ: HEMŞİRELERİN VE
HASTALARIN BAKIM KAVRAMINA İLİŞKİN
ALGILARININ İNCELENMESİ**

Şenay GÜL

**Hemşirelik Esasları Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2015**

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

**BAKIM KAVRAMININ ANALİZİ: HEMŞİRELERİN VE
HASTALARIN BAKIM KAVRAMINA İLİŞKİN
ALGILARININ İNCELENMESİ**

Şenay GÜL

**Hemşirelik Esasları Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Leyla DİNÇ**

ANKARA

2015

ONAY SAYFASI

Anabilim Dalı : **Hemşirelik Esasları**
 Program : **Hemşirelik Esasları**
 Tez Başlığı : **Bakım Kavramının Analizi: Hemşirelerin ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi**

Öğrenci Adı-Soyadı : **Şenay GÜL**
 Savunma Sınavı Tarihi : **11.12.2015**

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: **Prof. Dr. Ayşe KARADAĞ**
 (Koç Üniversitesi)



Tez danışmanı: **Prof. Dr. Leyla DİNÇ**
 (Hacettepe Üniversitesi)



Üye: **Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM**
 (Ankara Üniversitesi)



Üye: **Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA**
 (Gazi Üniversitesi)



Üye: **Yrd. Doç. Dr. Fatoş KORKMAZ**
 (Hacettepe Üniversitesi)



ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.


 Prof. Dr. Ersin FADILLIOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Prof. Dr. Leyla Dinç, tez danışmanı olarak çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde deneyim ve bilgileriyle yol göstermiş, her aşamasında manevi destek vermiştir.

Prof. Dr. Ayişe Karadağ ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Fatoş Korkmaz, tez izleme komitesinde görev alarak araştırmanın yapılandırılmasında ve izlenmesinde katkıda bulunmuştur.

Prof. Dr. Zane Wolf, Bakım Davranışları Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve araştırmada kullanımı için izin vermiştir. Prof. Dr. Selma Görgülü, Prof. Dr. Neyyire Yasemim Yalım, Prof. Dr. Serap Şahinoğlu, Prof. Dr. Nüket Örnek Büken, Prof. Dr. Şerife Karagözoğlu, Doç. Dr. Zehra Göçmen Baykara ve Uzm. Hem. Gönül Yıldırım, tezde kullanılan ölçeğin kapsam geçerliliği bakımından uzman görüşleri ile katkı sağlamışlardır.

Doç. Dr. Kenan Köse, ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik hesaplamaları ile istatistiksel analizlerinin yapılmasında katkıda bulunmuştur.

Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği ve Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara Kamu Hastaneleri Birliği Birinci ve İkinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri araştırmanın uygulamasına izin vermiş, bu kurumlarda görev yapan hemşireler ile yatan hastalar araştırmanın uygulamasına gönüllü olarak katılmayı kabul etmişlerdir.

Ayrıca annem ve kardeşlerim her zaman yanımda olmuş ve beni desteklemişlerdir. Eşim sevgisini, anlayışını ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgememiştir. Hayatımın en değerli varlığı oğlum sabır ve gülcükleriyle beni motive etmiştir.

ÖZET

Gül, Ş. Bakım Kavramının Analizi: Hemşirelerin ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Programı Doktora Tezi, Ankara, 2015. Araştırma, hemşirelerin ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılarının incelenmesi ve bakımın kapsamlı bir analizini yapmak amacıyla niceliksel ve niteliksel, analitik olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara ili büyükşehir belediyesi sınırları içinde yer alan, yatak kapasitesi 500 ve üzeri olan tüm hastanelerde çalışan hemşireler ve yatan hastalar oluşturmuştur. Araştırma üç aşamada gerçekleştirilmiş, birinci aşamada hemşirelerin ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılamalarının incelenmesi amacıyla ölçüm aracı olarak kullanılan Bakım Davranışları Ölçeği'nin (BDÖ) (Caring Behaviors Inventory- CBI) Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. İkinci aşama geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş ölçeğin güç analizi ile belirlenen 140 hasta ve 140 hemşireyi içeren yeni bir örneklem grubuna uygulandığı ve aralarında karşılaştırmaların yapıldığı analitik aşamadır. Üçüncü aşama ise görüşmeye gönüllü olan 23 hemşire ile yürütülen ve bakım kavramına ilişkin anlayış ve yaşantılarının analiz edildiği derinlemesine yüzyüze görüşmeyi içeren fenomenolojik niteliksel araştırma aşamasıdır. Araştırmada, 42 önermeden oluşan Bakım Davranışları Ölçeği'nde yer alan önermelerin ülkemizdeki popülasyonunu görmek için açıklayıcı faktör analizi uygulanmış, genel varyansın % 62'sini (güven varyansı) açıklayan 3 alt boyut ve 30 maddeden oluşan bir ölçek elde edilmiştir. İkinci aşamada geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ölçeğin yeni örneklem grubuna uygulanması sonucunda hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik bakımını olumlu algıladıkları sonucu ortaya çıkmıştır. Üçüncü aşamada hemşireler bakımı ilgi, özen ve hastanın gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yardım; hemşirelik bakımını ise profesyonel bilgi, beceri ve tutumlara dayalı, planlı/ sistemli bir uğraş ve hizmet olarak nitelendirmişlerdir. Katılımcılar; bakımın ahlaki yönlerini vicdan, iyi niyet, saygı, empati, sorumluluk, mahremiyet ve hemşire- hasta ilişkisine saygı kavramları ile ilişkilendirmişlerdir. Hemşireler nitelikli hemşirelik bakımının hemşire sayısının yetersiz olması, olumsuz çalışma koşulları, sağlık politikaları gibi pekçok faktörden etkilendiğini belirtmişlerdir. Nitelikli bir hemşirelik bakımının sonuçları olarak nozokomiyal enfeksiyonlarda, basınç ülserleri oranlarında ve hasta düşmelerinde azalma; hasta ve hemşire memnuniyetinde artma olarak sıralamışlardır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda farklı ölçüm araçları ve daha geniş kapsamlı örneklem grubu üzerinde, hastaların ve hemşirelerin bakım algı ve deneyimlerinin araştırılması önerisinde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, bakım algısı, bakım etiği, hemşire, hasta

ABSTRACT

Gül, Ş. An Analysis of the Concept of Care: Examining Nurses and Patients' Perceptions About the Concept of Care. Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Fundamentals of Nursing Program, Doctoral Thesis, Ankara, 2015. The study was conducted as qualitative and quantitative analytical research with the aim of examining the perception of nurses and patients about the concept of care and analyzing care comprehensively. The universe of the research consisted of nurses and patients at all the hospitals with the capacity of 500 or more beds in the borders of the Ankara Metropolitan Municipality. The study was conducted in three stages. First, the adaptation, validity and reliability studies for the Caring Behaviors Inventory-CBI into Turkish were carried out. The CBI is a measurement tool for the perceptions of nurses and patients about the concept of care. Then the scale, validity and reliability of which were tested, was administered to a new sample group of 140 patient and 140 nurses determined through power analysis, and the results were compared in the second stage, which was analytical phase. The final phenomenological qualitative research phase, which included in-depth face-to-face interviews with 23 volunteer nurses, analyzed the understanding of and experiences with the concept of care. The study used explanatory factor analysis to determine which of the CBI's 42 questions were suitable for use in Turkey, and three sub-dimensions and 30 items explaining 62% of the general variance (reliance variance) were obtained. In the second stage, the validity and reliability study was conducted, and as a result of the administration of the scale to the new sample group, it was concluded that patients and nurses perceive nursing care positively. In the third stage, nurses described care as attention, concern and help for the fulfillment of patients' needs. They saw nursing care as a planned and systematic profession and service based on professional knowledge, skill and attitudes. The participants associated the moral aspects of care with the concepts of good intentions, respect, empathy, responsibility, privacy and respect for the nurse-patient relationship. The nurses stated that nursing care is affected by many factors such as inadequate numbers of nurses, poor working conditions and health policies. They also specified that qualitative nursing care results in lower rates of nosocomial infections, pressure ulcers and patient falls and increased patient and nurse satisfaction. This study's results suggest that an examination of the care perceptions and experiences of patients and nurses with a larger sample group using different measurement tools should be conducted.

Key Words: nursing care, perception of caring, ethics of care, nursing, patient

İÇİNDEKİLER

| | Sayfa |
|--------------------------------------------------------------------|-------|
| ONAY SAYFASI | iii |
| TEŞEKKÜR | iv |
| ÖZET | v |
| İÇİNDEKİLER | vii |
| SİMGELER ve KISALTMALAR | x |
| GRAFİKLER | xi |
| ÇİZELGELER | xii |
| TABLolar | xiii |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Problem Tanımı ve Önemi | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 5 |
| 1.3. Araştırma Soruları | 5 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 6 |
| 2.1. Bakım Kavramının Sözlük Anlamları | 6 |
| 2.2. Bakımın Tarihçesi | 6 |
| 2.3. Bakım Kavramının Felsefe ve Psikoloji Alanlarında Ele Alınışı | 8 |
| 2.4. Bakım Etiği | 11 |
| 2.5. Bakım Kavramının Hemşirelikteki Anlamı | 14 |
| 2.6. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörler | 16 |
| 2.6.1. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Hemşirelere Özgü Faktörler | 16 |
| 2.6.2. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Sosyal Faktörler | 17 |
| 2.6.3. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Siyasi Faktörler | 18 |
| 2.6.4. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Kurumsal / Örgütsel Faktörler | 20 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM | 21 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli | 21 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler | 21 |
| 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme | 21 |
| 3.3.1. Örneklem Seçim Yöntemi ve Kriterleri | 22 |
| 3.4. Veri Toplama Araçları | 29 |
| 3.4.1. Hemşireler İçin Tanıtıcı Özellikler Formu | 29 |

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.4.2. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu | 29 |
| 3.4.3. Bakım Davranışları Ölçeği | 29 |
| 3.4.4. Derinlemesine Görüşme Formu | 30 |
| 3.5. Araştırmanın Uygulaması | 30 |
| 3.5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Uygulaması | 30 |
| 3.5.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Uygulanması | 34 |
| 3.5.3. Araştırmanın Üçüncü Aşamasının Uygulaması | 35 |
| 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi | 35 |
| 3.7. Araştırmanın Etik Boyutu | 36 |
| 4. BULGULAR | 37 |
| 4.1. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirlik Aşaması ile İlgili Bulgular | 37 |
| 4.1.2. Yapı Geçerliliği Sonuçları | 42 |
| 4.1.3. Güvenilirlik Çalışması Sonuçları | 45 |
| 5. TARTIŞMA | 77 |
| 5.1. BDÖ-30'un Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulgularının Tartışması | 77 |
| 5.2. Hastaların ve Hemşirelerin Bakım Kavramına İlişkin Algılarının Tartışılması | 78 |
| 5.3. Hemşirelerin Bakım Kavramı ve Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgularının Tartışılması | 82 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER | 87 |
| 6.1. Sonuçlar | 87 |
| 6.2. Öneriler | 88 |
| KAYNAKLAR | 89 |
| EKLER | |
| Ek 1. Hemşireler İçin Tanıtıcı Özellikler Formu | |
| Ek 2. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu | |
| Ek 3. Caring Behaviors Inventory | |
| Ek 5. Zane Robinson Wolf'un Envanterin Orijinali ve Kullanımı için Elektronik Posta Yoluyla Verdiği İzin | |
| Ek 6. Derinlemesine Görüşme Formu | |
| Ek 7. Bakım Davranışları Ölçeği- 30 | |
| Ek 8. Bakım Davranışları Ölçeği- 30 Alt Boyutları | |
| EK 9. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Önerisi Onayı | |

Ek 10. Etik Kurul Onayı

Ek 11. Çalışmanın Yapılacağı Kurumlardan Alınan İzinler

Ek 12. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hastalar İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 13. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hemşireler İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 14. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastalar İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 15. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşireler İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 16. Araştırmanın Üçüncü Aşamasında Yer Alan Hemşireler İçin Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 17. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER ve KISALTMALAR

| | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| \bar{x} | Ortalama |
| BDÖ | Bakım Davranışları Ölçeği |
| CBI | Caring Behaviors Inventory |
| d | Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma |
| KGİ | Kapsam Geçerlilik İndeksi |
| KGO | Kapsam Geçerliliği Oranı |
| M.Ö. | Milattan Önce |
| Min- Max | Minimum- Maksimum |
| n | Örnekleme alınacak birey sayısı |
| N | Evrendeki birey sayısı |
| NCSS | Number Cruncher Statistical System |
| n_h | Alt örneklem hacmi |
| N_h | Her bir tabakanın hacmi |
| OECD | Organization for Economic Co- Operation and Development |
| p | Anlamlılık Düzeyi |
| q | İncelenen olayın görülme sıklığı |
| r | Korelasyon Katsayısı |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SS | Standart Sapma |
| t | Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer |
| α | Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı |

GRAFİKLER

| Grafik | Sayfa |
|-------------------------------------------------------------|-------|
| 4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Grafiği | 43 |
| 4.2. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnun Olma Durumları | 58 |



ÇİZELGELER

| Çizelge | Sayfa |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 3.1 Çalışmanın Yapıldığı Hastaneler, Yatak Kapasiteleri, Çalışan Hemşire Sayısı | 22 |
| 3.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Örneklem Alınan Hastaneler ve Hemşire Sayıları | 24 |
| 3.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Örneklem Alınan Hastaneler ve Hasta Sayıları | 25 |
| 3.4. Araştırmanın İkinci Aşamasında Örneklem Alınan Hastaneler ve Hemşire Sayıları | 27 |
| 3.5. Araştırmanın İkinci Aşamasında Örneklem Alınan Hastaneler ve Hasta Sayıları | 28 |
| 3.6. Tekrar Test Aşamasında Yer Alan Hastaneler ile Hemşire ve Hasta Sayıları | 34 |

TABLOLAR

| Tablo | Sayfa |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 4.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri | 37 |
| 4.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Günlük Bakım Gereksinimlerini Karşılatabilme Durumlarına İlişkin Görüşleri | 39 |
| 4.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri | 40 |
| 4.4. BDÖ-30'un Açıklayıcı Faktör Analizi | 44 |
| 4.5. Hemşireler ve Hastalar İçin BDÖ-30'un Alt Boyut ve Tüm Maddeleri için Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı | 45 |
| 4.6. Hemşireler için BDÖ-30'un Alt Boyutlarının Madde-Alt Boyut ve Madde-Toplam Puan Korelasyonu | 46 |
| 4.7. Hemşireler ve Hastalar için BDÖ-30 'un Alt Boyutlarının Toplam Ölçekle Korelasyonları | 48 |
| 4.8. Ölçek Maddelerinin Test- Tekrar Test İlişkileri (n=30) | 49 |
| 4.9. Hemşireler ve Hastalar için BDÖ-30 'un Alt Boyut ve Toplam Test- Tekrar Test Puanları | 50 |
| 4.10. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların ve Hemşirelerin BDÖ-30 Alt Boyut ve Tüm Maddeler için İç Tutarlılık Güvenilirlik Puanları | 51 |
| 4.11. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri | 52 |
| 4.12. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile BDÖ-30'dan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 54 |
| 4.13. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Günlük Bakım Gereksinimlerini Karşılama Durumlarına İlişkin Görüşleri | 56 |
| 4.14. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Bakım Gereksinimlerini Karşılama Durumları ile BDÖ-30'dan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 57 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.15. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Durumlarına Göre BDÖ-30 Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımları ile Puanlarının Karşılaştırma Sonuçları | 59 |
| 4.16. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların BDÖ-30 Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı | 60 |
| 4.17. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Nitelikli Hemşirelik Bakımından Beklentileri | 61 |
| 4.18. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri | 62 |
| 4.19. İkinci Aşamada Yer Alan Hemşirelerin BDÖ-30 Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı | 64 |
| 4.20. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile BDÖ-30'dan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 65 |
| 4.21. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Çalışma Saatleri İçerisinde En Çok Yaptığı İşlemler | 67 |
| 4.22. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Bakımı Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri | 68 |
| 4.23. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörler İle BDÖ-30'dan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 69 |
| 4.24. İkinci Aşamada Yer Alan Hemşirelerin ve Hastaların BDÖ-30 Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması | 70 |

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

İnsanlığın tarihiyle başlayan ve insanın en temel varoluşsal niteliği olan bakım, farklı tanımları olan çok yönlü bir kavramdır.

Babadağ'a göre (2010) birey sağlık, esenlik, rahatsızlık, hastalık ve ölümden oluşan yaşam sürecinin herhangi bir döneminde "bakım"la ya karşılaşmıştır ya da karşılaşacaktır. Ona göre hemşirelik bakımı, insanın eşsizliğine, değerliliğine, bütünlüğüne, yaşamın kutsallığına, bakım veren kişinin kendini ve başkalarını sevmesine dayalı ve yaşama olanaklarını geliştirmeye yönelik, hemşireliğin bilimsel ve sanatsal kavramlarını uygulamaya koyan bir süreç, bir araç, felsefi bir görüş olarak ele alınabilmektedir (1).

Leininger (1991) bakımı hemşireliğin özü, Crowden (1994) ise hemşireliğin benzersiz bir paradigması olarak tarif etmektedir (2,3). Hemşirelik, genelde 'bakım mesleği' olarak tanımlanmakta ve 'hemşirelik bakımı' ve 'hemşirelik uygulaması' bakımın hemşireler tarafından yapıldığını ifade edecek şekilde sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadırlar (4). Wal (2005), hemşirelik bakımının iki boyutu olduğunu; bunlardan ilkinin somut olarak görünen mesleki bilgi, beceri, teknoloji ve bilimsel yöntemler çerçevesinde uygulanan iş/eylem boyutu, diğerinin ise değerler ve duygulara yönelik olan ve hemşirelik uygulamalarının enerjisini oluşturan duyuşsal boyutu olduğunu ifade etmektedir. Ona göre hemşirelik bakımı bu iki boyutuyla bir bütündür (5). Benzer şekilde Griffiths (2008) hemşirelik uygulamasını hem 'bakım verme' hem de 'önemseme, ilgi gösterme' olarak ele almaktadır (6).

Hemşirelik alanındaki akademik yazın çalışmaları incelendiğinde bakım kavramıyla ilgili üzerinde uzlaşılan ortak bir tanım olmadığı görülmektedir. Ancak bakım ilişkisinin asimetrik bir güç ilişkisi olduğu ve ahlaki bir boyut içerdiği birçok yazar tarafından vurgulanmaktadır. Örneğin Gadow (1985), bakımı "başkalarının savunmasızlığını azaltmak için üstlenilen bir yükümlülük"; Mayerhoff (1971) ise "bakımı en iyiyi isteme tutumu ve başka birinin gelişimine katkı sağlama, yardım etme- başkalarına karşı gösterilen iyi niyet" şeklinde tanımlamıştır (7,8). Bakım, hemşireliğin erdemi olarak ele alınmıştır (9). Tschudin'in (2003) bildirdiğine göre, Roach bakımın karakteristik özelliklerini şefkat, merhamet, yeterlilik, güven, vicdan, taahhüt etme /bağlılık olarak belirtmiştir (10). Morse ve arkadaşlarına (1991) göre

bakım ise, insan olmak, ahlaki bir değer, etkileşim süreci, tedavi ve iletişim ile ilişkilendirmişlerdir (11).

Hemşirelerin bakımı tam olarak kavramaları için; bakımın ne olduğunu, sunulan hemşirelik bakımının sonuçlarının hasta üzerindeki etkisini ve nasıl geliştirileceğini keşfetmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda öncelikle hemşirelerin bakımı nasıl algıladıklarını ortaya koymak gerekir. Bu konuyla ilgili yapılan araştırmaların sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Greenhalgh ve arkadaşları (1998) Finlandiya’da çalışan 118 hemşire ile bakım davranışlarını ortaya koymak için niceliksel bir çalışma yapmışlar ve hemşirelerin fiziksel temelli bakım davranışlarına duyuşsal temelli bakım davranışlarına oranla daha çok önem verdikleri bulgusunu elde etmişlerdir (12).

Lea, Watson ve Deary (1998), İskoçya’da bulunan hastane ve hemşirelik okullarında çalışan 1430 hemşire ve eğitimciyle Caring Dimensions Inventory (CDI) ölçeğini kullanarak, bakımın boyutlarını belirlemek için yaptıkları çalışmada psikososyal bakım ve profesyonel/ teknik bakım olarak iki önemli boyut elde etmişlerdir (13).

Arthur ve arkadaşlarının (1999) 11 farklı ülkede 1957 hemşire ile yapmış oldukları niceliksel çalışmalarında; nitelikli bakımı etkileyen faktörleri incelemişlerdir. Araştırma sonuçlarına göre, olumlu etkileyen faktörler; hasta bilgilerini gizlemek, hastayı cesaretlendirmek, hastaları rahat ettirmek için hemşire olarak elinizden geleni yapmak, hastanın tedavisini yapmak ve hastalara kaliteli bakım sağlamak için kişisel istekler ile mesleki yükümlülükleri dengelemek olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada; hastadan kaçınmak, hastanın bakımını planlarken hastayı sürece katmamak ve hastadan önce hastanenin ihtiyaçlarını göz önüne almak bakımı olumsuz etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir (14).

Brunto ve Beamen (2000), Amerika Birleşik Devletleri’nde bir üniversite hastanesinde 200 klinisyen hemşire ile hemşirelerin bakım davranış algılarını ortaya koymak için niteliksel ve niceliksel bir çalışma yapmışlardır. Çalışmalarının sonucunda bakım algısıyla ilgili ortaya çıkan kavramlar; hastayı bir insan olarak değerlendirmek, hastaya saygı göstermek, hastalar için duyarlı olmak, hastaların bilgilerini gizlemek, hastalara birey olarak muamele etmek, hastayı sorunlarını konuşmaları için cesaretlendirmek, hastaya karşı dürüst olmak, hastayı dinlemek ve hastaya ilgi göstermektir (15).

Bassett'in (2002) hemşirelerin bakımla ilgili algılarını analiz etmek için yapmış olduğu akademik yazın çalışmasında bakımın; duygu, bilgi, yetkinlik ve eylemleri içeren bir kavram olarak algılandığı bulunmuştur (16).

Cortis ve Kendrick (2003) hemşirelik bakımı ile ilgili akademik yazın çalışmasında, bakımı niteleyen özellikleri insana özgü bir özellik, bir duyuş, kişilerarası dinamik, tedavi edici bir süreç ve ahlaki yükümlülük olarak belirlemişlerdir (17).

Finfgeld-Connett (2008), bakım ile ilgili yapmış olduğu metasentez çalışmasında, bakımın bağlamsal özelliği olan duyarlılık, yakın ilişki ve uzman hemşirelik uygulaması ile karakterize, kişilerarası bir süreç olduğu sonucuna varmıştır (18).

Hemşirelerin bakıma dair algılarını ortaya çıkarmak üzere yapılmış niteliksel araştırmalarda yukarıdaki çalışma sonuçlarına benzer bulgular dikkati çekmektedir. Örneğin; Clarke ve Wheeler'in (1992) İngiltere'de 6 klinik hemşiresinin bakım kavramı üzerindeki görüşlerini ortaya koymak için yaptıkları niteliksel çalışmalarında; bakımla ilgili ortaya çıkan kavramlar destekleyici olmak, iletişim kurmak ve bakım becerisi olarak bulunmuştur (19).

Cheung'un (1998) 1992 yılında Avustralya'da hemşirelerin hemşirelik bakımına ilişkin yorum ve anlayışını ortaya çıkarmak için 27 hemşire ile yapmış olduğu niteliksel çalışmada bakımın; hemşire olmanın, hemşireliğin amacını ve hemşirelik bilgi ve becerilerini anlamanın (deneyim, süreç) bir yolu olduğu bulguları elde edilmiştir (20).

Cronqvist ve arkadaşlarının (2004) İsveç'te bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yaptıkları niteliksel çalışmalarında bakım vermenin, ahlaki yükümlülük ve sorumlulukla çalışmakla mümkün olacağı bulgusu elde edilmiştir (21).

Chiovitti'nin (2008) Kanada'da bir psikiyatri kliniğinde çalışan 17 klinik hemşiresi ile bakım teorisi geliştirmek üzere yürüttüğü niteliksel çalışmada bakımla ilgili ortaya çıkan kavramlar; hastaya saygı, hastanın davranışlarını kişisel olarak algılamama, hasta güvenliğini sağlama, hastayı sağlığı için teşvik etme, otantik / özgün bir ilişki kurabilme ve interaktif eğitim verme olarak belirtilmiştir (22).

Hastalar ve hemşirelerin bakım algısına ilişkin araştırmalar, bakımı alan bireylerin hemşirelik bakımına ilişkin algı ve beklentilerindeki farklılığı

göstermektedir. Von Essen ve Sjöden'in (2003) İsveç'teki 6 hastanede bulunan 81 hastanın ve 105 hemşirenin bakım davranışlarını belirlemek için yapmış olduğu niceliksel çalışmada; hemşireler için etkili bakım vermek önemli iken, hastalar için davranışlardaki bilgi ve niteliğin önemli olduğu sonucuna varılmıştır (23).

Calman'ın 2003 yılında, İngiltere'de bir hastanede 27 hasta ile hemşire yeterliliklerinin ne anlama geldiğini belirlemek için yapmış olduğu niteliksel çalışmada; hastalar hemşire yeterliliği için, hemşirelik bilgisini, kişilerarası ilişkileri ve teknik becerileri önemli bulduklarını belirtmişlerdir (24).

Zamanzadeh ve arkadaşlarının (2010) İran'daki bir onkoloji merkezinde 200 hasta ve 40 hemşire ile bakım davranışlarının algılanmasını belirlemek için yapmış oldukları niceliksel çalışmalarında "hemşirelerin ulaşılabilir" olması hem hastalar hem de hemşireler için önemli bakım davranışı olarak, konfor ve güven ilişkisi ise en az öneme sahip bakım davranışı olarak tanımlanmıştır (25).

Palese ve arkadaşlarının 2009 yılında, 7 ülkede 34 hastanede yatan 1565 cerrahi hastası ile hastaların hemşirelik bakım davranışlarından memnuniyetlerini ölçmek için yapmış oldukları niceliksel çalışmalarında, hastaların hemşirelerden beklediği en önemli bakım davranışının bilgi ve yetenek/ beceri olduğu bulgusu elde edilmiştir (26).

Ülkemizde Göçmen Baykara tarafından gerçekleştirilen çalışmada hemşirelik bakımı şu şekilde tanımlanmıştır: "*Hemşirenin, fiziksel, psikolojik ve sosyal yönde mevcut ya da olası sağlık problemine sahip bireyin bakım gereksinimlerini belirlemeye, karar vermeye, uygulamaya, değerlendirmeye ve bireyin kendi gereksinimlerini karşılayabilir düzeye getirmeye yönelik kurduğu yardım edici ve savunucu bir ilişki türü, etik ve yasal bir sorumluluğudur.*" (27).

Konuyla ilgili yazın alanında yer alan çalışmalar bakımın, ilişkisel, fenomenolojik, öznel ve etik yönleri olan çok boyutlu bir olgu olduğunu, bu nedenle de tüm boyutlarıyla ölçülebilir ve görünebilir olmadığını göstermektedir. Ayrıca yapılan çalışmalar sağlık bakım hizmetlerinin kalitesini belirleyen en önemli çıktının hasta memnuniyeti olduğunu ve bunun doğrudan bakımla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (28-32). Dahası bakım yalnızca bilişsel ve teknik becerileri içermeyen, duyuşsal, öznel ve etik boyutları olan bir olgu olduğundan, bakımın bakım alan ve bakım veren bireyler tarafından nasıl algılandığını değerlendirmeye yarayacak ölçüm araçlarına gereksinim duyulmaktadır. Konuyla ilgili akademik yazın alanı, geliştirilen ölçüm araçlarının sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır (33). Ülkemizde doğrudan

bakım kavramının niceliksel analizine ve bakımın hemşireler ve hastalar tarafından nasıl algılandığına dair herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Hemşirelik için temel dayanak ve özgünlük arz eden bakımla ilgili niceliksel ve niteliksel araştırma sonuçlarının hemşireliğin bilimsel bilgi yüküne, bakımın ölçülebilir boyutlarının görünür kılınmasına, bakım kalitesinin geliştirilmesine, hemşirelik eğitiminde bakımın önemini öğrencilere aktarılmasına, birey, aile ve topluma daha nitelikli bir hemşirelik bakımı sunulmasına yönelik çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılarının incelenmesi suretiyle bakımın kapsamlı bir analizini yapmak amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya yön veren sorular aşağıda yer almaktadır.

1.3. Araştırma Soruları

1. Bakım Davranışları Ölçeği ülkemizde hemşirelerin ve hastaların bakım algılarını ölçmek için geçerli ve güvenilir bir araç mıdır?
2. Bakım hemşireler tarafından nasıl algılanmaktadır?
3. Bakım hastalar tarafından nasıl algılanmaktadır?
4. Hemşirelerin ve hastaların bakımla ilgili algılamaları arasında fark var mıdır?
5. Bakımın ahlaki boyutu hemşireler tarafından nasıl değerlendirilmektedir?
6. Hemşirelik bakımını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım Kavramının Sözlük Anlamları

Bakım terimi Türk Dil Kurumu Sözlüğü'ne göre; *“bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek”* olarak tanımlanmaktadır (34). O halde bakım herhangi bir nesneye ya da bir başkasına değer ve emek vermeyi, ilgi ve özen göstermeyi içerir ve bakım, yöneldiği nesne ya da özneye değer yükler. Türk Dil Kurumu Sözlüğünde yer alan bir diğer tanıma göre ise bakım *“birinin, beslenmesi, giyinmesi vb. gibi gereksinimleri üstlenmek ve bunları sağlamak”* şeklinde tanımlanmaktadır (34). Bu tanım incelendiğinde bakım, kendi gereksinimlerini karşılayamayan bir kişi için, yani bir başkası için bakma sorumluluğunun üstlenilmesi olarak yorumlanmaktadır.

Yabancı dildeki sözlüklerde de **“bakım”** kavramının isim, fiil ve sıfat anlamları yer almaktadır. İsim olarak “bakım” (care): ilgi, dikkat, gözetim, özen, önem; sıfat olarak ilgili, özenli, şefkatli, sevecenlik; fiil olarak ise (to care, to take care) bakım vermek; birine karşı özenli olmak, hazır olmak, istekli olmak, saygılı olmak ve ilgili olmak olarak tanımlanmıştır (35-37).

Bakım Biyoetik Terimleri Sözlüğü'nde *“Başka bir kişiyle kurulan ilişkide ortaya çıkan bir duygusal tutum, yaşanan moral bir duygu olan ilginin, tıp uygulaması bağlamında dile getirilmesidir. Hasta bakımı, hekim ve hemşireler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanlarının ana uğraşısıdır”* şeklinde tanımlanmaktadır (38). Görüldüğü üzere bakım yalnızca hemşireliğe özgü değil, ancak hemşirelik için özgün bir kavram ve çoğunlukla hemşireler tarafından sürdürülen bir uğraştır.

2.2. Bakımın Tarihçesi

Bakımın günümüzdeki anlamlarını nasıl kazandığını anlayabilmek için tarih içindeki ele alınışını gözden geçirmek gerekir.

Reich'in bildirdiğine göre Burdach (1923) bakım kavramının milattan önce bazı mitolojik söylemlerde yer aldığını belirtmektedir. Roma'nın Latin edebiyatındaki “cura” (bakım) teriminin anlamı *“bir insanın refahını sağlamak”* olarak ifade edilmiştir (39).

İlkel toplumlarda insanlar başlangıçta göçebe yaşam tarzı içinde yaşamaktaydılar. Erkekler çoğunlukla yaşanan alandan uzakta avcılıkla uğraşmışlar,

kadınlar ise bitki toplayıcılığı ile bebeklerin, çocukların ve yaşlıların bakımı, beslenmesi, soğuğa, sıcağa ve yırtıcı hayvanlara karşı korunmasıyla uğraşmıştır (40). Böylece ilkel topluluklardan bu yana hastalara bakmak, doğum yaptırmak ve sevdiklerini son uykularına dalarken rahatlatmak da kadınların işi olmuştur (41).

İlkçağlarda eski bir Hint kitabında sağlık ve tıbbi uygulamalara ilişkin bilgilerde, bakım sürecinde kadınların rol aldığı belirtilmektedir (41,42). İlkçağ Asya uygarlıklarında bakım ve tedaviyi yürüten kadınların yanı sıra kraliçelerin de bakım hizmetleriyle yakından ilgilendikleri ve sağlık tanrıçaları olarak algılandıkları dile getirilmektedir. Bunların arasında Kraliçe Şubad (M.Ö. 3000-Ur), Sümer Kraliçesi İnanna (M.Ö. 2300), Mısır Kraliçesi Polydamna, Kraliçe Hatşepsut ve Kleopatra (M.Ö. 100) sayılabilir (41).

Antik Yunan döneminde de hasta bakımı kadınlar tarafından yerine getirilen bir uğraş olmuştur. Örneğin Troyalı Helen (M.Ö. 2000) bitkilerden ilaç yapmasıyla ünlü idi. Yunan tarihinin ünlü hekimi ve mitolojide tanrı olarak nitelendirilen Aesculapius'un kızı Hygiea'nın, tapınaklarda yardım isteyen hastalara sağlık bakım hizmeti sunduğu söylenmektedir (41- 43).

Ortaçağda özellikle Avrupa'da ve İslam ülkelerinde hasta bakımı değişik etkiler altında din kurumları çerçevesinde şekillenmiştir. Hz. İsa'nın öğrettiği Hristiyan hayırseverlik anlayışı, insan yaşamının değerli olduğu görüşü ile özdeşleşmiş; yaşamın korunması, sürdürülmesi ve muhtaç olan insanlara yardım etmeye yönelik girişimler kutsal ve değerli, (44,45), ancak bakım işlevi bilimsel olmayan bir zorunluluk ve erkek hekimlerin denetiminde kadınlarca yapılan ikinci derece bir iş olarak görülmüştür (41-43). Bununla birlikte çiçek, veba gibi salgın hastalıklar nedeniyle insanların bakıma olan gereksinimi artmış, kadınlar ve erkekler yoksul, hasta ve kimsesiz çocuklara kiliselerde bakım vermişlerdir. Haçlı seferleri sırasında askerlere bakım vermek için şövalyeler görevlendirilmiştir. Bu dönemde Paris'te kadınlar tarafından bir bakım evi kurulmuş, kadınlar fiziksel bakım ve ilaç vermek, yaraları sarmak gibi bakım işlevlerini yerine getirmiştir (41-43).

16. yüzyılda Katolik kilisesine karşı Protestanlık ortaya çıkınca kiliselere bağlı yürütülen bakım hizmetleri de yasaklanmış ve hastaneler kapatılmaya başlamıştır. Ancak sanitasyon ve bireysel hijyenin çok kötü durumda olması, bulaşıcı hastalıkların yayılması, hastaların bakımsız kalması, toplumun hemşirelik hizmetlerinden yoksun bırakılması nedenleri ile bakım hizmetlerine olan gereksinim yeniden ortaya çıkmıştır.

Bu nedenle yeniden hastaneler açılmış ve bakım toplum içindeki saygınlığını kaybetmiş, para karşılığı vasıfsız kişiler tarafından verilmeye başlanmıştır (41, 42, 45-47). Böylece Ortaçağda özellikle Avrupa'da dayanağını dinin egemenliğinden alan ve genellikle manastırlarda rahip ve rahibeler tarafından verilen bakım hizmetleri, yeniçağ döneminde eski niteliğini kaybetmiştir.

Osmanlı İmparatorluğu döneminde ise, kadınlar hasta bakımında gönüllü olarak çalışmışlar ve hastanelerin kurulmasında da öncü olmuşlardır. Erkek hastaya erkekler, kadın hastaya ise kadınlar bakım vermiştir. Osmanlı kadınları hasta bakımında beceriye sahip olmalarına rağmen bu alana ilişkin eğitim almadıkları için hemşirelik mesleğine doğrudan katkı sağlayamamıştır (44,46).

19. yüzyılda sanayi devrimi, kentleşme, insan ve kadın hakları mücadeleleriyle gelişen olaylar ve savaşlar nedeniyle bakım hizmetlerine olan gereksinim tekrar kendini göstermiştir. Özellikle sanayi devriminden sonra gündeme gelen kadın hakları hareketleri ile bakım, reformist kadınların ilgisi haline gelmiştir. Bu reformist kadınlardan biri olan Florence Nightingale 1852-1856 yıllarında Kırım Savaşı süresince, savaş alanında sanitasyon koşullarını geliştirip uygulayarak, bulaşıcı hastalıkların, enfeksiyonların ve ölümlerin büyük oranda azalmasını sağlamıştır (43,48). Nightingale'in, Kırım Savaşı sırasındaki başarıları, tüm dünyada ve ülkemizde modern hemşireliğin temelini oluşturan örgün ve sivil hemşirelik okullarının açılmasına yol açmıştır (43).

Ülkemizde hemşireliğin gelişimini incelediğimizde, aslında tarihsel geçmişinin çok eskilere dayanmadığı, hemşirelere olan ihtiyacın Balkan ve Trablusgarp Savaşları ve Birinci Dünya Savaşı ile hissedilmeye başlamasıyla gelişme kaydettiğini görmekteyiz. Prof. Dr. Besim Ömer Akalın'ın öncülüğünde başlatılan ilk hasta bakıcılık ve hemşirelik kurslarını Cumhuriyetin ilanı ile birlikte ilk resmi ve örgün hemşirelik eğitimi veren okullar izlemiştir. Üniversite düzeyinde hemşirelik eğitimine 1955 yılında başlanmış, yüksek lisans ve doktora programlarının da açılmasıyla hemşirelik mesleğinin niteliğini ve dolayısıyla bakımın niteliğini geliştirmeye yönelik adımlar atılmıştır (45).

2.3. Bakım Kavramının Felsefe ve Psikoloji Alanlarında Ele Alınışı

Reich'in bildirdiğine göre Filozof Seneca (M.Ö.4-65) bakımı; insanları üzen, sıkıntı veren bir olgu olarak kabul edilmesinin aksine, insanı Tanrı seviyesine

yükselten bir olgu olarak tanımlamıştır. Seneca için, hem insanların hem de Tanrının iyiye ulaşmak için akıl güçleri vardır. Tanrı doğası gereği iyidir, fakat insanlar iyiyi “bakım” ile mükemmelleştirirler (39).

Søren Kierkegaard (1813-1855), bakım kavramından önemli ölçüde yararlanan, Danimarkalı filozof ve din düşünürüdür. Kierkegaard’a göre var olmak çabalayan, seçimde bulunan ve karar veren bir birey olmayı gerektirir. Onun felsefesinde insan öznel ve özgün bir varlıktır (49). Ona göre bakım, insan hayatını anlamak için temel olan şeydir ve insan özgünlüğünün anahtarıdır. Kierkegaard bakımı bireysel, subjektif ve psikolojik bir oluşum olarak görmektedir (39).

Yirminci yüzyılın filozoflarından olan Martin Heidegger’e göre (1889-1976), bakım felsefi düşünce sisteminin tam merkezinde olan bir kavramdır (39). Heidegger’in “Dasein” diye belirttiği kavram “bizim kendisi olduğumuz var olana” verdiği addır. *Dasein* Almanca’da gündelik dilde herhangi bir var olanın orada var olduğunu anlatmak için kullanılabilecek bir sözcüktür. Dasein’in varlığının tekliğini veren ve temel yapısı olan şeyin “ilgi” (*cura*) olduğunu söyler (39,50). Heidegger bakımla ilgili olarak, varoluş için zorunlu olan öteki insanlar için endişe, kaygı, üzüntü duymak anlamına gelen “sorge” terimini kullanır (50,51). Ona göre bakım varoluş için elzemdir; çünkü bir başkası için ilgi, kaygı olmaksızın hiçbir şey yapılamaz. Heidegger ‘dünyada var olmak, özünde ilgili olmaktır’ derken (39) aslında bakımın hem doğuştan gelen bir olgu olduğunu hem de duyuşsal bir boyutu olduğunu ifade etmektedir (17).

Heidegger aynı zamanda Besorgen (diğerlerinin ihtiyaçlarını sağlamak anlamında ilgilenmek) ile Fürsorge’ı (özenli bakımı- solicitous care) kıyaslamaktadır. Diğerleri ile zorunlu bir şekilde bağlantılı olan insanın kendisi (Dasein), bakım yoluyla iki şekilde diğerlerinin dünyasına girmektedir. Besorgen olarak nitelenen ilgilenme, diğerinin ihtiyaçlarını karşılamaya yöneliktir ve ilgilenen kişide çok fazla nitelik olmasına gerek yoktur. Fakat ona göre insanlar sadece makineler gibi bu şekilde ilgilenilmesi gereken varlıklar değildir; çünkü onlar da varoluşları diğerlerine bağlı kişilerdir. Bundan dolayı onlar sadece hizmet objeleri değil özen gösterilmesi gereken varlıklardır (Fürsorge) (39). Heidegger bu iki kavram ile ilgili yapmış olduğu açıklamasıyla, bakımı hem fiziksel hem de duyuşsal yönleriyle ele almıştır.

Amerikalı felsefeci ve feminist etikçi Martha Craven Nussbaum (1947), bir yaşamın “iyi” bir yaşam olarak tanımlanabilmesi için bazı niteliklere sahip olması gerektiğini savunur. İnsanlar bebeklik ve çocukluk dönemlerinde yardıma ve bakıma

gereksinim duyarlar ve tek başlarına varlıklarını sürdüremezler. İnsan, insan için kaygı duyan, insana ilgi ve şefkat duyan bir varlıktır. İnsan, insana karşılıklı ilgi ve kaygı bağlarıyla bağlıdır. Nussbaum insanın temel işlevsel kapasitelerini de listelemiştir. Bunlar arasında insanın sağlıklı olma olanağının sağlanması yer almaktadır. Nussbaum insanı anlama ve tanımanın; merhamet, şefkat, acıma, ilgi ve saygı gibi ahlaki duygularla olabileceğini savunmaktadır. Nussbaum'a göre merhamet, acı ve şefkat insan olmanın temel kavramlarıdır. Nussbaum (2002) bakımın genellikle kadının sorumluluğunda bir olgu olarak değerlendirildiğini ifade etmiş; bakımı bir adalet sorunu olarak ele almıştır (52).

Levinas'ın felsefesi açısından bakım kavramını incelediğimizde, bakım ilişkisinin asimetrik bir ilişki olduğunun ve bu ilişkide bize ahlaki sorumluluk yükleyen şeyin aslında "ötekinin yüzü" olduğunun ifade edildiğini görürüz. "Ötekinin yüzü", bedeni, duygu ve düşünceleri ile birlikte bir bütün olarak insan varlık, bizi ahlaki sorumluluk üstlenmeye davet eden metaforik bir yüzdür. Ahlaki sorumluluk ya da etik, ötekinin yüzü ile ilişkiye girdiğimiz anda başlamaktadır. Bu nedenle bakım bir yandan her bireyin yaşamının herhangi bir evresinde ihtiyaç duyduğu evrensel bir gereksinim, diğer yandan da herkese aynı zamanda ahlaki sorumluluk yükleyen bir olgudur (53). Levinas'a göre, 'başkasıyla ilgilenmek, bakımıyla meşgul olmak' ahlaki bir sorumluluktur ve bundan kaçmak mümkün değildir (54).

Paul Ricoeur'a göre etik iyi yaşamdır. Hemşire olarak iyi yaşamın amacı da acıyı dindirmektir. Hemşireler etik bakım verebilmek için ahlaki sorumluluklara sahip olmalıdırlar. Ricoeur "*Acı çekmek, iyi yaşam hedefinin tam köküne darbe indirmektedir. Acı çekmek hem özsaygıya hem de otonomiye zarar verir ve bir ilişki içinde diğer insan için istediğimiz iyi yaşam için problem haline geldiğinde görünür hale gelir. Acı çekenin pasifliğinden dolayı bakım, etik açıdan asimetriktir.*" diyerek bakım ilişkisinin asimetrik bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır. Bu asimetrik ilişkinin hasta ve hemşire tarafından dengelenemediği durumlarda, etik açıdan problemlerin ortaya çıkabileceğini de vurgulamaktadır (55).

Hümanistik psikoloji okulunun öncüsü ve varoluşçu psikolog olan Rollo May (1909-1994)'a göre bakım "*insan varoluşunun en kurucu fenomenidir*". İnsanı, insan yapan şeyin bakım olduğunu ifade eden May, bakımın sevgi ve isteği mümkün kıldığını, aynı zamanda da vicdanlı olmanın kaynağı olduğunu söyler (39).

2.4. Bakım Etiği

Amerikalı filozof Milton Mayeroff'a (1925-1979) göre bakımın en temel boyutu bakım veren kişinin niyetidir. “*Bir başkasına bakım vermek onun büyümesi ve kendini gerçekleştirmesine yardım etmektir*” diyen Mayeroff'a göre bakım özveri, güven, sabır, tevazu, diğerini tanıma, sürecin önceliğine saygı gösterme, umut ve cesaret gerektirir. Ona göre bakım bir erdem, bir karakter özelliği olarak ortaya konmaktadır. Bir başka kişiye bakım vermek, büyümek için mücadele veren çocuğa saygı duymaktır. Başka insanların büyümesine yardımcı olmak, kendilerine olduğu kadar, kendilerinden başka insanlara veya şeylere bakım yapmak-özen göstermek onları cesaretlendirmek ve destek olmayı gerektirmektedir (8).

Bakım etiği, Kohlberg'in ahlaki gelişim modeli üzerine Gilligan'ın metodolojik ve epistemolojik eleştirisinin olduğu bir disiplindir (56). Lawrence Kohlberg ahlaki gelişimin psikolojik temeline ilişkin çalışmalarına 1958 yılında doktora tezi ile başlamıştır. Kohlberg 1969 yılında 10-16 yaşları arasında olan ve Şikago'nun banliyösünde yaşayan 72 erkek çocukla yüzyüze görüşme tekniğini kullanarak araştırmasını başlatmış ve 30 yıl boyunca farklı örneklerde sürdürmüştür. Katılımcılara Heinz Dilemma adı verilen bir örnek vaka vermiş ve görüşlerini sormuştur. Kohlberg, çalışmasının sonuçlarını erkeklerden oluşan bir örnekleme içermesine rağmen kadınlara da genellemiştir. Kadınların erkeklere göre daha düşük bir ahlaki gelişim evresinde olduğu öne sürülmüştür. Onun kuramında kadınların ahlaki gelişimlerinin yakın ilişkilerle fazla meşgul olmaları nedeniyle olgunlaşmamış olduğu varsayılmaktadır (57-59).

Gilligan (1982), farklı bir ses teması ile ortaya koyduğu bakım etiği anlayışında Kohlberg'in sonuçlarını eleştirmektedir. Gilligan'ın ahlaki gelişim üzerine yaptığı çalışmasında erkekler adil davranılmasını, haklara saygı gösterilmesini, kurallara dayanarak eylemde bulunulmasını ahlaki bir yükümlülük olarak algılamak; kadınlar kişilerarası ilişkilerin ve duygusal bağlılığın sürdürülmesini, empati kurulmasını, özen gösterilmesini, fedakarlığı, kendi ve başkalarının bakım sorumluluğunun üstlenilmesini ahlaki yükümlülük olarak görmektedirler. Gilligan'a göre kadınlar ahlaki yargılarında erkeklerden farklı düşünme ve ifade etme eğilimindedirler. Ahlaki bir ikileme karşılaşıldığında erkek mantığı ya da erkeğin sesi, özerklik, adalet ve hakları göz önünde bulundururken, kadınların mantığı ya da sesi ilişki, ilgi, koruma ve sorumluluk üzerine kuruludur (57, 60-63).

Gilligan'ın bakım etiği anlayışına yönelik de eleştiriler olmuştur. Bu eleştirilere göre Gilligan sonuçlarını, sayıca az ve elit olan kolej öğrencileri ya da kürtaşı düşünen genç kadınlar gibi oldukça homojen bir örneklem grubu ile yaptığı çalışmalara dayandırmaktadır. Gilligan'ın çalışması yalnızca beyaz ve orta sınıf kadınları içermesine rağmen, çalışma sonucu tüm kadınlara genellenmiştir (64,65). Gilligan, farklı bir ses teması ile ortaya koyduğu bakım etiğinde bakımı yalnızca kadına özgü bir uğraş olarak ele almaktadır (66).

Gilligan'ın bakım etiğine yönelik attığı adımdan sonra bakım etiğiyle ilgili açıklamalar ve tanımlamalar hız kazanmıştır. Örneğin Nel Noddings (2002) bakım etiğini feminist etik açıdan ele almıştır. Noddings ahlaki muhakeme ve eylemler için önerilen etik ilkeleri reddetmiştir ve bakımın daima bağlamsal (context-dependent) olduğunu öne sürmüştür (67,68). Noddings, bakımı başkalarının belirli gereksinimleri, fikirleri ve beklentilerine yönelebilmek olarak tarif etmekte ve Buber'in etik ilişki kapsamında ele aldığı *ben* ve *öteki* anlayışı ile ilişkilendirmektedir. Noddings'e göre bakım bir karakter özelliği, iyi huylar ya da tutumlar dizgesi değil, ilişkilerin istendik bir özniteliğidir. Bakım, bakım verecek kişinin karakter özellikleri ile başlamaz, bakıma muhtaç kişi ile ilk karşılaşma ile, onun gereksinimlerinin anlaşılması ve bakım ilişkisiyle başlar. Bakım ilişkisi, bakımı veren ile alanın birbirini karşılıklı olarak etkilediği, karşılıklı (reciprocal) bağımlı ve ontolojik bir ilişkidir (67,69).

Virginia Held bakım etiğinin sosyal, politik ve küresel sorunlarla ilişkisini ortaya koymaktadır (70,71). Ona göre bakım, bakım gereksinimlerine neden ve nasıl yanıt verebileceğimizi içeren, ancak aynı zamanda bakım veren ile bakımı alan arasında karşılıklı bağıllık ve güvene dayalı, ilişkisel ve makineler tarafından yeri alınamayacak bir uğraş olarak görülmüştür (72).

Bakımın siyasetle de ilgili olduğunu savunan Joan Tronto (1993) geleneksel erkek egemen güç ilişkilerini eleştirmiş ve feminist bir bakış açısıyla bakım etiğini ele almıştır. Bakım ilişkilerin siyasi dinamiklerini aydınlatmaya çalışarak; (örneğin, kadınlar ve diğer azınlık gruplarının bakımı) bakım etiğinin sosyal ve siyasal anlamlarını ortaya koymaya çalışmıştır. Ona göre bakım etiği, bütün insanların bakıma gereksinimi olduğu ve birbirlerine bakım verme ihtiyacı duydukları gerçeğinden ortaya çıkan kişisel, sosyal, kültürel, ahlaki ve siyasal yaşama dair bir yaklaşımdır (73). Tronto'ya göre bakımın dört etik ögesi vardır:

1. Attentiveness (Dikkat, ilgi göstermek): Başkalarının gereksinimlerinin karşılanabilmesi için öncelikle bu gereksinimlerin farkına varılması, dikkate alınması gerekir.
2. Responsibility (Sorumluluk): Bakabilmek için önce bu sorumluluğu üstlenmek gerekir. Dolayısıyla bu konuda bir yükümlülük hissedilmelidir.
3. Competence (Yeterlik/yetkinlik): Bakım gereksinimini hissetmek ve sorumluluk üstlenmek yetmez; gereksinimlerin karşılanması yeterlilik ve yetkinlik gerektirir.
4. Responsiveness of care receiver (Bakım alanın yanıtı /tepkisi): Bakım, insanların en çok bakıma muhtaç olduğu örselenebilirlik ve eşitsizlik durumlarıyla ilgilidir. Bu durumlardaki kişilerin anlaşılabilirliği ve bakımın niteliğinin değerlendirilebilmesi için bakım alanın yanıtı, geri bildirim önemli (73).

Eva Feder Kittay feminist felsefe, etik, sosyal ve siyasal teori ile bunların engellilerle ilgili çalışmalara uyarlanması konularıyla birlikte bakım etiğini ele almıştır. Kittay, bakım etiğinin ayırıcı özellikleri olduğunu öne sürmektedir. Ona göre belirli bir kişi için bakım gerçekten de bakım eylemiyle sonuçlanmalıdır. Bakım vermeye niyetli olmak yeterli değildir, bu niyet eyleme dönüşmelidir. Eva Feder Kittay (2006) bakımı “*yokluğunda en fazla farkına varılan, karşılıksız verildiğinde en çok takdir edilen bir şeydir*” şeklinde tanımlamıştır (74).

Chris Gastmans (2006), bakım etiğini kendi başına bir etik teori değil, daha ziyade etik teori oluşturulabilecek ahlaki bir bakış açısı, bir yönelim ve duruş olarak tarif etmiştir (75). Gastmans’a göre (1999) “*Hemşirelik, hemşireliğin dışında başka disiplinler tarafından geliştirilmiş teknik becerilere indirgenemez; hemşirelik sadece bilişsel ve teknik becerilerden ibaret değildir, hemşirelik bakımı ahlaki bir tutum demektir. Ahlaki bir tutum olarak bakım ise hemşirenin yardıma muhtaç olan savunmasız konumdaki bireye içinde bulunduğu durum ve koşullarda duyarlı ve destekleyici yaklaşımıdır.*” (76).

Bakım etiği ilişkiseldir ve bunun anlamı, ahlaki seçimlerde her zaman, belirli ahlaki durumların önemli parçaları olan ilişki ağını, ilişkisel iletişim ağını ve sorumlulukları açıklamak zorunluluğu olduğudur. Bakım etiği ahlaki yargılara karşı, tarafsız ve evrensel etik prensiplerden ziyade, gerçek durumlardaki detaylı algı ve

yansımaya dayalı olan bir yaklaşıma sahiptir. Bakım etiğinin belirgin hale gelmesi için kişinin motive olması gerekir. Örneğin karşımızdaki kişinin acısı, savunmasızlığı ve zayıflığı şefkatli ve empatik tepkileri harekete geçirir. Bakım etiğinin içindeki etik, diğeri ile nasıl karşılaştığımız ve kendi çıkarlarımız ve ihtiyaçlarımız kadar başkalarının ihtiyaçlarıyla da nasıl ilgilendiğimizdir (77).

2.5. Bakım Kavramının Hemşirelikteki Anlamı

Hemşirelik bakımının anlamını irdelemeden önce “hemşirelik” ve “hemşire” kavramlarının anlamlarını açıklamak gerekir. Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nursing- ICN)’in hemşirelik tanımına baktığımızda; *“hemşirelik tüm yaşlarda bireylerin, ailelerin, grupların ve toplumların, hasta ya da sağlıklı tüm ortamlarda özerk ve işbirliği içinde bakımını kapsar. Hemşirelik sağlığın teşvik edilmesini, hastalığın önlenmesini ve hasta, sakat ya da ölmekte olan insanların bakımını içerir. Güvenli bir çevrenin teşvik edilmesi ve savunulması, araştırma, sağlık politikasının biçimlendirilmesine ve hasta ve sağlık sistemleri yönetimine katılım ve eğitim de temel hemşirelik rolleridir.”* olarak ifade edilmiştir (78).

Türk Hemşireler Derneği (THD) 1981 yılında hemşireliği; *“bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini”* olarak tanımlamıştır (79). Hemşirelik Kanunu’nun 2007 yılında değişmesi ile birlikte hemşire *“Bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli”* olarak tanımlanmıştır (80).

Tanımlardan da anlaşılacağı gibi aslında hemşirelerin rolleri bakıma temellenir. Bakım hemşireliğinin özü olan bir kavram olmasına rağmen, bakımın hemşirelik açısından eksik tanımlandığını, dar çerçeveye odaklanıldığını düşünen teorisyenler vardır. Bu nedenle hemşireliğinin kuramsal bilgi yüküne önemli katkı sağlayan bazı hemşire yazarlar bakıma ilişkin farklı anlayışlarını ifade etmişlerdir. Örneğin; Madeleine Leininger (1978), hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan

bir öğreti olarak bakımın değer-inanç sistemini içinde barındıran bir profesyonel olan hemşireliğin merkezinde yer aldığını ifade etmiştir (2,81).

Virginia Henderson (1955)'a göre hemşirelik bakımı, hastanın fiziksel, psikolojik, kültürel, entelektüel ve sosyal yönünü göz önünde bulundurarak temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmektir (82,83). Lydia E. Hall (1960) hemşirelik bakımını, bireyin rahatlığını sağlamak, bilgi eksikliğini tanılayıp bireyi bilgilendirmek, bireyin öğrenme gereksinimlerini karşılamak ve bireyin günlük gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek olarak tanımlamıştır (83,84). Joyce Travelbee, bakımı, profesyonel hemşire tarafından gerçekleştirilen ve hemşirelik uygulamasının yasal sorumluluk alanı içinde yer alan, hasta bireyin/ailenin her türlü gereksiniminin karşılanması olarak açıklamıştır (83). Dorothea Orem (1971) ise hemşirelik bakımını, sağlıklı/hasta birey biyo-psiko-sosyal gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığında, yerine getirilmesi gereken bir işlev olarak görmüştür (85,86).

Yukarıda belirtilen tanımların dışında hemşirelik bakımının duyuşsal ve ahlaki boyutlarını da ele alarak tanımlayan teorisyenler vardır.

Anne Boykin ve Savina O. Schoenhofer bakımı, varlık bilimi (ontoloji), insan bilimi (antropoloji), etik, bilgi bilimi (epistemoloji) ve eğitim bilimi (pedagoji) olarak ele almışlardır (87). Carol Green-Hernandez ve Lennart Fredriksson bakımı, hasta ve hemşire arasındaki karşılıklı etkileşimin yer aldığı, bir ilişki içinde yaşananları kapsayan bir süreç olarak tanımlamıştır (88). Cortis ve Kendrick hemşirelik bakımını kapsayıcı ve evrensel bir insani özellik; birine bir etki yapma, dokunma, şefkat gösterme veya bakım alana empati yapma; karşılıklı düşünce alışverişlerinin yapıldığı kişilerarası bir ilişki; bir terapötik yöntem ve ahlaki bir zorunluluk ve aynı zamanda hemşireliğin temel bir erdemi olarak nitelemişlerdir (17).

Hemşirelik bakımını fiziksel, psikomotor beceri, ahlaki ve duyuşsal tüm yönleriyle ele alan tanımlar da mevcuttur.

Patricia Larson ve Sandra L. Ferketich'e göre hemşirelik bakımı, bireylere huzur ve güven duygusu sağlamayı, duygusal ve fiziksel bakım vermeyi amaçlayan eylemler dizisidir (89).

Fry'a göre hasta bakımı yapmak, insanın onurunu korumak ve sağlığını yükseltmek yükümlülüğü anlamına gelmektedir. Bu bağlamda hemşirelik bakımı, kaçınılmaz olarak bir tür ahlaki yükümlülüktür. Fry, hemşirelik bakımının hemşirenin

benimsemesi gereken merhamet, dürüstlük, vefalılık, yetkinlik gibi ahlaki değerlerin yanı sıra hijyen, organize etme, iş yapma gibi bilimsel bilgiye dayalı bir eylem yönünün de olduğunu dile getirmektedir. Hasta ile hemşire arasındaki ilişki, hastanın bakım gereksinimiyle oluştuğundan özel bir ilişkidir. Bakım bakanla bakılan arasındaki ,yani hasta ile hemşire arasındaki, ilişkinin temelini oluşturan ahlaki bir kavramdır (90).

Margaret Jean Watson'a (1989) göre bakım, bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyo-kültürel boyutlarda iki kişinin karşılıklı etkileşimi sonucu bilimsel, etik, estetik ve dolayısı ile profesyonel olarak bireyselleşmiş "kişilerarası bir süreç"tir (91).

2.6. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörler

Hemşirelik bakımı sosyal, siyasal, ekonomik, kurumsal pek çok faktörden etkilenmektedir.

2.6.1. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Hemşirelere Özgü Faktörler

Hemşirelerin mesleki ve bireysel özellikleri sunulan bakımın niteliğini doğrudan etkilemektedir. Bakımı profesyonel kılan mesleki bilgi, beceri ve tutumları kazanmış meslek üyelerinin lisans eğitimi almış olması, araştırmalar ile oluşturulan mesleki bilgi yükü, toplumun gereksinim duyduğu bir hizmetin sunulması (bakım), meslek üyelerinin uygulamalarında özerk olabilmesi, mesleğe bağlılık, bireysel sorumluluk alma, bakım verenlerin güdülenmesi, mesleki kararlarda hemşirelere rehberlik eden etik kodlarının olması ve mesleki bir örgütün varlığıdır (92,93).

Belirtilen meslekleşme kriterleri arasında hemşirelerin eğitim düzeyi, bakımı etkileyen başlıca faktörlerden birisidir. Eğitim düzeyi profesyonelliğin anahtar kriterlerinden biridir ve bilgi ile beceriyi beraberinde getirdiği için bakımı etkilemektedir. Ülkemizde, daha önce de belirttiğimiz üzere, hemşirelik eğitimi 1955 yılından bu yana lisans düzeyinde verilmektedir. Ancak, OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında ülkemizde hemşire sayısının yetersiz olması gerekçe gösterilerek esasında 1996 yılında öğrenci alımı durdurulmuş olan sağlık meslek liselerinde hemşirelik eğitime devam edilmesine yönelik yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler arasında 2007 yılında yeniden düzenlenerek yürürlüğe giren Hemşirelik Kanunu'nun Geçici 2. Maddesi, 17.07.2012 tarih ve 28351 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve son olarak 14 Ocak 2014 tarihinde yürürlüğe giren Hemşire

yardımcılığını ön gören 28886 sayılı kararname sayılabilir (80). Zaten lisans düzeyine temelli olan hemşirelik eğitiminin düzeyinin düşürülmesi ve hemşireler tarafından sunulan bazı bakım işlevlerinin eğitim düzeyi daha düşük birey ve gruplara devredilmesinin bakım kalitesini düşüreceği açıktır. Eğitim düzeyi açısından böylesi farklılıkların mesleki bilgi yükünün oluşturulması ve bilginin uygulama alanına aktararak bakımın geliştirilmesine yönelik katkısı da oldukça sınırlanmaktadır (94,95). Hemşirelerin mesleğe bağlılığı ve motivasyonu bakımı etkilemektedir. Hemşirelik hizmetlerinin insanı konu almasından dolayı dikkatli ve sürekli çalışmayı gerektirmektedir. Nitelikli bir bakım sunabilmeleri için, iş doyumlarının yüksek olması son derece önemlidir (96). Mesleğin toplumsal statüsünün düşük olması, daha çok kadınlar tarafından tercih edilmesi, hemşirelik mesleğinin genellikle istemeden seçilmesi, hemşirelik mesleğinin gelişimini ve dolayısıyla da bakımı olumsuz etkilemektedir.

Hemşirelerin mesleki sorumluluk almaları, meslek üyesi olmalarının bir şartıdır. Mesleki sorumluluk alma da temelde bireylerin bakım sorumluluğunu almalarıdır. Hemşirelerin bireysel sorumlulukları meslek üyelerine, kendine, bakım verdiği bireylere ve çalıştığı kurumlara bir hesap vermeyi gerektirir. Hemşirelik bakımında da sorumluluk; bakımı standartlarına uygun yapmayı, bilgi birikimini, mesleği benimsemeyi ve mesleki özerkliği gerektirmektedir (97). Ancak yukarıda söz edilen meslekleşme kriterleri açısından ülkemizdeki hemşireliğin durumu, uygulamalarda özerkliği ve mesleki sorumluluğu da olumsuz yönde etkilemektedir.

2.6.2. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Sosyal Faktörler

Toplumsal ve sosyal değişimler, insan hakları ve hasta hakları gibi kavramların ortaya çıkmasını sağlamış ve bu da toplumun hemşireden beklentilerinde önemli bir farklılaşmaya neden olmuştur. Bu farklılaşmalar içinde hemşirelerin en önemli rolü de hizmet verdikleri hasta veya sağlıklı bireyin haklarını savunma rolü olmuştur. Hemşirelerin hasta savunuculuğu hasta güvenliğinin sağlanması açısından kritik öneme sahip, hemşirelerin bakım, danışmanlık, eğitim gibi diğer rollerini de destekleyen ve geliştirilmesine katkı sağlayan bir roldür (48). Bununla birlikte hemşirelerin hasta savunuculuğu rolü bir sağlık bakım sisteminde kimi zaman hekimlere, diğer sağlık profesyonellerine, meslektaşlarına ve kuruma karşı da olabilmekte ve sağlık ekibi içinde ilişkilerde çatışma yaşanmasına da yol

açabilmektedir. Dolayısıyla genişleyen ve gelişen hemşirelik rolleri hasta bakımına katkılarının yanı sıra bazı kaçınılmaz sorunları da beraberinde getirmekte ve bakım kalitesini etkileyebilmektedir.

Hemşirelik bakımını hastaların dini ve kültürel uygulamaları ile sosyoekonomik durumu etkilemektedir. Kültürel ve dini inançlar bireyin sağlık bakım sistemine yaklaşımını, kişisel sağlık uygulamalarını ve hemşire- hasta iletişimini etkilemektedir. Hemşire, bakım vermekle yükümlü olduğu bireyin kültürel ve dini inançlarını bilmediği takdirde bireyin davranışlarını ve inançlarını anlamakta güçlük çekmekte ve etkili bir bakım sunması mümkün olmamaktadır (98). Hemşireler, bakım verdikleri hastaların dini ve kültürel inanç ve uygulamaları bilerek bakımlarını ona göre planlayabilmelidirler.

Bireylerin ekonomik durumu sağlık bakım sisteminden yararlanmayı etkileyen önemli faktörlerden biridir. Sağlık hizmetlerinin maliyetinin giderek yükselmesi ve bireysel ödemelerin artması bireylerin bakım hizmetlerinden yararlanmalarını engellemektedir (99). Bu durumda bakım ihtiyacı olan herkese değil, parası olana sunulmakta, bakımın duyuşsal ve insani boyutu gözardı edilmekte ve hemşire hasta iletişimini olumsuz yönde etkilemektedir.

Hemşirelik bakımını etkileyen bir diğer faktör toplumsal cinsiyet bakış açısıdır. Toplumsal cinsiyet anlayışının etkisiyle toplum içinde kadına yüklenen sorumluluklar ve beklentiler, hastanelerde de hemşirelere yüklenmiştir. Kadının toplumdaki yeri yüzyıllardır hemşireliğin yerini de paralel olarak etkilemiştir. Kadına özgü bir uğraş olarak, değersiz görülen ve toplumsal statüsü düşük olarak algılanan bakımın ağır, stresli ve yorucu çalışma ortamlarında, genellikle yetersiz personel ve araç gereçlerle birlikte sunulmaya çalışılması, bunun karşılığında yetersiz ücret ve saygınlığın artmaması, emeğin görünmezliği hemşirelerde hayalkırıklığı ve tükenmişliğe yol açmaktadır. Sürekli yorgunluk, umutsuzluk, çaresizlik duyguları ile yaşanan duygusal ve fiziksel tükenme, kişisel başarı eksikliğini de beraberinde getirmekte (100) ve hemşire-hasta iletişimini ve bakımı olumsuz yönde etkilemektedir.

2.6.3. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Siyasi Faktörler

Bakımı etkileyen faktörler arasında ülkede uygulanan sağlık politikaları önemli bir yer tutmaktadır. Ülkelerdeki siyasi kararlar, eğitim ve sağlık sistemi gibi önemli alanları doğrudan etkilemektedir. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü'nün

(Organization for Economic Co-Operation and Development- OECD) 2013 yılı verilerine göre (OECD) sağlık profesyonelleri arasında sayı olarak hemşireler ilk sırada yer almaktadır (101). Sağlık ve eğitim sistemleriyle ilgili alınan bütün siyasi kararlar sağlık personeli içerisinde sayıca fazla olan hemşireleri ve bakım verdikleri hastalarını doğrudan etkilemektedir. Ancak hemşireler bu kararların sadece sonuçlarından etkilenmekte, politikaların belirlenmesinde rol alamamaktadırlar (102).

Özellikle ülkemizde yürütülen sağlıkla ilgili politikalar, hemşirelerin mesleki eğitimlerini, ünvan ve çalışma yaşamlarını doğrudan etkilemiştir. Hemşirelik mesleğinin eğitim ve öğretiminin nitelik ve niceliği hemşirelik bakımında son derece önemlidir. Daha önce de belirtildiği üzere, ülkemizde hemşire meslek ünvanı, bugüne kadar izlenen sağlık politikalarıyla birlikte, özellikle de hemşire sayısındaki yetersizlik neden gösterilerek ortaokul, meslek lisesi, iki yıllık meslek yüksekokulu, dört yıllık meslek yüksekokulu ve çeşitli kurslardan mezun kişilere verilmiştir. Farklı mezuniyet koşullarını gerçekleştirerek mezun olan hemşireler aynı işi yaptıkları halde ayrı ücret almakta ve aynı kalitede bakım sunmaları beklenmektedir (83,96,102)

Günümüzde mesleğe yönelik diğer bir sorun hemşirelerin sözleşmeli, kadrolu, taşeron işçi gibi çeşitli pozisyonlarda çalışmaları olarak görülmektedir. Bu pozisyonlar hemşireler arasındaki eşitsizliği giderek arttırmakta, iş güvencesini azaltmakta, çalışma koşullarındaki sürekli değişime uyumu zorlaştırmakta, özel ve devlet kurumuna göre çalışma sürelerindeki değişim hemşirelik bakımını da olumsuz yönde etkilemektedir (96,102).

Ülkemizde hemşireliği ve bakımı etkileyen diğer politik kararları incelediğimizde resmi gazetede 2 Kasım 2011 yılında yayınlanan 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”de “hemşire” kelimesinin hiç geçmediği ve hemşireliğe yer verilmediği görülmektedir. Hemşirelik hizmetleri yönetimi de mesleği hemşirelik olmak zorunda olmayan bakım hizmetleri müdürünün sorumluluğuna verilmektedir. Bu durumda zaten bir çok faktöre bağlı olarak kısıtlı olan mesleki özerkliği ve hemşirelerin kendi uygulamalarıyla ilgili otokontrol ve öz denetimini kısıtlamaktadır. Yine 31 Ekim 2012 yılında 3131 sayılı “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge”nin yürürlüğe girmesiyle bakım hizmetleri müdürünün görev, yetki ve sorumlulukları ortaya konulmuştur (80). Bu görev, yetki ve sorumluluklar incelendiğinde bakım hizmetlerinden temizlik ve otelcilik hizmetlerine

kadar pekçok hizmetten söz edildiği görülmektedir (102). Bu kadar farklı görev ve sorumluluğun bakım hizmetleriyle birlikte yürütülmeye çalışılmasının yanı sıra bu göreve getirilen kişilerin, hemşirelik dışında farklı mesleklerden kişilerin olması hemşirelik mesleğini ve bakımı olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

2.6.4. Hemşirelik Bakımını Etkileyen Kurumsal / Örgütsel Faktörler

Bakımın niteliğini etkileyen diğer faktör; sağlık kuruluşlarındaki sağlık ve yönetim sisteminin biçimi ve örgütsel yapısıdır. Sağlık bakım hizmetleri karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu yapı içerisinde farklı meslek üyelerinden hizmet alınması, diğer taraftan hizmetin farklılığı nedeniyle bu hizmetin verildiği hastanelerde de farklılaşmaların olması bakımın niteliğini etkilemektedir.

Sağlık kurumlarında ev idaresi ve kırtasiye işlerinin önemli bir bölümü hemşirelere yüklenmekte, bu kurumlarda hemşireler hasta bakımının yanı sıra kliniği düzenleme, gerekli onarımlar için teknik servis ile iletişimi sağlama, sekreteryaya işlerini yapma, mekânın temizliğini denetleme ve malzemeleri sağlayıp yazışmaları yapma gibi kendi görev tanımında yer almayan işleri de yapmaktadır (103). Bu durum hemşirelerin hastalarına ayıracakları zaman sınırlandırarak nitelikli bakım sunmalarının önüne geçmektedir.

Diğer yandan yataklı tedavi kurumlarında; araç-gereç ve nitelikli personel eksikliği, bakım hizmetlerinin bir bölümünün eğitilmiş hemşireler yerine daha ucuz iş gücünü oluşturan hastabakıcı ve diğer yardımcı personele devredilmesine neden olmaktadır. Bu durum ise bakımın kalitesini azaltırken hasta güvenliğine yönelik riskleri artırmaktadır (99, 104,105).

Hemşirelik bakımını etkileyen faktörlerin ayrıntılı incelenmesi sonucunda açıkça görülmektedir ki sıralanan bu faktörlerin hiçbiri birbirinden bağımsız değildir. Herhangi birinde meydana gelen değişim, bir diğerini ve dolayısıyla bakımı olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. İnsanlığın varoluşundan bu yana varolan ve tarih boyunca genellikle kadınlar tarafından üstlenilen bakım; siyasal, sosyal, kurumsal ve mesleki pekçok faktörden etkilenmiş, dolayısıyla bakım verenleri ve bakım alanları da etkilemiştir. Bir çok faktör tarafından etkilenen ve bilişsel, duyuşsal, fiziksel, teknik ve ahlaki boyutlarıyla karmaşık bir olgu olan bakım kavramı ve uğraşısının özellikle bakım verenler ve alanlar tarafından nasıl algılandığının ortaya konulması gerekmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, hemşirelerin ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılarının incelenmesi ve bakımın kapsamlı bir analizini yapmak amacıyla niceliksel, niteliksel ve analitik bir araştırma olarak üç aşamada gerçekleştirilmiştir.

Birinci aşamada hemşirelerin ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılarının incelenmesi amacıyla ölçüm aracı olarak kullanılan Bakım Davranışları Ölçeği'nin (BDÖ) (Caring Behaviors Inventory- CBI) *Türkçe 'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması* yapılmıştır. Bu aşamadaki çalışma için örnekleme 363 hasta ve 356 hemşire dâhil edilmiştir (Temmuz 2014- Eylül 2014).

İkinci aşama geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş ölçeğin güç analizi ile belirlenen 140 hastayı ve 140 hemşireyi içeren yeni bir örneklem grubuna uygulandığı ve aralarında karşılaştırmaların yapıldığı aşamadır (Ekim 2014- Kasım 2014).

Üçüncü aşama ise görüşmeye gönüllü olan 23 hemşire ile yürütülen ve bakım kavramına ilişkin anlayış ve yaşantıların analiz edildiği derinlemesine yüzyüze görüşmeyi içeren *fenomenolojik niteliksel* aşamadır (Kasım 2014- Ocak 2015).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma Ankara Büyükşehir Belediyesi sınırları içerisinde yer alan ve yatak kapasitesi 500 ve üzeri olan Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastaneleri ile kamuya bağlı üniversite hastanelerinde yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler ile bazı üniversite hastanelerinde hemşireler 08:00- 16:00/ 16:00- 08:00 saatleri arasında; bir üniversite hastanesinde ise 08:00- 20:00/ 20:00- 08:00 saatleri arasında hastalara bakım vermektedirler.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Ankara İli Büyükşehir Belediyesi sınırları içinde yer alan, yatak kapasitesi 500 ve üzeri olan tüm hastanelerde çalışan hemşireler ve yatan hastalar oluşturmuştur. Kamu ve üniversite hastaneleri içinde yatak kapasitesi 500 ve üzerinde olan hastaneler ile çalışan hemşire sayıları Çizelge 3.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1 Çalışmanın Yapıldığı Hastaneler, Yatak Kapasiteleri, Çalışan Hemşire Sayısı

| HASTANELER | YATAK KAPASİTESİ | ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 550 | 472 |
| Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 1046 | 763 |
| Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 519 | 266 |
| Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 671 | 645 |
| Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 604 | 409 |
| Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 501 | 271 |
| Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi | 631 | 684 |
| Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi | 909 | 582 |
| Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 1024 | 789 |
| Toplam | 6455 | 4881 |

3.3.1. Örneklem Seçim Yöntemi ve Kriterleri

Araştırmanın **birinci aşamasında** kullanılan BDÖ'nün Türkçe 'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması için, örneklem hacmi evren sayısının bilindiği durumda önerilen örnekleme formülü ile belirlenmiştir. Çalışmada %95 güvenle ve %5 sapma göz önüne alınarak hesaplamalar yapılmıştır. Buna göre araştırmanın örneklem hacmi aşağıdaki gibi hesaplanmıştır.

Hasta için örnekleme planı:

Evren Biliniyorken Örnekleme Yöntemi kullanılarak aşağıda belirtilen formül aracılığı ile minimum örnek hacmi **363** olarak hesaplanmıştır (106).

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı (6455)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı (363)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,5)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0,5)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma (0,05)

Hemşire için örnekleme planı:

Evren Biliniyorken Örnekleme Yöntemi kullanılarak aşağıda belirtilen formül aracılığı ile minimum örnek hacmi **356** olarak hesaplanmıştır (106).

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı (4881)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı (356)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (0,5)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (0,5)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1,96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen + sapma (0,05)

Örnekleme seçim kriterlerine uyan hemşireler ve hastalar araştırmanın evreninden tabakalı basit rastgele seçim ile belirlenmiştir. Hastaneler ve tabakalı örnekleme yöntemi sonucunda belirlenen hemşire sayıları Çizelge 3.2'de yer almaktadır.

Çizelge 3.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Örneklemeye Alınan Hastaneler ve Hemşire Sayıları

| HASTANELER | ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI | TABAKADAKİ AĞIRLIK ORANLARI | ÖRNEKLEME ALINAN HEMŞİRE SAYISI |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 472 | % 10 | 36 |
| Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 763 | % 16 | 57 |
| Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 266 | % 5 | 18 |
| Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 645 | % 13 | 46 |
| Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 409 | % 8 | 28 |
| Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 271 | % 6 | 21 |
| Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi | 684 | % 14 | 50 |
| Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi | 582 | % 12 | 43 |
| Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 789 | % 16 | 57 |
| Toplam | 4881 | % 100 | 356 |

Hastaneler ve tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenen hasta sayıları Çizelge 3.3'te yer almaktadır.

Çizelge 3.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Örnekleme Alınan Hastaneler ve Hasta Sayıları

| HASTANELER | YATAK KAPASİTESİ | TABAKADAKİ AĞIRLIK ORANLARI | ÖRNEKLEME ALINACAK HASTA SAYISI |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 550 | % 9 | 33 |
| Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 1046 | % 16 | 58 |
| Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 519 | % 8 | 29 |
| Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 671 | % 10 | 36 |
| Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 604 | % 9 | 33 |
| Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 501 | % 8 | 29 |
| Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi | 631 | % 10 | 36 |
| Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi | 909 | % 14 | 51 |
| Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 1024 | % 16 | 58 |
| Toplam | 6455 | % 100 | 363 |

Araştırmanın birinci aşaması için örnekleme seçim kriterleri:

Hastalar için; 18 yaşının üstünde, iletişim kurabilen, hemşireyle etkileşmiş ve en az üç gündür hastanede yatarak bakım alan bireyler örnekleme alınmıştır.

Hemşireler için; hasta ile doğrudan iletişimi olan hemşireler örnekleme alınmıştır.

Araştırmanın **ikinci aşamasında** birinci aşamadaki örneklem kriterleri geçerli olmuştur ancak yeni bir hemşire ve hasta grubu örneklem olarak belirlenmiştir. Araştırmanın ikinci aşamasının örneklem sayısının belirlenmesinde NCSS-PASS 2007 (Number Cruncher Statistical System) istatistik paket programı kullanılmıştır (107,108). Güç (Power) % 90, alfa 0.05 olarak alınmıştır. Literatürde Moyle ve ark.'nın (2005) hastalar ve hemşireler ile Caring Behaviors Inventory kullanarak yapmış oldukları çalışmadan yararlanılmıştır (109). Çalışma sonucunda hastalar ile hemşirelerin ölçek toplam puanları arasındaki 10 puan farklılığını yakalamak için % 90 güç analizi ile yaklaşık 140 hasta ve 140 hemşire örneklem kapsamına alınmıştır. Örneklem seçiminde tabakalı basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

n_h : Alt örneklem hacmi

N_h : Her bir tabakanın hacmi

N : Evren hacmi

$$n_h = n \cdot \frac{N_h}{N}$$

İkinci aşamada özel dal hastaneleri (kadın hastalıkları ve doğum hastaneleri vb.) ile diğer hastanelerin acil servisleri, poliklinikleri, ayaktan tedavi veren birimleri, özel üniteleri (transplantasyon, yara bakımı, diyaliz ünitesi, psikiyatri kliniği vb.), kadın hastalıkları ve doğum kliniği ve ameliyathanelerde çalışan hemşireler ve yatan hastalar örneklem kapsamına alınmamıştır. Doğrudan bilinçli hastayla iletişimin olduğu ve bakım verilen cerrahi ve dahili birimlerde çalışan hemşireler ile bu birimlerde bakım alan hastalar örneklem kapsamına alınmıştır.

Hastaneler ve tabakalı örneklem yöntemi sonucunda belirlenen hemşire sayıları Çizelge 3.4’te yer almaktadır.

Çizelge 3.4. Araştırmanın İkinci Aşamasında Örnekleme Alınan Hastaneler ve Hemşire Sayıları

| HASTANELER | ÇALIŞAN HEMŞİRE SAYISI | TABAKADAKİ AĞIRLIK ORANLARI | ÖRNEKLEME ALINACAK HEMŞİRE SAYISI |
|----------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 472 | % 12 | 17 |
| Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 763 | % 20 | 28 |
| Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 645 | % 16 | 22 |
| Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi | 684 | % 17 | 24 |
| Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi | 582 | % 15 | 21 |
| Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 789 | % 20 | 28 |
| Toplam | 3935 | % 100 | 140 |

Hastaneler ve tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenen hasta sayıları Çizelge 3.5'te yer almaktadır:

Çizelge 3.5. Araştırmanın İkinci Aşamasında Örnekleme Alınan Hastaneler ve Hasta Sayıları

| HASTANELER | YATAK KAPASİTESİ | TABAKADAKİ AĞIRLIK ORANLARI | ÖRNEKLEME ALINACAK HASTA SAYISI |
|----------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 550 | % 11 | 15 |
| Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 1046 | % 22 | 31 |
| Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 671 | % 14 | 20 |
| Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi | 631 | % 13 | 18 |
| Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi | 909 | % 19 | 27 |
| Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 1024 | % 21 | 29 |
| Toplam | 4831 | % 100 | 140 |

Araştırmanın **üçüncü aşaması** olan niteliksel verilerin toplandığı aşama için ise olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Örnekleme derinlemesine görüşmeyi kabul eden, farklı hastanelerin farklı kliniklerinde çalışan ve farklı hasta gruplarına bakım veren (yoğun bakım, onkoloji, yara bakımı vb.) hemşireler dâhil edilmiştir. Amaçlı örnekleme yöntemi, hemşire deneyimlerinden yola çıkarak bakım kavramının analizini doğru ortaya koymak için kullanılmıştır. Örneklem sayısı için verilerin doygunluğu önemlidir (110,111). Merriam'ın (2013) bildirdiğine göre Guba (1985) amaca yönelik örneklemede, örneklemin büyüklüğünün, bilgiler göz önünde bulundurularak belirlenmesi gerektiğini, eğer amaç bilgiyi artırmaksa seçimin örneklem biriminden yeni hiçbir bilgi elde edilmediğinde son bulması gerektiğini belirtmiştir. Bu nedenle araştırmada veri doygunluğu esas alınmıştır (110).

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, verilerin toplanması için aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılmıştır.

3.4.1. Hemşireler İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

Literatürden yararlanılarak (15, 32, 112) tanıtıcı bilgiler formu oluşturulmuştur. Formda; hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, çalışma yılı, çalışılan birim, çalışma şekli, pozisyonu, ortalama aylık gelir düzeyini içeren sosyo-demografik özellikler, günde ortalama bakım verdiği hasta sayısı, meslekten memnuniyet durumu, mesleki örgüte üyelik durumu, bilimsel aktivitelere katılma durumu, hastaların bakım gereksinimlerini belirlerken göz önünde bulundurduğu durumlar, bakımın niteliğini etkileyen faktörleri vb. içeren 13 çoktan seçmeli, 7 açık uçlu olmak üzere toplam 20 soru yer almaktadır (Bkz. Ek 1).

3.4.2. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak (26,29, 32,112) hastalar için tanıtıcı bilgiler formu oluşturulmuştur. Formda yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleği, hastalığıyla ilgili bilgiler (tanı, yatış tarihi vb.), kronik hastalık durumu, yaşadığı yer, daha önce hastanede yatma durumu, günlük bakım gereksinimlerini karşılayabilme durumu, hemşirelik bakımından memnuniyet durumu vb. bilgileri içeren 17 çoktan seçmeli, 8 açık uçlu olmak üzere toplam 25 soru yer almaktadır (Bkz. Ek 2).

3.4.3. Bakım Davranışları Ölçeği

Orijinal adı Caring Behaviors Inventory olan ve Türkçe olarak Bakım Davranışları Ölçeği olarak adlandırılan ölçek, 1994 yılında Zane Robinson Wolf ve arkadaşları tarafından hasta bakımının felsefi ve etik açılarından çalışılması için geliştirilmiştir (113). Ölçek hemşirelik bakımını değerlendirmek için tasarlanmıştır. Ölçek, 6'lı likert şeklinde ölçülen 42 madde ve 5 alt boyuttan (başkalarına saygı (respectful deference to other), insan varlığının güvencesi (assurance of human presence), olumlu bağ (positive connectedness), profesyonel bilgi ve beceri (professional knowledge and skills), diğerinin deneyimine özen/ dikkat (attentive to others experience) oluşmaktadır (Bkz. Ek 3 ve Ek 4). Ölçeğe verilen cevap puanları

her bir madde için en düşük 1 en yüksek 6 puandır. Toplamda ise en düşük puan 42, en yüksek puan ise 252'dir. Alt boyut ve toplam ölçek puanı arttıkça, hastaların ya da hemşirelerin bakım algısı olumlu yönde artmaktadır. Ölçeğin orijinalinin geçerlilik çalışması 278 hemşire ve 263 hasta ile yapılmıştır. Güvenilirlik kat sayısı hemşirelerin yanıtları sonucunda $\alpha = 0.83$, hastaların yanıtları sonucunda ise $\alpha = 0.96$ olarak hesaplanmıştır. Güvenilirlik çalışması test- tekrar test sonucunda ölçeğin korelasyon kat sayısı $r = 0.96$ ($p < 0.001$), rho: 0.88 ($p < 0.001$) olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik- güvenilirlik çalışmasını yapabilmek için Zane Robinson Wolf'tan ölçeğin orijinali ve kullanımı için elektronik posta yoluyla izin alınmıştır (Bkz. Ek 5).

3.4.4. Derinlemesine Görüşme Formu

Araştırmanın fenomenolojik niteliksel aşamasında hemşirelerin bakım kavramını ilişkin görüş ve yaşantılarını açığa kavuşturmak amacı ile “yarı yapılandırılmış soru formu” hazırlanarak derinlemesine görüşme tekniği ile veriler toplanmıştır. Formda hemşirelerin çalıştığı klinik, çalışma yılı, bakım kavramının anlamı, bakımın öncülleri ve sonuçları, bakımı etkileyen faktörler, bakımın ahlaki yönü vb. önermeleri içeren 8 soru yer almaktadır. Sorular, araştırmacı tarafından literatüre dayanarak (15, 19, 21, 22, 23, 114) bakım kavramının analizine yönelik olarak hazırlanmıştır (Bkz. Ek 6).

3.5. Araştırmanın Uygulaması

3.5.1. Araştırmanın Birinci Aşamasının Uygulaması

Bakım Davranışları Ölçeğinin Geçerlilik Çalışması: Geçerlilik, “bir ölçme aracının ölçülmek üzere hazırlandığı amacı, değişkeni ölçme derecesidir”. Bir ölçeğin ”neyi” ne denli “isabetli/ doğru” olarak ölçtüğüyle ilgili bir kavramdır (115,116). Bu çalışmada ölçeği oluşturan maddelerin hem dil ve kültür eşdeğerliliği, hem de içerik geçerliliğini sınamak için uzman görüşlerine başvurulmuştur.

1. Dil eşdeğerliliği çalışması için öncelikle alanında iki uzman ile Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Mütercim Tercümanlık Bölümü İngilizce Mütercim Tercümanlık Anabilim Dalı'nda görevli bir uzman tarafından ölçeğin Türkçeye çevirisi yapılmıştır.

2. Araştırmacı tarafından bu ölçeğin ortak ve farklı yönleri dikkate alınarak ilk Türkçe şekli hazırlanmıştır. Daha sonra ölçek ilk Türkçe şekli ve İngilizcesi ile birlikte, Türkçe dil yapısına ve dil bilgisine uygunluk bakımından değerlendirilmek üzere Türk Dili ve Edebiyatı alanında bir uzmanın görüşüne sunulmuştur.
3. Ölçeğin kapsam / içerik geçerlilik çalışması yapılmıştır. İçerik geçerliliği örneklem olarak belirlenen test veya ölçek maddelerinin belirli bir amaca yönelik olarak kavramsal ana kütleyle temsil etme derecesidir. Seçilen örneklem maddeleri kavramsal ana kütleyle temsil ettiği oranda içerik geçerliliğine sahiptir (116). Kapsam / içerik geçerlilik çalışması için ölçeğin maddeleri, Hemşirelik Esasları alanında üç öğretim üyesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalında görevli üç öğretim üyesi ve uygulama alanında görevli bir uzman hemşire olmak üzere 7 kişi tarafından Waltz ve Bausell'ın 1981 yılında geliştirdiği Kapsam / İçerik Geçerlilik İndeksi kullanılarak değerlendirmiştir (117). Bu indekse göre, uzmanların ölçek maddelerine ilişkin verdiği puanlar 1 ile 4 arasında değişmektedir (*1 =Uygun değil; 2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerekir; 3=Uygun ancak ufak değişiklikler gerekiyor; 4=Çok uygun*). Uzmanlardan gelen görüşlerin değerlendirilmesinde, her bir maddeye ait kapsam geçerliği oranı (KGO) hesaplanmıştır. Ardından, hesaplanan KGO'ların ortalaması alınarak kapsam geçerliği indeksi (KGİ) belirlenmiştir. Bu indeks her bir madde için uzmanların o maddeyi gerekli görüp görmediklerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır (118). Bu değer, maddelerin uygunluk düzeyi için hesaplanmıştır. Uzmanların puan ortalamalarının yanı sıra maddelerin ifade şekli ve içeriği konusundaki önerileri de değerlendirilmiştir. Alınan geribildirimler doğrultusunda maddeler tekrar gözden geçirilmiştir.

Uzman sayısı 7 olması sebebiyle 0,99'den büyük olan KGO değerine sahip maddelerin kapsam geçerliliğinin sağlandığı sonucuna varılmaktadır (117). Çalışmada tüm maddelerin kapsam geçerliliğinin sağlandığı ve kapsam geçerliği indeksinin 1 olduğu saptanmıştır. Uzman görüşleri sonrasında ölçeğin 1.,2.,3.,5.,7.,10.,13., 14., 17., 19., 20., 23., 26., 27., 30., 32. ve 42. maddelerinde ifade değişiklikleri yapılmıştır. Türkçe'ye uyarlanan ve uzman görüşleri sonrasında değişiklikler yapılan ölçeğin orijinalini karşılayıp karşılamadığını belirlemek üzere Hacettepe Üniversitesi Edebiyat

Fakültesi Mütercim Tercümanlık Bölümü İngilizce Mütercim Tercümanlık Anabilim Dalı'nda görevli bir uzman ve profesyonel bir çevirmen tarafından ölçeğinin geri çevirisi yapılmıştır.

4. Yapılan geri çeviri ölçeğin yazarının görüşüne sunulmuştur. Yazardan gelen öneriler doğrultusunda ölçeğin İngilizce versiyonu üzerinde 2., 6., 10., 11., 13., 16., 19., 20., 25., 30., 31., 34., 38., 39. ve 40. maddeler üzerinde değişiklikler yapılmıştır.
5. Ölçeğin dil eşdeğerliliği ve kapsam geçerliliği sağlandıktan sonra yapı geçerliliği değerlendirilmiştir. Yapı geçerliliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ile yapılır. Faktör analizi, birçok değişkenin birkaç başlık altında toplanmasını, bu durumu ölçek maddelerinin açıkladığı varyansı değerlendirmek için yapılan bir işlemdir (119,120). Açıklayıcı faktör analizi yapı geçerliliğinin değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemlerdendir. Doğrulayıcı faktör analizi ise bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (119,121).

42 önermeden oluşan Bakım Davranışları Ölçeği'nin hem hemşireler hem de hastalar üzerindeki uygulamalar için öncelikle doğrulayıcı faktör analizi uygulanarak faktör yapılarının geçerliliği araştırılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulama yapılamadığından ilgili soruların ülkemizdeki popülasyonunu görmek için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır.

6. Yapı geçerliliği değerlendirildikten sonra ölçüm aracının güvenilirliğine bakılmıştır. Güvenilirlik veya ölçek sonuçlarının kavramsal yapıya ilişkin olguyu doğru bir şekilde ortaya çıkarması; ölçüm aracının farklı yerlerde, farklı zamanlarda ve aynı ana kütleden seçilen farklı örnek kütlelerde uygulandığında benzer sonuçları vermesidir (116). Güvenilirlik bir ölçme aracının tekrar uygulandığında da tutarlı sonuçlar verme yeteneğidir (122).

a) **İç tutarlılık güvenilirlik analizi:** Tek bir ölçüm aracı kullanılarak ve tek bir seansta ölçüm yapılarak maddelerin belirli bir kavramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır (116).

Analiz için Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı hesaplanmıştır. Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibi yorumlanır;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güvenilirdir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (116).

b) **Zamana göre değişmezlik (test- tekrar test):** Herhangi bir şeyin benzer koşullar altında ve belli bir zaman aralığı ile ölçümleri sonucu elde edilen veri grupları arasındaki ilişkidir (116). Çalışmada 30 hasta ve 30 hemşire (Çizelge 3.6) ile yapılan test- tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyum değerlendirilmiştir. Tekrar test 30 hasta ve 30 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Tekrar test uygulaması hastalar için 3 gün sonra, hemşireler için ise 1 hafta sonra yapılmıştır. Sonuçlar Kendall Tau-b analizi ile hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.8)

Çizelge 3.6. Tekrar Test Aşamasında Yer Alan Hastaneler ile Hemşire ve Hasta Sayıları

| HASTANELER | HEMŞİRE SAYISI | TEKRAR TEST İÇİN HEMŞİRE SAYISI | HASTA SAYISI | TEKRAR TEST İÇİN HASTA SAYISI |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------------|--------------|-------------------------------|
| Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 36 | 3 | 33 | 3 |
| Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 57 | 5 | 58 | 5 |
| Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 18 | 1 | 29 | 2 |
| Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 46 | 4 | 36 | 3 |
| Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 28 | 2 | 33 | 3 |
| Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi | 21 | 2 | 29 | 2 |
| Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi | 50 | 4 | 36 | 3 |
| Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi | 43 | 4 | 51 | 4 |
| Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi | 57 | 5 | 58 | 5 |
| Toplam | 356 | 30 | 363 | 30 |

3.5.2. Araştırmanın İkinci Aşamasının Uygulanması

Bu aşamada geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ölçeğin yeni örneklem grubu belirlenerek seçilen hastalara ve hemşirelere uygulaması yapılmıştır. Uygulama için tabakalı rastgele örnekleme yöntemiyle belirlenmiş olan ilgili kurumdaki hemşirelerden, hemşirelik hizmetleri müdürlüğü aracılığıyla ulaşıp randevu alınmıştır. Araştırmacı her bir klinik hemşiresi ve hastayla yüzyüze görüşmüş, katılımcıların belirledikleri bir ortamda (hastaların kaldığı odalar ve hemşirelerin dinlenme odaları) görüşme formu doldurulmuştur. Hastalarla ilgili formlar araştırmacı tarafından, hemşirelerle ilgili formlar ise hemşireler tarafından ortalama 15-20 dakika içinde doldurulmuştur.

3.5.3. Araştırmanın Üçüncü Aşamasının Uygulaması

Hemşirelerle uygun bir görüşme ortamında (sadece araştırmacı ve gözlemci ile hemşirelerin bulunacağı, sessiz bir toplantı odasında) yarı yapılandırılmış soru formları kullanılarak derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler 30-90 dakika arasında sürmüştür. Görüşmede aktarılan konuşmalar kayıt cihazına kaydedilmiştir. Görüşmeler esnasında ortam ve katılımcılarla ilgili gözlemleri kaydeden bir gözlemci bulunmuştur. Veri doygunluğuna ulaşıldığında uygulama sonlandırılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Birinci aşamada uzman görüşlerinin uyumluluğu KGİ analizi ile değerlendirilmiştir. Maddelerin ölçeğin özgün yapısını açıklayıp açıklamadığını belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi, doğrulamadığı için de madde-faktör ilişkisini ülkemiz normlarına göre belirlemek amacıyla açıklayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi için LISREL 8 paket programı kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizi için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows- 16 paket programı kullanılmıştır. Ölçeğin test-tekrar test değerlendirmesi Kendall Tau analizi ile, ölçek boyutları için madde-toplam puan analizi Pearson korelasyon analizi ile, ölçek boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısına bakarak değerlendirilmiştir.

İkinci aşamada geçerlilik- güvenilirliği yapılmış ölçeğin uygulamasından sonra araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows- 16 istatistik paket programı kullanılarak ve istatistik danışmanlığı alınarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri türlerine göre gruplararası karşılaştırmalarda; bağımsız gruplarda t testi, üç veya daha fazla grup olması durumunda tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve çoklu karşılaştırmalarda Tukey Testi kullanılmıştır. Puanlar arasındaki korelasyon ve ilişkilere Pearson Korelasyon Analizi ile bakılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değerlendirilmiştir.

Üçüncü aşamadaki yarı yapılandırılmış soru formunun değerlendirilmesinde nitel araştırmalarda kullanılan içerik analizi kullanılmıştır. İçerik analizinde temel amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır (123). Bu amaçla toplanan verilerin ses kayıtları araştırmacı ve tez danışmanı tarafından ayrı ayrı dinlenmiş, metne dönüştürülmüş, ifadeler ayrıntılı olarak yazılmıştır. Araştırmacılar

metni bir kez okuduktan sonra ikinci okumalarında metni anlamlı bölümlerine ayırarak çözümlenmiştir. İçerik analizi için verilerin mantıklı ve anlamlı bir biçimde kodlanmasının ardından, veriyi açıklayan alt tema ve temalar saptanmıştır. Her iki araştırmacı biraraya gelerek ortak tartışma ve fikir alışverişiyle çözümlenmeleri ve analizleri birlikte değerlendirmiş, tema ve alt temaların son halini ortaya çıkarmışlardır. Ayrıca hemşirelerin ifadelerinden bazıları çalışmanın bulgularına alıntı olarak yansıtılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Bkz. Ek 9), Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Bkz. Ek 10), Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hastane Müdürlüğü, Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ve Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden (Bkz. Ek 11) yazılı izin alınmıştır. Ayrıca hemşirelerden ve hastalardan araştırmanın amacı hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmanın üçüncü aşamasında yer alan hemşirelere çalışmanın amacı açıklanmış, görüşmenin ses kaydı yapılacağı belirtilerek onamları alınmıştır (Bkz. Ek 12-16).

4. BULGULAR

4.1. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirlik Aşaması ile İlgili Bulgular

4.1. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması Katılımcıları ile İlgili Bulgular

Tablo 4.1. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=363)

| Tanıtıcı Özellikleri | Sayı | % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Yaş ortalaması $\bar{x} = 53.55 \pm 15.81$, min= 18 ve max= 92'dir. | | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 206 | 56.7 |
| Erkek | 157 | 43.3 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 306 | 84.3 |
| Bekâr | 57 | 15.7 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okur Yazar Değil | 56 | 15.4 |
| İlköğretim | 218 | 60.1 |
| Lise | 59 | 16.3 |
| Lisans | 28 | 7.7 |
| Lisansüstü | 2 | 0.6 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışan | 76 | 20.9 |
| Çalışmayan | 287 | 79.1 |
| Ekonomik Durum | | |
| Kötü | 38 | 10.4 |
| Orta | 275 | 75.8 |
| İyi | 50 | 13.8 |
| Yaşadığı Yer | | |
| Köy-Kasaba | 30 | 8.3 |
| Şehir Merkezi | 333 | 91.7 |
| Evde Kiminle Yaşadığı | | |
| Ailesiyle | 343 | 94.5 |
| Yalnız | 20 | 5.5 |
| Sağlık Güvencesi | | |
| Var | 346 | 95.3 |
| Yok | 17 | 4.7 |
| Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu | | |
| Evet | 201 | 55.4 |
| Hayır | 162 | 44.6 |
| Şuan Yattığı Servis | | |
| Cerrahi Birimler | 245 | 67.5 |
| Dahili Birimler | 118 | 32.5 |
| Kronik Hastalık Durumu | | |
| Var | 190 | 52.3 |
| Yok | 173 | 47.7 |
| Fiziksel Engel | | |
| Var | 15 | 4.1 |
| Yok | 348 | 95.9 |
| Sağlık Durumunu Değerlendirme Durumu | | |
| Kötü | 78 | 21.5 |
| Orta | 179 | 49.3 |
| İyi | 106 | 29.2 |
| Daha Önce Hastanede Yatış Süresi: $\bar{x} = 12.86 \pm 21.80$, min= 2 ve max= 180'dir. | | |
| Şuan Hastanede Yatış Süresi: $\bar{x} = 9.25 \pm 10.81$, min= 3 ve max= 90'dir. | | |

Tablo 4.1’de araştırmanın birinci aşamasına katılan hastaların tanıtıcı bilgilerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastaların yaşlarının 18 ile 92 arasında değiştiği ($\bar{x} = 53.55 \pm 15.81$), % 56.7’sinin kadın, yarıdan fazlasının evli (% 84.3), % 60’ının ilköğretim mezunu olduğu, % 20.9’unun çalışan olduğu görülmektedir.

Hastaların % 75.8’inin ekonomik durumunu orta düzeyde değerlendirdiği, yarıdan fazlasının (% 91.7) şehirde yaşadığı, hemen hemen tamamının sağlık güvencesinin olduğu (% 95.3), yaklaşık olarak yarısının (% 55.4) daha önce hastaneye yattığı görülmektedir. Hastaların % 32.5’inin dahili birimlerde tedavi gördüğü, yarısının (% 52.3) kronik hastalığı olduğu, yaklaşık yarısının (% 49.3) sağlık durumlarını orta düzeyde değerlendirdiği görülmektedir. Hastaların ortalama yatış süresi ise 9 gün olarak hesaplanmıştır (Bkz.Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Günlük Bakım Gereksinimlerini Karşılatabilme Durumlarına İlişkin Görüşleri
(n= 363)

| Günlük Bakım Gereksinimlerini Karşılatabilme Durumu | n | % |
|------------------------------------------------------------|----------|----------|
| Evet | 310 | 85.4 |
| Kısmen/Yardımla | 46 | 12.7 |
| Hayır | 7 | 1.9 |
| Yemek Yeme | | |
| Bağımlı | 10 | 2.8 |
| Yarı Bağımlı | 36 | 9.9 |
| Bağımsız | 317 | 87.3 |
| Tuvalete Gitme | | |
| Bağımlı | 9 | 2.5 |
| Yarı Bağımlı | 54 | 14.9 |
| Bağımsız | 300 | 82.6 |
| Hareket Etme | | |
| Bağımlı | 9 | 2.5 |
| Yarı Bağımlı | 54 | 14.9 |
| Bağımsız | 300 | 82.6 |
| Bireysel Hijyen Uygulama | | |
| Bağımlı | 11 | 3.0 |
| Yarı Bağımlı | 51 | 14.0 |
| Bağımsız | 301 | 82.9 |
| Giyinebilme | | |
| Bağımlı | 11 | 3.0 |
| Yarı Bağımlı | 49 | 13.5 |
| Bağımsız | 303 | 83.5 |
| Refakatçi Bulundurma | | |
| Evet | 249 | 68.6 |
| Hayır | 114 | 31.4 |
| Bakımıyla İlgilenen Birey | | |
| Refakatçi | 235 | 64.7 |
| Hemşire | 57 | 15.7 |
| Hasta Bakıcı | 1 | 0.3 |
| Diğer Hastanın Yakınları | 70 | 19.3 |

Hastaların günlük bakım gereksinimlerini karşılayabilme durumlarına ilişkin görüşleri Tablo 4.2’de yer almaktadır. Hastaların % 85.4’ü bakımla ilgili ihtiyaçlarını kendileri karşılayabilmektedir. Hastaların % 87.3’ü yemek yeme, % 82.6’sının hareket etme, % 82.9’u bireysel hijyen uygulama gereksinimlerini bağımsız olarak karşıladıklarını belirtmişlerdir. Hastaların % 68.6’sı hastanede bulunduğu süre içinde yanlarında refakatçi bulunduğunu, % 64.7’sinin refakatçilerinin bakımları ile ilgilendiğini belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=356)

| Tanıtıcı Özellikler | Sayı | % |
|----------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Yaş ortalaması: $\bar{X} = 32.61 \pm 15.81$, min= 18 ve max= 55'dir. | | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 325 | 91.3 |
| Erkek | 31 | 8.7 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 241 | 67.7 |
| Bekâr | 115 | 32.3 |
| Çocuk | | |
| Var | 202 | 56.7 |
| Yok | 154 | 43.3 |
| Bakmakla Yükümlü Olduğu Birey Varlığı | | |
| Var | 23 | 6.5 |
| Yok | 333 | 93.5 |
| Eğitim Durumu | | |
| Sağlık Meslek Lisesi | 41 | 11.5 |
| Önlisans | 76 | 21.3 |
| Lisans | 227 | 63.7 |
| Lisansüstü | 12 | 3.4 |
| Hizmet Süresi (Yıl) | | |
| 1'den az | 14 | 3.9 |
| 1-5 | 99 | 27.8 |
| 6-10 | 90 | 25.3 |
| 11-15 | 55 | 15.4 |
| 16-20 | 63 | 17.7 |
| 21 ve üzeri | 35 | 9.8 |
| Çalıştığı Servis | | |
| Yoğun Bakım Ünitesi | 167 | 46.9 |
| Dahili Birimler | 67 | 18.8 |
| Cerrahi Birimler | 79 | 22.2 |
| Diğer* | 43 | 12.1 |
| Şuan Çalıştığı Servisteki Hizmet Süresi (Yıl) | | |
| 1-5 | 262 | 73.6 |
| 6-10 | 56 | 15.7 |
| 11-15 | 20 | 5.6 |
| 16 ve üzeri | 18 | 5.1 |
| Çalışma Şekli | | |
| Sadece Gündüz | 126 | 35.4 |
| Sadece Gece | 11 | 3.1 |
| Vardiyalı | 219 | 61.5 |
| Çalışma Pozisyonu | | |
| Servis Hemşiresi | 281 | 78.9 |
| Servis Sorumlu Hemşiresi | 44 | 12.4 |
| Özel Dal Hemşiresi | 31 | 8.7 |

*poliklinikler, diyaliz, acil servis, FTR, yanık ünitesi

Tablo 4.3'de araştırmanın birinci aşamasında yer alan hemşirelerin sosyodemografik bilgileri yer almaktadır. Tabloda hemşirelerin % 91.3'ünün kadın olduğu, yaşlarının 18 ile 55 arasında değiştiği ($\bar{x} = 32.61 \pm 15.81$) yarıdan fazlasının (% 67.7) evli, % 63.7'sinin lisans mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin % 46.9'unun yoğun bakım ünitesinde çalıştığı, yarıdan fazlasının vardiyalı (% 73.6) ve servis hemşiresi (% 78.9) olarak çalıştığı görülmektedir.



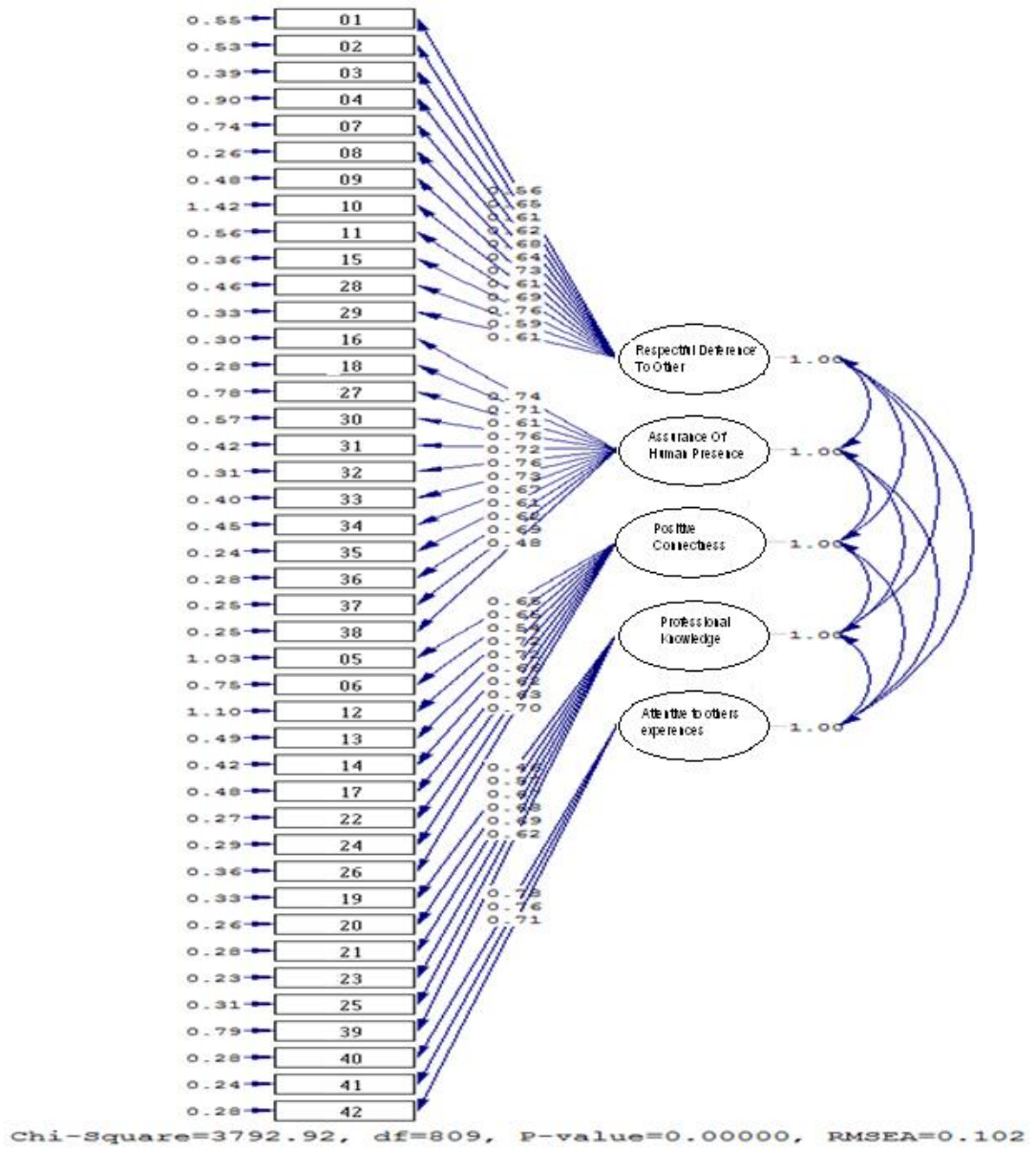
4.1.2. Yapı Geçerliliği Sonuçları

42 önermeden oluşan BDÖ'nün hem hemşireler hem de hastalar üzerindeki uygulamalar için öncelikle doğrulayıcı faktör analizi uygulanarak faktör yapılarının geçerliliği araştırılmıştır.

Doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri hemşirelerde Ki kare (χ^2)= 3792.92 (p= 0,00000), serbestlik derecesi= 809, Ki Kare uyum iyiliği / standart sapma ($X^2/df=10.34$), Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation)= 0.102 olarak saptanmıştır.

Hastalarda ise Ki kare (χ^2)= 9477.10 (p= 0,00000), serbestlik derecesi= 809, Ki Kare uyum iyiliği/ standart sapma ($X^2/df=10.37$), Yaklaşık hataların ortalama karakökü (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation)= 0.170 olarak hesaplanmıştır. Analiz sonucunda alt boyutlar arasındaki ilişkinin oldukça yüksek olduğu görülmüştür (0,99) (Bkz. Grafik 4.1). Boyutlar arasında 0.80'in üzerinde ilişki olması, maddelerin ilgili alt boyutu açıklamadığını göstermektedir. Bu nedenle doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, alt boyutların her iki grupta da ülkemiz normlarını doğrulamadığı tespit edilmiştir.

Doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulama yapılamadığından ilgili soruların ülkemizdeki popülasyonunu görmek için açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Analizde faktör yükü 0,50'nin altında olan maddeler ile (5 ve 10) faktör yapısı açısından uyumsuz olan maddeler (6, 8, 16, 18, 26, 36) çıkartılmıştır. Madde- toplam puan korelasyonuna bakıldığında ise korelasyon kat sayısı 0,600'ün altında olan maddeler (1,4,12,19) ölçek kapsamından çıkartılmıştır. Analiz sonucunda genel varyansın % 62'sini (güven varyansı) açıklayan 3 alt boyut ve 30 maddeden oluşan BDÖ-30 elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4) (Bkz. Ek 7 ve Ek 8). Elde edilen yeni ölçekten alınacak en düşük puan 30, en yüksek puan 180 olarak hesaplanmıştır.



Grafik 4.1. Doğrulayıcı Faktör Analizi Grafiği

Tablo 4.4. BDÖ-30'un Açıklayıcı Faktör Analizi

| Ölçek Orjinal Numaraları | Ölçek Maddeleri | Faktörler | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-----|
| | | F 1 | F 2 | F 3 |
| | Başkalarına Saygı | | | |
| 2 | 1. Hastayı bilgilendirir veya hastaya öğretim yapar. | ,64 | ,33 | ,13 |
| 3 | 2. Hastaya bir birey gibi muamele eder. | ,52 | ,43 | ,21 |
| 7 | 3. Hastanın karar vermesini sağlamak için bilgilendirir. | ,61 | ,25 | ,18 |
| 9 | 4. Hastayı destekler. | ,61 | ,30 | ,31 |
| 11 | 5. Hastaya karşı dürüsttür. | ,58 | ,31 | ,27 |
| 13 | 6. Hastayla empati kurar. | ,69 | ,26 | ,25 |
| 14 | 7. Hastanın gelişmesine/ güçlenmesine yardım eder. | ,75 | ,22 | ,27 |
| 15 | 8. Hastanın fiziksel ya da ruhsal olarak rahatlamasını sağlar. | ,63 | ,25 | ,46 |
| 17 | 9. Hastaya karşı sabırlı ve gayretlidir. | ,57 | ,22 | ,43 |
| 27 | 10. Hastayı kendi bakımını planlamasına dahil eder. | ,57 | ,09 | ,40 |
| | Profesyonel Bilgi ve Tutum | | | |
| 20 | 11. Hastanın karşısında kendinden emindir. | ,20 | ,75 | ,28 |
| 21 | 12. Hastayla yumuşak ve nazik bir ses tonuyla konuşur. | ,30 | ,57 | ,46 |
| 22 | 13. Profesyonel bilgi ve becerilerini gösterir. | ,19 | ,77 | ,35 |
| 23 | 14. Hastayı gözetir. | ,30 | ,70 | ,35 |
| 24 | 15. Ekipmanları beceriyle kullanır. | ,24 | ,73 | ,34 |
| 25 | 16. Hastaya karşı güleryüzlüdür. | ,37 | ,50 | ,43 |
| 28 | 17. Hastanın bilgilerini gizli tutar. | ,32 | ,56 | ,29 |
| 29 | 18. Güven verici bir duruş sergiler. | ,43 | ,62 | ,27 |
| 35 | 19. Hastaya bir insan olarak değer verir. | ,22 | ,68 | ,41 |
| 38 | 20. Hastanın tedavisini ve ilaçlarını zamanında uygular. | ,33 | ,74 | ,06 |
| | Birey İçin Ulaşılabilir Olma | | | |
| 30 | 21. Hastayla gönüllü olarak ilgilenir. | ,21 | ,37 | ,64 |
| 31 | 22. Hastayla konuşur. | ,32 | ,27 | ,66 |
| 32 | 23. Sorunları olduğunda haber vermesi için hastayı teşvik eder. | ,34 | ,38 | ,63 |
| 33 | 24. Hastanın dile getirdiği ve getiremediği gereksinimlerini karşılar. | ,31 | ,33 | ,65 |
| 34 | 25. Hastanın çağrısına çabucak cevap verir. | ,39 | ,14 | ,65 |
| 37 | 26. Hastaya ilgi gösterir. | ,44 | ,12 | ,65 |
| 39 | 27. Hastanın hastaneye yattığı ve tedaviye başladığı ilk zamanlarda özel ilgi gösterir. | ,10 | ,26 | ,70 |
| 40 | 28. Hastanın rahatsızlık belirtilerini hafifletir. | ,28 | ,28 | ,72 |
| 41 | 29. Hastaya öncelik verir. | ,37 | ,33 | ,63 |
| 42 | 30. İyi bir fiziksel bakım sağlar. | ,44 | ,26 | ,60 |

4.1.3. Güvenilirlik Çalışması Sonuçları

Araştırmanın güvenilirlik çalışma sonuçları aşağıdaki verilmiştir.

a) İç tutarlılık güvenilirlik analizi:

Tablo 4.5. Hemşireler ve Hastalar İçin BDÖ-30'un Alt Boyut ve Tüm Maddeleri için Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

| Alt Boyutlar | Hemşireler (n=356) | Hastalar (n=363) |
|------------------------------|-----------------------|---------------------|
| Başkalarına Saygı | 0.94 | 0.98 |
| Profesyonel Bilgi ve Tutum | 0.93 | 0.99 |
| Birey İçin Ulaşılabilir Olma | 0.91 | 0.98 |
| Tüm Maddeler | 0.97 | 0.99 |

BDÖ-30 için alt boyut ve toplam ölçek iç tutarlılık analiz sonucuna bakıldığında Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayıları hemşireler ve hastalar açısından sırası ile ; “başkalarına saygı” alt boyutu için 0.94- 0.98, “profesyonel bilgi ve tutum” alt boyutu için 0.93-0.99 ve “birey için ulaşılabilir olma” alt boyutu için 0.91-0.98 olarak hesaplanmıştır. Her iki grupta da hem alt boyutlarda hem de toplam ölçekte Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayıları 0.90'dan büyük olduğu görülmektedir (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Hemşireler için BDÖ-30'un Alt Boyutlarının Madde-Alt Boyut ve Madde- Toplam Puan Korelasyonu

| Ölçek Maddeleri | Madde- Alt Boyut Toplam Puan Korelasyon Katsayısı (n= 356) | | Madde- Toplam Puan Korelasyon Katsayısı (n= 356) | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------|------|
| | r | p | r | p |
| Başkalarına Saygı | | | | |
| 1. Hastayı bilgilendirir veya hastaya öğretim yapar. | .715 | ,001 | ,639 | ,001 |
| 2. Hastaya bir birey gibi muamele eder. | .698 | ,001 | ,673 | ,001 |
| 3. Hastanın karar vermesini sağlamak için bilgilendirir. | .685 | ,001 | ,609 | ,001 |
| 4. Hastayı destekler. | .757 | ,001 | ,707 | ,001 |
| 5. Hastaya karşı dürüsttür. | .725 | ,001 | ,672 | ,001 |
| 6. Hastayla empati kurar. | .777 | ,001 | ,696 | ,001 |
| 7. Hastanın gelişmesine/ güçlenmesine yardım eder. | .814 | ,001 | ,722 | ,001 |
| 8. Hastanın fiziksel ya da ruhsal olarak rahatlamasını sağlar. | .805 | ,001 | ,780 | ,001 |
| 9. Hastaya karşı sabırlı ve gayretlidir. | .742 | ,001 | ,711 | ,001 |
| 10. Hastayı kendi bakımını planlamasına dahil eder. | .684 | ,001 | ,630 | ,001 |
| Profesyonel Bilgi ve Tutum | | | | |
| 11. Hastanın karşısında kendinden emindir. | .798 | ,001 | ,705 | ,001 |
| 12. Hastayla yumuşak ve nazik bir ses tonuyla konuşur. | .795 | ,001 | ,755 | ,001 |
| 13. Profesyonel bilgi ve becerilerini gösterir. | .854 | ,001 | ,747 | ,001 |
| 14. Hastayı gözetir. | .843 | ,001 | ,771 | ,001 |
| 15. Ekipmanları beceriyle kullanır. | .839 | ,001 | ,749 | ,001 |
| 16. Hastaya karşı gülyüzlüdür. | .776 | ,001 | ,753 | ,001 |
| 17. Hastanın bilgilerini gizli tutar. | .744 | ,001 | ,685 | ,001 |
| 18. Güven verici bir duruş sergiler. | .812 | ,001 | ,762 | ,001 |
| 19. Hastaya bir insan olarak değer verir. | .801 | ,001 | ,753 | ,001 |
| 20. Hastanın tedavisini ve ilaçlarını zamanında uygular. | .765 | ,001 | ,679 | ,001 |
| Birey İçin Ulaşılabilir Olma | | | | |
| 21. Hastayla gönüllü olarak ilgilenir. | .772 | ,001 | ,721 | ,001 |
| 22. Hastayla konuşur. | .794 | ,001 | ,730 | ,001 |
| 23. Sorunları olduğunda haber vermesi için hastayı teşvik eder. | .822 | ,001 | ,794 | ,001 |
| 24. Hastanın dile getirdiği ve getiremediği gereksinimlerini karşılar. | .799 | ,001 | ,753 | ,001 |
| 25. Hastanın çağrısına çabucak cevap verir. | .755 | ,001 | ,691 | ,001 |
| 26. Hastaya ilgi gösterir. | .824 | ,001 | ,787 | ,001 |
| 27. Hastanın hastaneye yattığı ve tedaviye başladığı ilk zamanlarda özel ilgi gösterir. | .734 | ,001 | ,638 | ,001 |
| 28. Hastanın rahatsızlık belirtilerini hafifletir. | .826 | ,001 | ,754 | ,001 |
| 29. Hastaya öncelik verir. | .806 | ,001 | ,776 | ,001 |
| 30. İyi bir fiziksel bakım sağlar. | .779 | ,001 | ,754 | ,001 |

BDÖ-30'un güvenilirlik çalışması için 30 maddenin madde- toplam puan korelasyonları incelendiğinde, güvenilirlik katsayısının 0.609- 0.794 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçek alt boyutlarının madde- alt boyut toplam puan korelasyonları; "başkalarına saygı" boyutunda 0.684- 0.814; "profesyonel bilgi ve tutum" boyutunda 0.765- 0.854; "birey için ulaşılabilir olma" boyutunda 0.734- 0.826 arasındadır. Ölçeğin madde- toplam puan, madde- alt boyut toplam puan ve alt boyut - toplam ölçek korelasyonları değerlendirildiğinde çıkan sonuçlar 0.50'nin üzerinde olup, her iki grup için de pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 4.6).



Tablo 4.7. Hemşireler ve Hastalar için BDÖ-30 ‘un Alt Boyutlarının Toplam Ölçekle Korelasyonları

| Alt Boyutlar | Hemşireler (n= 356) | | Hastalar (n=363) | |
|-------------------------------------|------------------------|-------|---------------------|-------|
| | r | p | r | p |
| Başkalarına Saygı | 0.944 | 0.001 | 0.998 | 0.001 |
| Profesyonel Bilgi ve Tutum | 0.931 | 0.001 | 0.988 | 0.001 |
| Birey İçin Ulaşılabilir Olma | 0.923 | 0.001 | 0.998 | 0.001 |

Ölçeğin alt boyutlarının toplam ölçekle korelasyonları hemşire grubu için 0.923- 0.944; hasta grubu için 0.988- 0.998 arasında değişmektedir (Tablo 4.7).

b) Zamana göre değişmezlik (test- tekrar test): Çalışmada 30 hasta ve 30 hemşire ile yapılan test- tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyum değerlendirilmiştir.

Tablo 4.8. Ölçek Maddelerinin Test- Tekrar Test İlişkileri (n=30)

| BDÖ Maddeleri | Kendall's Tau-b | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|------|
| | Value | p |
| 1. Hastayı bilgilendirir veya hastaya öğretim yapar. | 1,000 | ,001 |
| 2. Hastaya bir birey gibi muamele eder. | 1,000 | ,001 |
| 3. Hastanın karar vermesini sağlamak için bilgilendirir. | 1,000 | ,001 |
| 4. Hastayı destekler. | 0,962 | ,001 |
| 5. Hastaya karşı dürüsttür | 0,965 | ,001 |
| 6. Hastayla empati kurar. | 1,000 | ,001 |
| 7. Hastanın gelişmesine/ güçlenmesine yardım eder. | 1,000 | ,001 |
| 8. Hastanın fiziksel ya da ruhsal olarak rahatlamasını sağlar. | 1,000 | ,001 |
| 9. Hastaya karşı sabırlı ve gayretlidir. | 1,000 | ,001 |
| 10. Hastayı kendi bakımını planlamasına dahil eder. | 1,000 | ,001 |
| 11. Hastayla yumuşak ve nazik bir ses tonuyla konuşur. | 1,000 | ,001 |
| 12. Profesyonel bilgi ve becerilerini gösterir. | 1,000 | ,001 |
| 13. Hastayı gözetir. | 1,000 | ,001 |
| 14. Ekipmanları beceriyle kullanır. | 0,978 | ,001 |
| 15. Hastaya karşı güler yüzlüdür. | 0,957 | ,001 |
| 16. Hastayı kendi bakımını planlamasına dahil eder. | 1,000 | ,001 |
| 17. Hastanın bilgilerini gizli tutar. | 1,000 | ,001 |
| 18. Güven verici bir duruş sergiler. | 1,000 | ,001 |
| 19. Hastayla gönüllü olarak ilgilenir. | 1,000 | ,001 |
| 20. Hastayla konuşur. | 0,962 | ,001 |
| 21. Sorunları olduğunda haber vermesi için hastayı teşvik eder. | 1,000 | ,001 |
| 22. Hastanın dile getirdiği ve getiremediği gereksinimlerini karşılar. | 1,000 | ,001 |
| 23. Hastanın çağrısına çabucak cevap verir. | 1,000 | ,001 |
| 24. Hastaya bir insan olarak değer verir. | 1,000 | ,001 |
| 25. Hastaya ilgi gösterir. | 1,000 | ,001 |
| 26. Hastanın tedavisini ve ilaçlarını zamanında uygular. | 0,943 | ,001 |
| 27. Hastanın hastaneye yattığı ve tedaviye başladığı ilk zamanlarda özel ilgi gösterir. | 0,934 | ,001 |
| 28. Hastanın rahatsızlık belirtilerini hafifletir. | 0,960 | ,001 |
| 29. Hastaya öncelik verir. | 0,951 | ,001 |
| 30. İyi bir fiziksel bakım sağlar. | 0,929 | ,001 |

Test- tekrar test puan ortalamaları arasındaki uyumu değerlendiren Kendall Tau- B analiz sonucunda her iki grupta da ölçeğin iki ölçüm puanları arasında pozitif yönde, çok güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Hemşireler ve Hastalar için BDÖ-30 ‘un Alt Boyut ve Toplam Test-Tekrar Test Puanları (n= 30)

| Alt Boyutlar | Hemşireler (n=30) | | | | Hastalar (n=30) | | | |
|-----------------|-------------------|--------------|----------------------|------|-----------------|---------------|----------------------|------|
| | Test | Tekrar Test | İstatistiksel analiz | | Test | Tekrar Test | İstatistiksel Analiz | |
| | X ± SD | X ± SD | t | p | X ± SD | X ± SD | t | p* |
| Faktör 1 | 54,90 ± 6,32 | 54,93 ± 6,30 | 1,000 | ,326 | 47,55 ± 7,92 | 47,82 ± 7,87 | 0,984 | ,333 |
| Faktör 2 | 52,40 ± 8,45 | 52,56 ± 8,52 | 1,980 | ,057 | 47,44 ± 7,42 | 47,55 ± 7,44 | 1,361 | ,184 |
| Faktör 3 | 51,50 ± 6,75 | 51,56 ± 6,74 | 1,000 | ,326 | 45,75 ± 7,38 | 46,17 ± 7,36 | 1,757 | ,090 |
| Toplam | 158,80±20,28 | 159,06±20,30 | 2,504 | ,018 | 140,75± 21,93 | 141,55± 22,13 | 1,719 | ,097 |

Hemşireler için test- tekrar test puan ortalamalarına baktığımızda faktörler üzerinden anlamlı bir artış olmadığı ($p>0,05$), ancak toplam puanda 0,26’lık bir puan artışı görülmektedir ($p <0,05$). Hastalar için test- tekrar test puan ortalamalarına baktığımızda faktörler ve toplam puan üzerinden anlamlı bir artış olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 4.9).

4.2. Hastaların ve Hemşirelerin Bakım Kavramına İlişkin Algılarıyla İlgili Bulgular

Tablo 4.10. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların ve Hemşirelerin BDÖ-30 Alt Boyut ve Tüm Maddeler için İç Tutarlılık Güvenilirlik Puanları (n=140)

| Ölçek Alt Boyutları | Hastalar için Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı | Hemşireler için Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Başkalarına Saygı | 0.99 | 0.94 |
| Profesyonel Bilgi ve Tutum | 0.99 | 0.92 |
| Birey İçin Ulaşılabilir Olma | 0.99 | 0.95 |
| Toplam | 0.99 | 0.96 |

Tablo 4.10'da hastaların ve hemşirelerin ölçek alt boyut ve toplam puanlar için iç tutarlılık analizi yer almaktadır. Her iki grupta da hem alt boyutlarda hem de toplam puanda Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayılarının 0.90'dan büyük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.11. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=140)

| Tanıtıcı Özellikler | Sayı | % |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Yaş ortalaması $\bar{X} = 53.24 \pm 16.41$, min= 18 ve max= 87'dir. | | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 82 | 58.6 |
| Erkek | 58 | 41.4 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 113 | 80.7 |
| Bekâr | 27 | 19.3 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okur Yazar Değil | 19 | 13.6 |
| İlköğretim | 87 | 62.1 |
| Lise | 22 | 15.7 |
| Lisans/ Lisansüstü | 12 | 8.6 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışan | 78 | 55.8 |
| Çalışmayan | 62 | 44.2 |
| Ekonomik Durum | | |
| Kötü | 26 | 18.5 |
| Orta | 95 | 67.9 |
| İyi | 19 | 13.6 |
| Yaşadığı Yer | | |
| Köy-Kasaba | 19 | 13.6 |
| Şehir | 121 | 86.4 |
| Evde Kiminle Yaşadığı | | |
| Ailesiyle | 130 | 92.9 |
| Yalnız | 10 | 7.1 |
| Sağlık Güvencesi | | |
| Var | 138 | 98.6 |
| Yok | 2 | 1.4 |
| Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu | | |
| Evet | 98 | 70.0 |
| Hayır | 42 | 30.0 |
| Şu an Yattığı Servis | | |
| Cerrahi Birimler | 90 | 64.3 |
| Dahili Birimler | 50 | 35.7 |
| Kronik Hastalık | | |
| Var | 71 | 50.7 |
| Yok | 69 | 49.3 |
| Fiziksel Engel | | |
| Var | 4 | 2.9 |
| Yok | 136 | 97.1 |
| Sağlık Durumunu Değerlendirme Durumu | | |
| Kötü | 26 | 18.5 |
| Orta | 40 | 28.6 |
| İyi | 74 | 52.9 |
| Daha Önce Hastanede Yatma Süresi: $\bar{X} = 10.00 \pm 17.90$, min= 1 ve max= 120 | | |
| Şu an Hastanede Yatma Süresi: $\bar{X} = 7.00 \pm 19.43$, min= 3 ve max= 150 | | |

Tablo 4.11’de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı bilgilerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Tablo incelendiğinde hastaların yaşlarının 18 ile 87 arasında değiştiği ($\bar{x} = 53.24 \pm 16.41$), % 58.6’sının kadın, yarıdan fazlasının evli (% 80.7), %62.1’inin ilköğretim mezunu olduğu, % 55.8’inin çalışan olduğu görülmektedir.

Hastaların % 67.9’unun ekonomik durumunu orta düzeyde değerlendirdiği, yarıdan fazlasının (% 86.4) şehirde yaşadığı, hemen hemen tamamının sağlık güvencesinin olduğu (% 98.6), yarıdan fazlasının (% 70) daha önce hastaneye yattığı görülmektedir. Hastaların % 35.7’sinin dahili birimlerde tedavi gördüğü, yarısının (% 50.7) kronik hastalığı olduğu, yaklaşık yarısının (% 52.9) sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirdiği görülmektedir. Hastaların daha önce hastanede yatma süresinin ortalama 10 gün, şu an hastanede yatma süresinin ortalama 7 gün olduğu hesaplanmıştır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ile BDÖ-30'dan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=140)

| Sosyodemografik özellikler | Ort.± ss | İstatistiksel Analiz | |
|--------------------------------------|--------------|----------------------|----------|
| | | r/ t/ F | p |
| Yaş | | r: 0.102 | p: 0.230 |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 149.37±28.83 | t:0.189 | p: 0.813 |
| Erkek | 150.29±27.43 | | |
| Medeni Durum | | | |
| Evli | 150.17±28.28 | t:0.360 | p: 0.559 |
| Bekar | 148.00±39.63 | | |
| Eğitim durumu | | | |
| Okur Yazar Değil | 149.63±26.22 | F:0.108 | p:0.955 |
| İlköğretim | 148.87±29.56 | | |
| Lise | 152.45±29.19 | | |
| Lisans | 151.41±20.36 | | |
| Çalışma Durumu | | | |
| Çalışan | 145.38±24.01 | F:0.022 | p: 0.881 |
| Çalışmayan | 150.20±28.60 | | |
| Ekonomik Durum | | | |
| Kötü | 148.84±24.71 | F:0.524 | p: 0.593 |
| Orta | 151.15±27.88 | | |
| İyi | 144.00±34.23 | | |
| Yaşadığı yer | | | |
| Köy/ kasaba | 142.73±29.70 | F: .912 | p: 0.404 |
| Şehir merkezi | 149.95±29.32 | | |
| Birlikte yaşadığı kişiler | | | |
| Ailesiyle | 150.54±28.16 | F:1.299 | p:0.443 |
| Yalnız | 153.50±23.70 | | |
| Sağlık Güvencesi | | | |
| Var | 149.53±28.25 | t:-0.770 | p: 0.696 |
| Yok | 165.00±21.21 | | |
| Daha Önce Hastaneye Yatma | | | |
| Var | 150.58±27.88 | t:0.528 | p: 0.599 |
| Yok | 147.83±29.06 | | |
| Kronik hastalık | | | |
| Var | 150.11±28.43 | t:0.151 | p: 0.880 |
| Yok | 149.39±28.09 | | |
| Sağlık Durumunu Değerlendirme | | | |
| Kötü | 142.80±38.26 | F:2.012 | p: 0.096 |
| Orta | 152.50±25.31 | | |
| İyi | 150.71±25.39 | | |
| Daha önce hastanede yatma süresi | | r: 0.004 | p:0.968 |
| Şu an hastanede yatma süresi | | r:0.076 | p:0.369 |

Tablo 4.12 hastaların sosyodemografik özellikleri ile BDÖ- 30'dan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasını göstermektedir. Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, ekonomik durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşadığı kişiler, sağlık güvence durumu, daha önce hastaneye yatma durumu, kronik hastalık durumu, hastanede yatma süresi ile ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).



Tablo 4.13 Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Günlük Bakım Gereksinimlerini Karşılama Durumlarına İlişkin Görüşleri (n= 140)

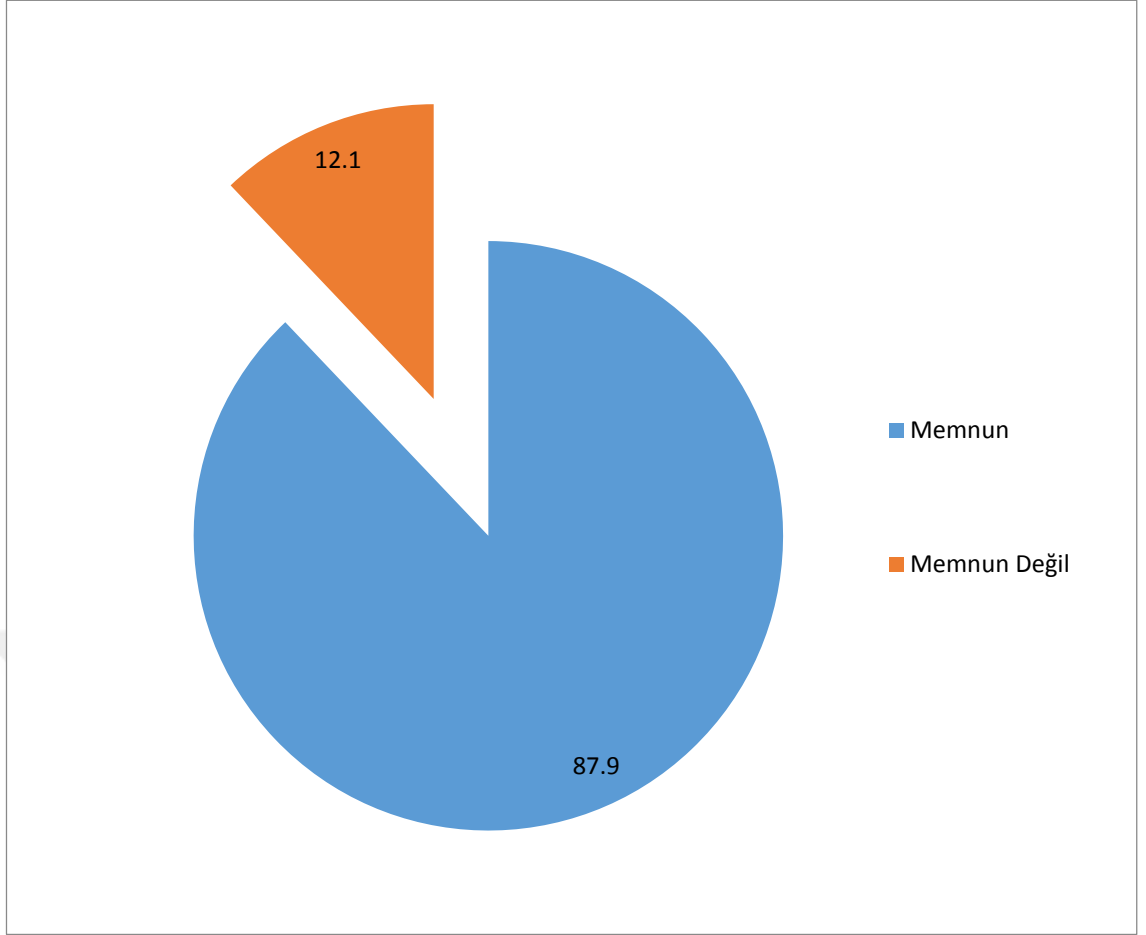
| Bakımla İlgili Maddeler | Sayı | % |
|-------------------------------------------------------|------|------|
| Günlük Bakım Gereksinimlerini Karşılama Durumu | | |
| Tamamen | 104 | 74.3 |
| Kısmen/Yardımla | 32 | 22.9 |
| Hayır | 4 | 2.9 |
| Yemek Yeme | | |
| Bağımlı | 3 | 2.1 |
| Yarı Bağımlı | 7 | 5.0 |
| Bağımsız | 130 | 92.9 |
| Tuvalete Gitme | | |
| Bağımlı | 6 | 4.3 |
| Yarı Bağımlı | 19 | 13.6 |
| Bağımsız | 115 | 82.1 |
| Hareket Etme | | |
| Bağımlı | 3 | 2.1 |
| Yarı Bağımlı | 21 | 15.0 |
| Bağımsız | 116 | 82.9 |
| Bireysel Hijyen Uygulama | | |
| Bağımlı | 7 | 5.0 |
| Yarı Bağımlı | 20 | 14.3 |
| Bağımsız | 113 | 80.7 |
| Giyinebilme | | |
| Bağımlı | 4 | 2.9 |
| Yarı Bağımlı | 17 | 12.1 |
| Bağımsız | 119 | 85.0 |
| Refakatçi Bulundurma | | |
| Var | 113 | 80.7 |
| Yok | 27 | 19.3 |
| Bakımıyla İlgilenen Birey | | |
| Refakatçi | 111 | 79.3 |
| Hemşire | 22 | 15.7 |
| Diğer Hastanın Yakınları | 7 | 5.0 |

Hastaların günlük bakım gereksinimlerini karşılamalarına ilişkin görüşleri Tablo 4.13'te yer almaktadır. Hastaların % 74.3'ü bakımla ilgili ihtiyaçlarını kendileri karşılayabilmektedir. Hastaların % 80.7'sinin hastanede bulunduğu süre içinde yanlarında refakatçi bulunduğu, % 79.3'ünün bakımı ile ilgilenen bireylerin refakatçileri olduğu görülmektedir.

Tablo 4.14. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Bakım Gereksinimlerini Karşılama Durumları ile BDÖ-30'dan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Bakım gereksinimleri ile ilgili özellikleri | Toplam Ort.± s.s | t/ F | p |
|-------------------------------------------------------------|------------------|---------|---------|
| Bakım İle İlgili İhtiyaçlarını Karşılatabilme Durumu | | | |
| Tamamen | 149.34±29.56 | t:0.028 | p:0.978 |
| Kısmen/Yardımla | 149.18±24.35 | | |
| Yemek Yeme Durumu | | | |
| Bağımlı | 150.00±30.00 | F:0.179 | p:0.836 |
| Yarı Bağımlı | 156.00±17.66 | | |
| Bağımsız | 149.41±28.71 | | |
| Toplam | 149.75±28.16 | | |
| Tuvalete gitme durumu | | | |
| Bağımlı | 150.00±26.83 | F:0.295 | p:0.745 |
| Yarı Bağımlı | 154.36±17.83 | | |
| Bağımsız | 148.98±29.69 | | |
| Toplam | 149.75±28.16 | | |
| Hareket etme durumu | | | |
| Bağımlı | 150.00±30.00 | F:0.119 | p:0.888 |
| Yarı Bağımlı | 152.52±18.50 | | |
| Bağımsız | 149.25±29.70 | | |
| Toplam | 149.75±28.16 | | |
| Bireysel Hijyen Uygulama Durumu | | | |
| Bağımlı | 150.00±24.49 | F:0.285 | p:0.752 |
| Yarı Bağımlı | 154.15±19.92 | | |
| Bağımsız | 148.96±29.68 | | |
| Toplam | 149.75±28.16 | | |
| Giyinebilme Durumu | | | |
| Bağımlı | 157.50±28.72 | F:0.194 | p:0.824 |
| Yarı Bağımlı | 151.35±19.45 | | |
| Bağımsız | 149.26±29.32 | | |
| Toplam | 149.75±28.16 | | |
| Refakatçi Bulundurma Durumu | | | |
| Refakatçi bulunduran | 148.97±29.69 | t:0.144 | p:0.498 |
| Refakatçi bulundurmayan | 153.03±20.75 | | |
| Bakımıyla İlgilenen Birey | | | |
| Refakatçi | 150.03±27.70 | F:2.188 | p:0.116 |
| Hemşire | 154.77±20.25 | | |
| Diğer Hastanın Yakınları | 129.57±47.97 | | |
| Toplam | 149.75±28.16 | | |

Tablo 4.14 hastaların hastaların bakım gereksinimlerini karşılama durumları ile BDÖ-30'dan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasını göstermektedir. Hastaların kendi bakımlarını karşılama durumları, yemek yeme- tuvalete gitme- hareket etme-kendi hijyenik bakımlarını uygulama ve giyinebilme durumu ile ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).



Grafik 4.2. Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnun Olma Durumları

Hastaların hemşirelik bakımından memnun olma durumları Grafik 4.2’de gösterilmiştir. Hastaların % 87.9’u hemşirelik bakımından memnun olduklarını belirtmiştir.

Tablo 4.15. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Durumlarına Göre BDÖ-30 Alt Boyut ve Toplam Puan Dağılımları ile Puanlarının Karşılaştırma Sonuçları

| Alt Boyutlar | Memnun Ort ± ss | Memnun değil Ort. ± ss | F | p |
|-------------------------------------|------------------------|-------------------------------|----------|----------|
| Başkalarına Saygı | 52.20±6.93 | 34.23±4.80 | 0.882 | 0.001 |
| Profesyonel Bilgi ve Tutum | 52.26±6.99 | 36.92±4.80 | 2.862 | 0.001 |
| Birey İçin Ulaşılabilir Olma | 52.00±7.09 | 36.84±4.75 | 2.403 | 0.001 |
| Toplam | 156.46±20.86 | 110.69±14.36 | 2.078 | 0.001 |

Tablo 4.15’de hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet durumları ile ölçek alt boyut ve toplam puan ortalamalarını göstermektedir. Hemşirelik bakımından memnun olanların her bir alt boyuttan aldıkları puan ortalamalarının birbirlerine çok yakın olduğu (“başkalarına saygı” alt boyutu için $\bar{x} = 52.20 \pm 6.93$; “profesyonel bilgi ve tutum” alt boyutu için $\bar{x} = 52.26 \pm 6.99$; “birey için ulaşılabilir olma” alt boyutu için $\bar{x} = 52.00 \pm 7.09$) görülmektedir. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet durumuna baktığımızda memnun olanlarla ile memnun olmayanların BDÖ-30 alt boyut ve toplam puanları arasında fark olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.16. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların BDÖ-30 Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (n:140)

| Ölçek maddeleri | Hiç | | Nadiren | | Bazen | | Genellikle | | Neredeyse Her zaman | | Her zaman | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------|-----|-------|-----|------------|------|---------------------|------|-----------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1. Hastayı bilgilendirir veya hastaya öğretim yapar. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 31 | 22.1 | 54 | 38.6 | 48 | 34.3 |
| 2. Hastaya bir birey gibi muamele eder. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 31 | 22.1 | 54 | 38.6 | 48 | 34.3 |
| 3. Hastanın karar vermesini sağlamak için hastaya bilgilendirir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 6 | 4.3 | 31 | 22.1 | 54 | 38.6 | 46 | 32.9 |
| 4. Hastayı destekler. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 31 | 22.1 | 56 | 40.0 | 46 | 32.9 |
| 5. Hastaya karşı dürüsttür. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 33 | 23.6 | 54 | 38.6 | 46 | 32.9 |
| 6. Hastayla empati kurar. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 33 | 23.6 | 54 | 38.6 | 46 | 32.9 |
| 7. Hastanın gelişmesine/ güçlenmesine yardım eder. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 33 | 23.6 | 54 | 38.6 | 46 | 32.9 |
| 8. Hastanın fiziksel ya da ruhsal olarak rahatlamasını sağlar. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 32 | 22.9 | 55 | 39.3 | 46 | 32.9 |
| 9. Hastaya karşı sabırlı ve gayretlidir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 31 | 22.1 | 56 | 40.0 | 46 | 32.9 |
| 10. Hastanın karşısında kendinden emindir. | 1 | 0.7 | 1 | 0.7 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 59 | 42.1 | 46 | 32.9 |
| 11. Hastayla yumuşak ve nazik bir ses tonuyla konuşur. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 58 | 41.4 | 46 | 32.9 |
| 12. Profesyonel bilgi ve becerilerini gösterir. | 1 | 0.7 | 1 | 0.7 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 59 | 42.1 | 46 | 32.9 |
| 13. Hastayı gözetir. | 1 | 0.7 | 1 | 0.7 | 5 | 3.6 | 30 | 21.4 | 57 | 40.7 | 46 | 32.9 |
| 14. Ekipmanları beceriyle kullanır. | 1 | 0.7 | 1 | 0.7 | 4 | 2.9 | 30 | 21.4 | 58 | 41.4 | 46 | 32.9 |
| 15. Hastaya karşı güler yüzlüdür. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 58 | 41.4 | 46 | 32.9 |
| 16. Hastayı kendi bakımını planlamasına dahil eder. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 58 | 41.4 | 46 | 32.9 |
| 17. Hastanın bilgilerini gizli tutar. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 58 | 41.4 | 46 | 32.9 |
| 18. Güven verici bir duruş sergiler. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 58 | 41.4 | 46 | 32.9 |
| 19. Hastayla gönüllü olarak ilgilenir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 57 | 40.7 | 47 | 33.6 |
| 20. Hastayla konuşur. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 57 | 40.7 | 47 | 33.6 |
| 21. Sorunları olduğunda haber vermesi için hastayı teşvik eder. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 57 | 40.7 | 47 | 33.6 |
| 22. Hastanın dile getirdiği ve getiremediği gereksinimlerini karşılar. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 30 | 21.4 | 56 | 40.0 | 47 | 33.6 |
| 23. Hastanın çağrısına çabucak cevap verir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 57 | 40.7 | 47 | 33.6 |
| 24. Hastaya bir insan olarak değer verir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 57 | 40.7 | 47 | 33.6 |
| 25. Hastaya ilgi gösterir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 57 | 40.7 | 47 | 33.6 |
| 26. Hastanın tedavisini ve ilaçlarını zamanında uygular. | 1 | 0.7 | 1 | 0.7 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 58 | 41.4 | 47 | 33.6 |
| 27. Hastanın hastaneye yattığı ve tedaviye başladığı ilk zamanlarda özel ilgi gösterir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 30 | 21.4 | 56 | 40.0 | 47 | 33.6 |
| 28. Hastanın rahatsızlık belirtilerini hafifletir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 57 | 40.7 | 47 | 33.6 |
| 29. Hastaya öncelik verir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 57 | 40.7 | 47 | 33.6 |
| 30. İyi bir fiziksel bakım sağlar. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 4 | 2.9 | 29 | 20.7 | 57 | 40.7 | 47 | 33.6 |

Tablo 4.16’da hastaların BDÖ- 30 için herbir maddeye verdikleri yanıtlara baktığımızda, çoğunluğunun “neredeyse her zaman” ve “her zaman” yanıtını vermiş olduğu görülmektedir.

Tablo 4.17. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastaların Nitelikli Hemşirelik Bakımından Beklentileri (n= 140)

| İyi Hemşirelik Bakımına İlişkin Beklentiler | Sayı |
|----------------------------------------------------------------|-------------|
| Güleryüz | 80 |
| Hastaya değer verme ve ilgi gösterme | 58 |
| Hoşgörülü , iyi niyetli ve tatlı dilli olma | 42 |
| İnsancıl olma | 34 |
| Saygılı olma ve empati kurabilme | 30 |
| Profesyonel bilgi ve becerisini kullanma | 28 |
| Tedaviyi ve bakımı zamanında ve tam yapma | 25 |
| Hastanın gereksinimlerine yanıt verebilir ve ulaşılabilir olma | 21 |
| Sabırlı, yardım sever ve kendinden emin olma | 14 |
| Açıklayıcı ve bilgilendirici olma | 11 |
| Hastaya moral verme ve hastayı koruma | 8 |

Tablo 4.17’de hastaların nitelikli hemşirelik bakımından beklentileri yer almaktadır. Hastaların yarıdan fazlası (n=80) hemşirelerin, bakım verirken güleryüzlü olmaları gerektiğini, yarıya yakını ise (n=58) hastalara değer verip ilgi göstermeleri gerektiğini bildirmişlerdir.

Tablo 4.18. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=140)

| Tanıtıcı Özellikler | Sayı | % |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| Yaş ortalaması: $\bar{X} = 32.18 \pm 6.70$, min= 21 ve max= 52'dir. | | |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 128 | 91.4 |
| Erkek | 12 | 8.6 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 92 | 65.7 |
| Bekâr | 48 | 34.3 |
| Çocuk | | |
| Var | 83 | 59.3 |
| Yok | 57 | 40.7 |
| Bakmakla Yükümlü Olduğu Birey | | |
| Var | 6 | 4.3 |
| Yok | 134 | 95.7 |
| Eğitim Durumu | | |
| Sağlık Meslek Lisesi | 18 | 12.9 |
| Önlisans | 26 | 18.6 |
| Lisans | 94 | 67.1 |
| Lisansüstü | 2 | 1.4 |
| Hizmet Süresi (Yıl) | | |
| 1-5 | 48 | 34.3 |
| 6-10 | 34 | 24.3 |
| 11-15 | 26 | 18.6 |
| 16 ve üzeri | 32 | 22.8 |
| Çalıştığı Servis | | |
| Dahili Birimler | 46 | 32.9 |
| Cerrahi Birimler | 94 | 67.1 |
| Şuan Çalıştığı Servisteki Hizmet Süresi (Yıl) | | |
| 1-5 | 94 | 67.2 |
| 6-10 | 29 | 20.7 |
| 11-15 | 9 | 6.4 |
| 16-20 | 8 | 5.7 |
| Çalışma Şekli | | |
| Sadece Gündüz | 29 | 20.7 |
| Sadece Gece | 8 | 5.7 |
| Vardiyalı | 103 | 73.6 |
| Çalışma Pozisyonu | | |
| Servis Hemşiresi | 124 | 88.6 |
| Servis Sorumlu Hemşiresi | 16 | 11.4 |
| Hemşirelik Mesleğinden Memnuniyet | | |
| Memnun | 30 | 21.4 |
| Kımen | 75 | 53.6 |
| Memnun değil | 35 | 25.0 |
| Herhangi Bir Meslek Örgütüne Üye mi? | | |
| Üye | 28 | 20.0 |
| Üye değil | 112 | 80.0 |
| Son 5 yılda Bilimsel Etkinliğe Katılma | | |
| Katılmış | 58 | 41.4 |
| Katılmamış | 82 | 58.6 |
| Son 5 Yılda Makale Okuma | | |
| Okumuş | 46 | 32.9 |
| Okumamış | 94 | 67.1 |
| Günlük Baktığı Hasta Sayısı: $\bar{X} = 16.95 \pm 8.71$, min= 2 ve max= 40'dir. | | |
| Bir Hastanın Bakımı İçin Harcanan Süre (dakika) | | |
| 30'dan az | 72 | 51.4 |
| 31-60 | 50 | 35.7 |
| 61 ve üzeri | 11 | 7.9 |
| Hastaya ve İhtiyaçlarına Göre Değişir | 7 | 5.0 |

Tablo 4.18’de hemşirelerin sosyodemografik bilgileri yer almaktadır. Tabloda hemşirelerin hemen hemen tamamına yakınının kadın (% 91.4), yaşlarının 21 ile 52 arasında değiştiği ($\bar{x} = 32.18 \pm 6.70$) yarından fazlasının (% 65.7) evli, % 67.1’inin lisans mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin % 67.1’inin cerrahi servislerde çalıştığı, yarından fazlasının vardiyalı (% 73.6) ve servis hemşiresi (% 88.6) olarak çalıştığı ve % 53.6’sının hemşirelik yapmaktan kısmen memnun olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin % 80’inin herhangi bir meslek örgütüne üye olmadığı, yaklaşık yarısının son 5 yılda mesleği ile ilgili bilimsel bir etkinliğe katılmadıkları (% 58.6) ve % 67.1’inin son 5 yılda bakım ile ilgili makale okumadığı görülmektedir. Hemşireler günde 2 ile 40 arasında hastaya bakım verdiklerini ($\bar{x} = 16.95 \pm 8.71$) ve yaklaşık yarısının (% 51.43) bir hastanın bakımı için 30 dakikadan daha az zaman ayırdıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. İkinci Aşamada Yer Alan Hemşirelerin BDÖ-30 Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı

| Ölçek maddeleri | Hiç | | Nadiren | | Bazen | | Genellikle | | Neredeyse Her zaman | | Her zaman | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|---------|-----|-------|------|------------|------|---------------------|------|-----------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Hastayı bilgilendirir veya hastaya öğretim yapar. | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 3 | 2.1 | 36 | 25.7 | 49 | 35 | 51 | 36.4 |
| Hastaya bir birey gibi muamele eder. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 19 | 13.6 | 28 | 20.0 | 92 | 65.7 |
| Hastanın karar vermesini sağlamak için hastaya bilgilendirir. | 1 | 0.7 | 2 | 1.4 | 10 | 7.1 | 53 | 37.9 | 35 | 25.0 | 39 | 27.9 |
| Hastayı destekler. | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 8 | 5.7 | 39 | 27.9 | 38 | 27.1 | 54 | 38.6 |
| Hastaya karşı dürüsttür. | 1 | 0.7 | 0 | 0 | 16 | 11.4 | 32 | 22.9 | 39 | 27.9 | 52 | 37.1 |
| Hastayla empati kurar. | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 9 | 6.4 | 46 | 32.9 | 40 | 28.6 | 44 | 31.4 |
| Hastanın gelişmesine/ güçlenmesine yardım eder. | 1 | 0.7 | 1 | 0.7 | 13 | 9.3 | 43 | 30.7 | 40 | 28.6 | 42 | 30.0 |
| Hastanın fiziksel ya da ruhsal olarak rahatlamasını sağlar. | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 5.0 | 43 | 30.7 | 52 | 37.1 | 38 | 27.1 |
| Hastaya karşı sabırlı ve gayretlidir. | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 10 | 7.1 | 48 | 34.3 | 46 | 32.9 | 35 | 25.0 |
| Hastanın karşısında kendinden emindir. | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 20 | 14.3 | 32 | 22.9 | 86 | 61.4 |
| Hastayla yumuşak ve nazik bir ses tonuyla konuşur. | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 32 | 22.9 | 45 | 32.1 | 61 | 43.6 |
| Profesyonel bilgi ve becerilerini gösterir. | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 25 | 17.9 | 30 | 21.4 | 83 | 59.3 |
| Hastayı gözetir. | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 3 | 2.1 | 37 | 26.4 | 37 | 26.4 | 62 | 44.3 |
| Ekipmanları beceriyle kullanır. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 26 | 18.6 | 42 | 30.0 | 71 | 50.7 |
| Hastaya karşı güler yüzlüdür. | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 2.1 | 40 | 28.6 | 33 | 23.6 | 64 | 45.7 |
| Hastayı kendi bakımını planlamasına dahil eder. | 1 | 0.7 | 0 | 0 | 17 | 12.1 | 45 | 32.1 | 35 | 25.0 | 42 | 30.0 |
| Hastanın bilgilerini gizli tutar. | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 3.6 | 22 | 15.7 | 25 | 17.9 | 88 | 62.9 |
| Güven verici bir duruş sergiler. | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 25 | 17.9 | 28 | 20.0 | 85 | 60.7 |
| Hastayla gönüllü olarak ilgilenir. | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 11 | 7.9 | 52 | 37.1 | 36 | 25.7 | 39 | 27.9 |
| Hastayla konuşur. | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 6 | 4.3 | 27 | 19.3 | 47 | 33.6 | 59 | 42.1 |
| Sorunları olduğunda haber vermesi için hastayı teşvik eder. | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 25 | 17.9 | 39 | 27.9 | 74 | 52.9 |
| Hastanın dile getirdiği ve getiremediği gereksinimlerini karşılar. | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 6 | 4.3 | 46 | 32.9 | 42 | 30.0 | 44 | 31.4 |
| Hastanın çağrısına çabucak cevap verir. | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 5 | 3.6 | 42 | 30.0 | 46 | 32.9 | 46 | 32.9 |
| Hastaya bir insan olarak değer verir. | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 19 | 13.6 | 24 | 17.1 | 96 | 68.6 |
| Hastaya ilgi gösterir. | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 3.6 | 29 | 20.7 | 44 | 31.4 | 62 | 44.3 |
| Hastanın tedavisini ve ilaçlarını zamanında uygular. | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 19 | 13.6 | 35 | 25.0 | 84 | 60.0 |
| Hastanın hastaneye yattığı ve tedaviye başladığı ilk zamanlarda özel ilgi gösterir. | 4 | 2.9 | 4 | 2.9 | 15 | 10.7 | 40 | 28.6 | 33 | 23.6 | 44 | 31.4 |
| Hastanın rahatsızlık belirtilerini hafifletir. | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 3 | 2.1 | 37 | 26.4 | 51 | 36.4 | 47 | 33.6 |
| Hastaya öncelik verir. | 0 | 0 | 2 | 1.4 | 5 | 3.6 | 34 | 24.3 | 47 | 33.6 | 52 | 37.1 |
| İyi bir fiziksel bakım sağlar. | 0 | 0 | 1 | 0.7 | 6 | 4.3 | 46 | 32.9 | 42 | 30.0 | 45 | 32.1 |

Hemşirelerin BDÖ- 30 için her bir maddeye verdikleri yanıtlara baktığımızda, çoğunluğunun “genellikle”, “neredeyse her zaman” ve “her zaman” yanıtını vermiş olduğu görülmektedir (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ile BDÖ-30'dan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=140)

| Sosyodemografik özellikler | TOPLAM Ort.± s.s | r/ t / F | p |
|--------------------------------------------------------|---------------------|----------|---------|
| Yaş | | r:-0.001 | p:0.991 |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 152.31±17.89 | t:0.808 | p:0.421 |
| Erkek | 147.91±19.50 | | |
| Medeni Durum | | | |
| Evli | 152.06±19.23 | t:0.117 | p:0.907 |
| Bekar | 151.68±15.56 | | |
| Eğitim durumu | | | |
| Sağlık Meslek L. | 148.88±21.64 | F:0.244 | p:0.866 |
| Önlisans | 153.07±20.68 | | |
| Lisans | 152.46±16.35 | | |
| Lisansüstü | 150.87±18.33 | | |
| Çocuk | | | |
| Var | 151.93±19.30 | t:0.003 | p:0.997 |
| Yok | 151.92±16.10 | | |
| Bakmakla Yükümlü Olduğu Birey | | | |
| Var | 149.16±20.11 | t:-0.384 | p:0.702 |
| Yok | 152.05±17.98 | | |
| Hizmet Süresi (Yıl) | | | |
| 1-5 | 154.12±18.56 | r: 0.049 | p:0.562 |
| 6-10 | 150.68±18.37 | | |
| 11-15 | 151.85±17.32 | | |
| 16 ve üzeri | 152.46±16.35 | | |
| Şuan Çalıştığı Servisteki Hizmet Süresi (Yıl) | | | |
| 1-5 | 152.26±18.36 | r: 0.048 | p:0.573 |
| 6-10 | 152.65±17.85 | | |
| 11-15 | 152.84±18.84 | | |
| 16 ve üzeri | 154.12±19.64 | | |
| Çalışma Şekli | | | |
| Sadece Gündüz | 149.27±20.81 | F:1.424 | p:0.244 |
| Sadece Gece | 161.37±14.76 | | |
| Vardiyalı | 151.95±17.29 | | |
| Çalışma Pozisyonu | | | |
| Servis hemşiresi | 152.39±17.56 | t:0.840 | p:0.403 |
| Servis sorumlu hemşiresi | 148.37±21.43 | | |
| Son 5 yılda Bilimsel Etkinliğe Katılma Durumu | | | |
| Katılan | 153.58±19.19 | t:0.912 | p:0.364 |
| Katılmayan | 150.76±17.56 | | |
| Son 5 Yılda Makale Okuma Durumu | | | |
| Okumuş | 152.65±18.12 | t:1.116 | p:0.266 |
| Okumamış | 150.82±17.65 | | |
| Herhangi Bir Meslek Örgütüne Üye Mi? | | | |
| Üye | 152.84±18.73 | t:0.509 | p:0.612 |
| Üye değil | 154.12±18.64 | | |
| Günlük Baktığı Hasta Sayısı | | r:-0.025 | p:0.772 |
| Bir Hastanın Bakımı İçin Harcanan Süre (dakika) | | | |
| 30'dan az | 151.08±17.68 | F: 0.414 | p:0.743 |
| 31-60 | 154.42±18.76 | | |
| 61 ve üzeri | 149.63±21.46 | | |
| Hastaya ve İhtiyaçlarına Göre Değişir | 151.71±8.86 | | |
| Hemşire Olmaktan Memnun Olma | | | |
| Memnun | 157.63±16.71 | F:2.115 | p:0.125 |
| Kısmen | 151.06±18.83 | | |
| Memnun değil | 148.91±16.60 | | |

Tablo 4.20 hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile BDÖ-30'dan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasını göstermektedir. Hemşirelerin cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, bakmakla yükümlü olduğu birey olma durumu, çalışma şekli ve hemşirelikten memnuniyet durumu ile ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).



Tablo 4.21. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Çalışma Saatleri İçerisinde En Çok Yaptığı İşlemler

| YAPILAN İŞ | SAYISI* |
|---------------------------------------------------------------------|----------------|
| Tedavi ve ilaç uygulama | 128 |
| Yaşamsal bulgularının takibi | 98 |
| Sekreteryaya işleri | 55 |
| Hasta bakımı/ hastaya pozisyon verme/ mobilize etme | 54 |
| Hastayı ve yakınlarını bilgilendirme | 35 |
| Perioperatif bakım | 18 |
| Kan alma/ kan transfüzyonu yapma | 17 |
| Hemşirelik öyküsü alma/ bakım planı hazırlama/gözlem formu doldurma | 12 |
| Hasta kabulü/ transferi | 9 |
| Kan şekeri ölçümü | 8 |
| Servisin düzenini sağlama | 7 |
| Damar yolu açma | 6 |
| Pansuman/yara/stoma bakımı | 5 |
| Aldığı / çıkardığı takibi | 4 |
| Vücut bakımı (el, yüz, ağız, vücut banyosu) | 3 |
| Aspirasyon | 3 |

*Birden fazla seçenek belirtilmiştir.

Tablo 4.21’de hemşirelerin gün içinde en çok yaptıkları işler görülmektedir. Hemşireler gün içinde en çok tedavi ve ilaç uygulama işlemleri, yaşamsal bulguların takibi, sekreteryaya işleri, hasta bakımı, hastaya pozisyon verme, mobilize etme, hasta ve yakınlarını bilgilendirme işlerini yaptıklarını bildirmişlerdir.

Tablo 4.22. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Bakımı Etkileyen Faktörlere İlişkin Görüşleri (n=140)

| Faktörler | Sayı | % |
|-----------------------------------------------|-------------|----------|
| Hemşire sayısının az olması | 136 | 97.1 |
| İşyükünün fazla olması | 133 | 95.0 |
| Hasta sayısının fazla olması | 124 | 88.6 |
| Uzun çalışma saatleri | 99 | 70.7 |
| Kurum Kaynaklı Faktörler (malzeme sayısı vb.) | 92 | 65.7 |
| Ekip içi iletişim | 77 | 55.0 |
| Hemşirenin eğitim düzeyi | 75 | 53.6 |
| Fiziki ortam | 71 | 50.7 |
| Görev ve Yetkilerin Belli Olmaması | 66 | 47.1 |
| Toplumun mesleğe yaklaşımı | 53 | 37.9 |
| Yasa- Yönetmelik ve Politikalar | 46 | 32.9 |

Tablo 4.22’de yer alan hemşirelerin bakımı etkileyen faktörlere ilişkin görüşlerini incelediğimizde, hemşire sayısının yetersiz olması, hasta sayısının ve işyükünün fazla olması, uzun çalışma saatleri ve kurum kaynaklı faktörler ile ekip içi iletişim, hemşirenin eğitim düzeyi ve fiziki ortam hemşirelik bakımı en çok etkileyen faktörler arasında olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.23. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşirelerin Hemşirelik Bakımını Etkileyen Faktörler İle BDÖ-30'dan Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Hemşirelik bakımını etkileyen faktörler | TOPLAM Ort.± s.s | t | p |
|-------------------------------------------|---------------------|--------|--------------|
| Hemşire sayısının az olması | | | |
| Etkiler | 152.13±17.77 | 0.780 | 0.436 |
| Etkilemez | 145.00±27.31 | | |
| Hasta sayısının fazla olması | | | |
| Etkiler | 152.83±17.98 | 1.647 | 0.102 |
| Etkilemez | 145.00±14.00 | | |
| Hemşirenin Eğitim Düzeyi | | | |
| Etkiler | 153.89±17.84 | 1.386 | 0.168 |
| Etkilemez | 149.67±18.07 | | |
| Uzun Çalışma Saatleri | | | |
| Etkiler | 151.15±17.98 | -0.800 | 0.425 |
| Etkilemez | 153.82±18.13 | | |
| İş Yüğü Fazlalığı | | | |
| Etkiler | 151.20±18.00 | -2.125 | 0.035 |
| Etkilemez | 165.85±12.06 | | |
| Kurum Kaynaklı Faktörler | | | |
| Etkiler | 151.84±17.59 | -0.080 | 0.871 |
| Etkilemez | 152.10±18.95 | | |
| Fiziki Ortam | | | |
| Etkiler | 152.14±18.33 | 0.136 | 0.892 |
| Etkilemez | 151.72±17.79 | | |
| Görev ve Yetkilerin Belli Olmaması | | | |
| Etkiler | 153.18±18.50 | 0.772 | 0.441 |
| Etkilemez | 150.82±17.59 | | |
| Yasa, Yönetmelikler, Politika | | | |
| Etkiler | 154.23±19.74 | 1.059 | 0.291 |
| Etkilemez | 150.80±17.09 | | |
| Ekip İçi İletişim | | | |
| Etkiler | 151.45±17.45 | -0.348 | 0.728 |
| Etkilemez | 152.52±18.78 | | |
| Toplumun Mesleğe Yaklaşım | | | |
| Etkiler | 154.30±17.49 | 1.216 | 0.226 |
| Etkilemez | 150.49±18.26 | | |

Tablo 4.23'te hemşirelik bakımını etkileyen faktörler ile hemşirelerin BDÖ-30'dan aldıkları puanların karşılaştırılması yer almaktadır. Hemşire sayısının az olması, hasta sayısının fazla olması, uzun çalışma saatleri, kurum kaynaklı faktörler, fiziki ortam, görev ve yetkilerin belli olmaması, ekip içi iletişim ve toplumun mesleğe yaklaşımının hemşirelik bakımını etkilemesi ile ölçek toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Ancak işyükü fazlalığının hemşirelik bakımını etkilemediğini belirten hemşirelerin, ölçek toplam puanının yüksek olduğu ve sonucun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu hesaplanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 4.24. İkinci Aşamada Yer Alan Hemşirelerin ve Hastaların BDÖ-30 Alt Boyut ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

| Alt Boyutlar | Hemşireler Ort ± s.s | Hastalar Ort. ± s.s. | t | p |
|------------------------------|----------------------|----------------------|------|-------|
| Başkalarına Saygı | 53.32±6.35 | 50.02±9.25 | 3.49 | 0.006 |
| Profesyonel Bilgi ve Tutum | 49.60±7.17 | 49.98±9.52 | 0.38 | 0.706 |
| Birey İçin Ulaşılabilir Olma | 49.00±6.53 | 49.75±9.53 | 0.76 | 0.445 |
| Toplam | 151.93±18.00 | 149.75±28.16 | 0.77 | 0.441 |

Tablo 4.24’te hemşirelerin ve hastaların BDÖ-30 alt boyut ve toplam puan karşılaştırması yer almaktadır. Hastaların, “başkalarına saygı” alt boyutu ortalama puanı $\bar{x} = 50.05 \pm 9.25$, “profesyonel bilgi ve tutum” alt boyutu ortalama puan $\bar{x} = 49.98 \pm 9.52$, “birey için ulaşılabilir olma” alt boyutu ortalama puan $\bar{x} = 49.75 \pm 9.53$ ve toplam puan $\bar{x} = 149.75 \pm 28.16$ olarak hesaplanmıştır. Hemşirelerin “başkalarına saygı” alt boyutu için verdikleri cevapların ortalama puanı $\bar{x} = 53.32 \pm 6.35$, “profesyonel bilgi ve tutum” alt boyutu için $\bar{x} = 49.60 \pm 7.17$, “birey için ulaşılabilir olma” alt boyutu için $\bar{x} = 49.00 \pm 6.53$ ve toplam puan için $\bar{x} = 151.93 \pm 18.00$ olarak hesaplanmıştır.

Sonuçlarına baktığımızda “başkalarına saygı” alt boyut puan ortalamalarında hemşirelerin aldıkları puanların hastaların aldıkları puanlardan yüksek olduğu ve sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($p < 0.05$). Hemşirelerin ve hastaların toplam puan ortalamalarına bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$).

4.3. Hemşirelerin Bakım Kavramı ve Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu aşaması, amaçlı örnekleme doğrultusunda kamu ve üniversite hastanelerinde çalışan 23 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin çalıştığı klinikler; dahiliye klinikleri (n=9), yoğun bakım üniteleri (n= 6), ortopedi kliniği (n=3), onkoloji (n=3) ve yara bakımı ünitesidir (n=2). Çalışmadan elde edilen bulgular bakımın tanımı, hemşirelik bakımının ayırt edici özellikleri, nitelikli bakımın önkoşulları ve sonuçları ile bakımın ahlaki boyutu temaları altında gruplandırılmıştır.

Bakım Kavramı

Katılımcılar arasında toplam 16 hemşire, bakım kavramını “bakıma muhtaç olan bireyin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanması” (n=6), “herhangi bir nesne ya da kişiye karşı gösterilen “ilgi, özen ve önem”, (n=3), “fiziksel temizlik ve tedavi (n=2), “bir şeyin daha işlevsel bir hale gelmesi için onarılması, eksikliklerinin tamamlanması” (n=1), “doğumdan ölüme kadar kişinin daha iyi olabilmesi ve gelişmesine yönelik yapılan her şey” (n=1), “herkesin ihtiyacı olan bir hizmet” (n=1), “sağlık, hijyen” (n=1), “özbakım” (n=1) olarak tarif etmişlerdir.

Hemşirelik Bakımının Ayırt Edici Özellikleri

Katılımcılar, hemşirelik bakımının ayırt edici özelliklerini; hastanın hastaneye veya herhangi bir sağlık kuruluşuna ilk başvurduğu andan itibaren fiziksel, psikolojik ve bilişsel ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik yardım, hemşirenin kişisel karar vermesini gerektiren bilinçli bir eylem, profesyonel, sistematik ve planlı bir bakım, hemşireliğin temeli ve ekip işi olarak tarif etmişlerdir. Hemşireler hemşirelik bakımının herhangi bir günlük bakımdan ayırt edici özellikleri aşağıdaki ifadelerle dile getirmişlerdir:

“.....benim mesleğim, hizmet veriyorum ve karşılığında ücret alıyorum” (N9).

“.....bilgi ve ücretle sunulan bir hizmet” (N10).

“Profesyonel olarak yapıyoruz. Bakımın meslekleşmiş hali de hemşirelik” (N17).

“Hemşireliğin temelini zaten bakım oluşturuyor” (N20).

“.....bizim için hastanın tıbbi tanısı ve mesleki bilgi ön planda” (N22).

Katılımcılar hemşirelik bakımının özelliklerini tarif ederken bakımın duyuşsal yönünü de vurgulamışlardır. Örneğin bir katılımcı “*hemşirelik sadece ilaç uygulamak, tansiyon ölçmek, doktorun dediğini birebir yapmak değil, hastanın psikolojik durumu var. Psikolojik durumunu da önemsemeliyiz...*” diye ifade etmiştir (N11).

Bir başka katılımcı ise hemşirelik bakımını profesyonel ve ahlaki bir uğraş olarak şu sözlerle ifade etmiştir: “*Hemşirelik bakımı, ihtiyacı olan hasta kişilerin gereksinimlerini karşılamak amacıyla bilimsel ve profesyonelleşmiş alanında uzmanlaşmış, donatılmış kişilerin, empati kurarak, vicdanıyla ve bakımın bütün ahlaki kuralıyla beraber kişiye yaklaşım tarzı*” (N2).

Hemşireler tarafından hemşirelik bakımının ayırt edici özellikleri arasında, bilimsel ve profesyonel olması ile ücret karşılığı sunulan hizmet olması daha ön planda tutulmuştur.

Bakımın Önkoşulları ve Sonuçları

Katılımcılara “nitelikli bir bakımın ön koşulları nelerdir?” sorusu sorulduğunda katılımcılar hemşire veya çalışılan kurum açısından gruplandırılabilir şekilde yanıtlar vermişlerdir.

Katılımcıların önemli bir bölümü hemşirelik bakımının ilgili önkoşullarını eğitim (n=13), teorik bilgi (n=17), teknik beceri (n=8) ve deneyim (n=5) olarak belirtmiştir. Ayrıca hemşirenin hasta ile iletişim kurabilmesi, hızlı karar verebilme yetisine sahip olması, bütüncül yaklaşması, hastayı kendi bakımına katması, işbirliğine açık olması, görev, yetki ve sorumluluklarının bilincinde olması nitelikli bir bakım için önkoşullar arasında belirtilmiştir. Bazı katılımcılar nitelikli bir bakım için hemşirenin kişisel özelliklerini özgüven, vicdan sahibi olma, insanı sevme, empati yapabilme, ilgili ve güleryüzlü olma, fedakarlık olarak belirtmiştir. Bir katılımcı konuyla ilgili görüşlerini şu sözlerle ifade etmiştir:

“Hemşire hem fiziksel hem de duygusal olarak bakım vermeli. Ayrıca sevgi, şefkat ve ilgi göstermeli”. (N2)

Bir başka katılımcı bakımın önkoşulları ile ilgili bilgi, beceri ve hemşirenin kişisel özellikleriyle ilgili görüşünü şu şekilde ifade etmiştir:

“Bakımda teknik beceri ve kişisel özellikler önemlidir. Hemşire ne yapması gerektiğini bilmeli. Kendine güvenmeli, vicdan ve ahlak sahibi olmalıdır”. (N5)-

Çalışılan kurum ve çalışma ortamından kaynaklı faktörler de nitelikli bir bakım için önemli görülmüştür. Bununla ilgili olarak katılımcıların çoğunluğu; hemşire ve diğer personel sayısının (n=16), malzeme ve teknik araç gerecin (n=15) yeterli olması gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca hemşirelik bakımının emek ve yoğun bir uğraş olduğu; bu nedenle işyükünün azaltılması (n=4), yeterli zaman (n=3) ve tatmin edici ücret sağlanmasının (n=5), kurum politika ve prosedürlerinin açık ve denetimin uygun olmasının (n=3) ve ekip işbirliğinin gerekli olduğu (n=3) ifade edilmiştir. İki katılımcı yöneticilerin olumlu tutumlarının çalışma motivasyonları açısından önemli olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara “nitelikli bakımın göstergeleri nelerdir?” sorusu sorulduğunda hasta, çalışılan kurum veya hemşire açısından gruplandırılabilir şekilde yanıt vermişlerdir. Katılımcılar nitelikli bakımın göstergesi olarak; hastanın yaşam bulgularında düzelme, yara yerinde iyileşme, hastanın ve yatağının temiz olması, hastada basınç ülseri veya hastane enfeksiyonu gelişmemesi, hastanın rahat hissetmesi, yüzünün gülmesi ve bakımdan memnuniyeti olarak ifade etmişlerdir. Bir katılımcı bakımı; *“Hastanın odasına girdiğinde yüz ifadesinden ne hissettiğini anlamaktır bakım”* şeklinde ifade etmiştir (N13).

Katılımcılar nitelikli bakımın yararlı sonuçlarını; hastane enfeksiyon ve basınç ülseri gelişme oranlarında azalma, hastanede yatış süresinde kısalma, erken taburculuk, ilaç uygulamalarında azalma, hastanın tedaviye uyumu ve memnuniyetinde artış olarak ifade etmişlerdir. Bir katılımcı nitelikli bakımın göstergesi ile ilgili düşüncesini şu cümle ile ifade etmiştir: *“Hastanın hijyenin tam, pozisyonunun düzgün, odasının havalanmış, çarşaflarının temiz ve odasının düzenli olması iyi bir bakım verdiğimi gösterir”.* (N18)

Katılımcıların büyük bir bölümü, hemşire açısından nitelikli bakımın sonucunu (n=17) mesleki doyum sağlanması olarak belirtmiştir. Bir katılımcının mesleki doyum ile ilgili ifadesi şu şekildedir: *“Bir hastanın gözünün içine bakıp, göz kırması ya da omzunuza dokunup bir teşekkür etmesi yeter”.* (N2) Bir katılımcı da mesleki doyumunu şu şekilde ifade etmiştir: *“Hasta teşekkür eder, mutlu olur, keyif alırım”.* (N9)

Bakımın Ahlaki Boyutu

“Bakımın ahlaki bir yönü var mıdır? varsa ahlaki nitelikleri nelerdir?” sorusuna yönelik katılımcıların yanıtları somut bir tanımdan ziyade ahlaki yönü vurgulayan cümlelerle ortaya konulmuştur. Aşağıda alıntı olarak verilen ifadeler bakım alanının bir özne olduğunu ve doğru bakım verilmesinin önemini göstermektedir. Örneğin;

“Bakım verirken karşınızdakinin bir nesne değil de canlı olduğunu bilmeniz gerekiyor” (N18).

“Meslekten para kazanıyorsam evime helal ekmek götürmek isterim” (N3).

“Bir şeyi sadece doğru yapmak yetmeyebilir. Doğru yapmanın da aşamaları var” (N4).

Katılımcılar bakımın ahlaki boyutunu vicdan ile (n=6), sevgi, saygı, duyarlılık, sorumluluk ve hastaya verilen sözün yerine getirilmesi ve mahremiyetin korunması kavramlarıyla ilişkilendirmişlerdir. Bakımın ahlaki yönünü bir yaşantı ile farkına vardığını belirten bir katılımcının sözleri dikkat çekicidir:

“Hemşireliğe nöroloji yoğun bakımda başlamıştım. Solunum sıkıntısı olan bir hastaya yatak banyosu verecektim. O hastayı monitörden tamamen ayırdım. Hasta solunum arresti olmuş ve ben hiç fark etmemiştim. O gün ki o müdahale hala gözümün önünde. Çok vicdan azabı çekmiştim. Ama hasta döndü. Ben o yanlışını nasıl yaptım diye vicdan azabı çektim. Hemşirelik bakımı sadece fiziksel bakım değilmiş. O gün anladım” (N11).

Aynı katılımcı bakımın ahlaki boyutunun mahremiyetin korunmasını içerdiğini ise şu sözleriyle ifade etmiştir:

“Geçenlerde anestezi yoğun bakımda trafik kazası geçiren bir hasta ile eşinin babası yan yana yatıyordu. Düşünebiliyor musunuz, kayınpederiyle yan yana yatıyor. Bir bakım verildiğini düşünün, o gelinin düşünceleri, hisleri. Bence çok kötüdür yani. O yüzden mahremiyet çok önemlidir yani...” (N11).

Bakımın ahlaki boyutu ile ilgili olarak katılımcıların yanıtlarında dikkati çeken diğer iki kavram ise empati ve güvendir. Katılımcılar empatinin ahlaki bir bakım için elzem olduğunu belirtmelerinin yanısıra, yıpratıcı bir nitelik olduğunu da vurgulamışlardır. Empati ile ilgili bazı katılımcıların ifadeleri aşağıda alıntılanmıştır:

“Empati kendini hastanın yerine koyarak eylemleri gerçekleştirmektir.” (N16)

“Empatinin azı da, çoğu da zarar. Dozu önemli” (N1).

“Empati önemli; onun acılarını, onun ağrılarını belki de, duygularını paylaşmak gerekiyor, ama bunu yaparken çizgiyi koruyabilmek önemli. Duygusal bağ iki insani ilişki arasındaki sınırı geçmemesi gerekiyor” (N2).

“Hastaların öyküsünü biraz daha paylaştığınızda işte işin içine aileler girip bir miktar ailenin acısını paylaştığınızda bu biraz yıpratıcı olabiliyor” (N4).

“Aslında çok fazla empati kurmak da, kurmamız gerekiyor aslında ama çok fazla kurduğunuz zaman insanlığa çok zarar veriyor. Çok fazla üzölmüş oluyorsun” (N5).

Katılımcılar empati kurmanın hemşire için yıpratıcı ve üzücü olduğunu düşünmektedirler. Bu bağlamda bazı katılımcılar empati kurmadıklarını şu cümle ile ifade etmiştir:

“Empati kurmam, çünkü yıpratıcı. Odasına girerim bakımını yaparım ve çıkarım.” (N6).

Katılımcılardan biri empati kurarken bazen sempatiye doğru da kaydıklarını ifade etmişlerdir:

“Empati kurmakuzun süre yatan hastalarla işte daha çok duygusal olarak da bir bağ sağlıyorsun. O bağa bağlı, onunla birlikte üzülyyorsun, onunla birlikte seviniyorsun”(N13).

Güven kavramıyla ilgili olarak bir katılımcı (N3) *“Güven hasta ile hemşire arasındaki köprüdür. Köprünün kırılmaması gerekir. Karşılıklı güven çok önemli ve iletişim güvenin başlangıcıdır”* sözleri ile güvenin hemşire-hasta arasındaki önemini ve hemşirelik bakımının en temel yolu olduğunu ifade etmiştir. Hastaya bakımı ile ilgili açıklamalar yapmak, sorularına doğru yanıt vermek suretiyle (N5, N8, N17, N21) ve hastanın rahatı sağlandığında (N6) güvenin geliştirilebileceği belirtilmiştir. Bir katılımcıya göre *“hastaya ve hastalığına hâkim olduğunda güven duygusu oluşuyor. Hasta bana güvenirse kesinlikle lafımı dinler”*. Bu ifadeye göre bilginin yeterliliğinin, güven duygusunu oluşturduğu belirtiliyor.

Hasta-hemşire ilişkisi içinde güven oluşturulduğunda hastanın bakıma katıldığı (N5, N8, N18), kendisini hemşiresinin ellerine bırakabildiği (N11, N13), yapılan uygulamalara direnç göstermek yerine kabullendiği (N15) ifade edilmiştir. Buna karşın, hastanın yanındayken vizit sırasında o yokmuş gibi davranmanın, onunla ilgili

yanlış bilgiler aktarmanın, hastaya yanlış bir ilaç uygulamanın, (N1, N7) güveni yok edebileceği belirtilmiştir. Güven yok olduğunda hastanın tepkileri bir katılımcı tarafından şöyle ifade edilmiştir:

“Size güvenmiyorsa hemen oradan geçen A kişisini deniyor, B kişisini deniyor, C kişisini deniyor. Önüden geçene aynı soruyu defalarca sorması aslında güvensizlik işaretidir” (N3).

Sonuç olarak bu çalışmadaki niteliksel verilerin analizi bakımın; ilgi, özen ve hastanın gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yardım olarak algılandığını, hemşirelik bakımının ise profesyonel bilgi, beceri ve tutumlara dayalı planlı ve sistemli bir uğraş ve hizmet olarak görüldüğünü ortaya koymaktadır. Mesleki bilgi, beceri, deneyim, hemşirenin kişisel özellikleri ve çalışma ortamı ile ilgili bazı özellikler nitelikli bir bakımın önkoşulları olarak görülmekte, nitelikli bakım verildiğinde ise hasta ve sağlık kurumları açısından yararlı sonuçlar olacağı belirtilmektedir. Hemşireler açısından nitelikli bakımın en belirgin göstergesi mesleki doyum olarak ifade edilmektedir. Güven ilişkisinin bakım ilişkisini başlatmada önemli bir unsur olduğu, bunun da; mahremiyete saygı, bilgi, beceri ve hastaya özne olarak değer verme ile ilişkili olduğu ortaya çıkmaktadır.

5. TARTIŞMA

Çalışmanın bulguları üç başlık altında tartışılmıştır.

1. BDÖ-30'un Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulgularının Tartışılması
2. Hemşirelerin ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının Tartışılması
3. Hemşirelerin Bakım Kavramı ve Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.1. BDÖ-30'un Geçerlilik ve Güvenilirlik Bulgularının Tartışması

Bakım algısı ülkelerin siyasal politikaları, ekonomik koşulları, sosyo- kültürel bağlamı ve bakım verenlerin çalışma yaşamı ve ortamından etkilenmektedir. Ülkemizde bakım veren ve alanların bakım kavramını nasıl algıladığını değerlendirmeye yönelik ölçüm araçlarının oldukça sınırlı olması nedeniyle geçerliliği ve güvenilirliği test edilmiş araçlara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu bağlamda çalışmanın bu aşamasında BDÖ-42'yi Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Türkçe'ye tercüme edilen ve içerik geçerliliği yapılan ölçeğin uzman görüşleri ve orijinal yazar görüşü sonrasında son hali verilmiştir. Bununla birlikte, yapı geçerliliğini değerlendirmek için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda hemşirelerin ve hastaların cevapları için RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) değerleri 0.10'un üzerinde hesaplanmıştır (Bkz. Grafik 4.1). RMSEA uyum indeksi için genel olarak kabul edilen sınır 0.07'dir (124). Bu nedenle çalışmamızda doğrulayıcı faktör analizi sonucunda RMSEA değerinin yüksek, alt boyutlar arasındaki uyumun zayıf olduğu ve alt boyutların her iki grupta da ülkemiz normlarını doğrulamadığı tespit edilmiştir. Açıklayıcı faktör analizi sonucunda ise 42 madde ve 5 alt boyuttan oluşan orijinal çalışmanın aksine (113) faktör yükü 0.50'nin üzerinde ve genel varyansın % 62'sini (güven varyansı) açıklayan 3 faktör (alt boyut) ve 30 madde elde edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4)

Hemşirelerin ve hastaların iç tutarlılık analiz sonucuna bakıldığında; her iki grupta da hem alt boyutlarda hem de toplam ölçekte Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayıları 0.90'dan büyüktür (Bkz. Tablo 4.5). Araştırma sonuçları BDÖ-42 nin içerik geçerliliği için kanıt sağlamakta ve BDÖ-30 un yapı geçerliliğini ve güvenilirliğini üç faktör için doğrulamaktadır. Çalışma bulguları 5 faktörlü BDÖ-42'yi

kullanan önceki çalışmalardan farklılık gösterse de; bütün BDÖ-30'un Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı tutarlı ve hatta hemşireler ve hastalar için Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayısını 0.83 ve 0.96 bulan Wolf ve arkadaşları (1994) tarafından yapılan çalışmadan daha yüksektir. BDÖ-42 kullanılarak klinik hemşirelerin (113), ameliyat olan hastaların (125,126) algılarını araştırmak için yapılan çalışmalarda 0.89-0.98 arasında Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı değerleri bildirilmiştir.

Wu, Larrabee, ve Putman BDÖ-42'yi daha kısa versiyonunu elde etmek için hastanede yatan 362 hastaya uygulamışlardır (127). Faktör analizi sonucunda güven , bilgi ve yeteneği, saygınlığı ve bağlılığı içeren 4 alt boyutlu ve 24 maddeden oluşan kısa bir ölçek elde etmişlerdir. Ölçeğin iç tutarlılığı yeterli ($r=.96$) ve test- tekrar test güvenilirliğinin de iyi olduğu hesaplanmıştır (hastalar için $r=.88$ ve hemşireler için $r=.82$). BDÖ-24'ü kullanan araştırmalar, Crohnbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı 0.92-0.96 arasında değişen yüksek iç tutarlılık analiz sonuçları ortaya koymuşlardır (128,129). Çalışma sonuçlarımız da literatürle uyumlu olarak test- tekrar test güvenilirliğinin oldukça iyi olduğunu ortaya koymaktadır (Bkz. Tablo 4.8 ve Tablo 4.9).

Hemşire ve/veya hastaların algılarını araştırmak için hem BDÖ-42'yi hem de BDÖ-24'ü kullanan değişik çalışmalar kullanılan ölçüm araçlarının geçerliliğini ve güvenilirliğini doğrulamaktadırlar. Bununla birlikte, çalışmaların çok azı BDÖ-42 (113) ve BDÖ-24' ün test ve tekrar test güvenilirliğini bildirmiştir (127,129).

5.2. Hastaların ve Hemşirelerin Bakım Kavramına İlişkin Algılarının Tartışılması

Hemşire ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılarının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada örneklem kapsamında yer alan hastaların ($n=140$) yaş ortalamasının 54 olduğu, yarıdan fazlasının kadın, çoğunluğunun evli, hemen hemen yarıya yakınının ilkokul mezunu, olduğu belirlenmiştir. Hastaların yarıdan fazlasının ekonomik durumunun orta düzeyde ve şehir merkezinde yaşadığı, hemen hemen tamamının sağlık güvencesinin olduğu, yarıdan fazlasının daha önce hastaneye yattığı ve yaklaşık yarısının sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirdiği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.11).

Örneklem kapsamında yer alan hemşirelerin ($n=140$) ise tamamına yakınının kadın, yaş ortalamasının 32 olduğu, yarıdan fazlasının cerrahi ve gece- gündüz

vardiyalı olarak çalıştığı ve yarısının hemşirelik yapmaktan kısmen memnun olduğu görülmektedir Hemşireler günde 2 ile 40 arasında hastaya bakım verdiklerini, yaklaşık yarısının bir hastanın bakımı için 30 dakikadan az zaman ayırdıklarını belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.18).

Hastaların ve hemşirelerin BDÖ-30 için verdikleri yanıtların iç tutarlılık analizine baktığımızda hem alt boyutlarda hem de toplam puanda Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayılarının 0.90'dan büyük olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.10). Bu sonuçlar ölçeğin ülkemizde hasta ve hemşire gruplarında kullanılabilir güvenilir bir ölçek olduğunu tekrar göstermektedir.

Hastaların BDÖ-30 kullanarak bakım algılarını belirlediğimiz çalışmamızda ölçek toplam puan ortalamalarının ve alt boyut puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.24). Bu sonuca göre hastalar hemşireleri başkalarına saygılı, profesyonel bilgi ve beceriye sahip, birey için de ulaşılabilir olarak görmektedir. Hastaların ölçek puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının, sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.12). Bu sonuç BDÖ-30'un, bireysel faktörlerden etkilenmeden ölçüm yaptığını düşündürmektedir. Ayrıca çalışmada hastaların çoğunun hemşirelik bakımından memnun oldukları ve hemşirelik bakımından memnuniyeti arttıkça ölçek toplam puan ve alt boyut puanlarının da arttığı belirlenmiştir (Bkz. Grafik 4.2 ve Tablo 4.15). Çalışma bulgularımız konuyla ilgili yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. (31,32,125,126,130,131-137). Green ve Davis'in (2005) BDÖ-42 kullanarak yaptıkları çalışmalarında hastaların hemşirelik bakım davranışlarını olumlu algıladıkları bildirilmiştir (31). Azizi-Fini ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada hemşirelik bakım davranışları ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu bulmuşlardır (138). Konuyla ilgili akademik yazın alanı, hasta memnuniyetinin hemşirelik bakımının kalitesini gösteren başlıca göstergelerden birisi olduğunu göstermektedir (139- 142). Çalışmamızda toplam ölçek ve alt boyut puan ortalamaları yüksek olmakla birlikte, hastaların hemşirelik bakımından beklentileri incelendiğinde, hastalar hemşirelerden en çok güleryüzlü olmalarını, hastaya değer vermelerini ve ilgi göstermelerini, hoşgörülü, iyi niyetli, tatlı dilli, insancıl, saygılı olmalarını ve empati kurabilmelerini; bunlardan sonra ise profesyonel bilgi becerisini kullanmalarını beklemektedir (Bkz. Tablo 4.17). Çalışmamıza paralel olarak Oflaz ve

Vural'ın ülkemizde, Khan ve arkadaşlarının Pakistan'da yaptıkları çalışmalarda hastalar hemşirelerin iletişimlerinin daha önemli olduğunu vurgulamışlardır (139,143). Çalışmamızın bulgularından farklı olarak Azizi-Fini ve arkadaşlarının (2012) BDÖ-42 kullanarak İran'da 250 hasta ile yaptıkları çalışmada hastaların profesyonel bilgi ve tutum alt boyutunun puan ortalamasının yüksek, başkalarına saygı alt boyutundan ise daha düşük puan aldıkları görülmektedir (138). Palese ve arkadaşlarının (2011) Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Yunanistan, Finlandiya, Bulgaristan ve İtalya'da BDÖ-24 kullanarak 1565 cerrahi hastası ile hemşirelik bakım davranışlarından memnuniyetlerini ölçmek için yapmış oldukları çalışmalarında, hastaların hemşirelerden beklediği en önemli bakım davranışının bilgi ve beceri olduğu bulgusu elde edilmiştir (26). Von Essen ve arkadaşlarının İsveç'te, Larsson ve arkadaşlarının İsveç'te ve Baldursdottir ve Jonsdottir'in İzlanda'da yaptıkları çalışmalarda ise hastalar için hemşirelerin bilgi ve becerisinin daha önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır (23, 144, 145). Çalışmamızda elde edilen bulgunun literatürdeki çalışma bulgularından farklı olmasının, çalışmaların yürütüldüğü ülkelerin sosyo-kültürel yapısı ve çalışma ortamlarına göre, hemşirelerden beklenen davranış örüntülerinin farklılık arz etmesi ile ilintili olduğu düşünülmektedir. Literatürde incelenen ve farklılık gösteren çalışmaların (23, 144, 145) batı kültür kökenli, benzerlik gösteren çalışmaların ise (139,143) doğu kültür kökenli olduğu görülmektedir. Batı kültürleri (Amerika, İngiltere gibi) bireyci (individualist) bir kültürel yapıya sahipken, doğu kültürleri (Türkiye, Japonya, Pakistan gibi) kolektivist bir yapıya sahiptir (146). Kolektivist yapıya sahip kültürlerde aile ve toplum değerleri, sosyal dayanışma, aidiyet duygusu, güven, görev ve yükümlülüklerine özen gösterme, paylaşma, fedakarlık, diğer bireylerle aralarında duygusal bağlılık hissetme önemlidir. Bireyci yapıya sahip kültürlerde ise bireysel özerklik, şahsi sorumluluk ve özgürlük daha önceliklidir (147-150). Ülkemiz ataerkil yapı ve dini inançların da etkisiyle aile değerlerinin, sosyal uyum ve insan ilişkilerinin önemsendiği, modernist yaşam biçimi ile toplumcu kültürel anlayışın karşılıklı etkileşerek, kültürel sentezini içeren bir yapıya sahip olmakla birlikte kolektivist kültürel anlayış daha yaygındır (151). Bu bağlamda çalışmamızda hastalar için profesyonel bilgi ve beceriden ziyade hemşirelerin insancıl karakter özellikleri ile olumlu hemşire- hasta ilişkisinin daha fazla önemsendiği düşünülebilir.

Hemşirelerin BDÖ-30 kullanılarak bakım algıları incelendiğinde de ölçek toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu hesaplanmıştır (Bkz. Tablo 4.24). Bulgularımız literatürle uyum göstermektedir. Örneğin Green'in (2004) 348 hemşire ile BDÖ-42 ölçeği kullanarak yapmış olduğu çalışmada, ölçek toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu sonucuna varmıştır (152). Benzer şekilde Brunton ve Beamen (2000) 200 hemşire ile hemşirelerin bakım algılarını ortaya koymak için yaptıkları çalışmalarında, ölçek toplam puan ortalamaları ve alt boyut puan ortalamalarının yüksek olduğu elde edilmiştir (15). Sonuçlar hemşirelerin hastaya verdikleri bakımı olumlu algıladıklarını göstermektedir.

Çalışma bulgularımıza göre, hemşirelerin bakım algıları olumlu olmakla birlikte, hemşireler nitelikli bakımı olumsuz yönde etkileyen pekçok faktörün olduğunu vurgulamışlardır. Hemşireler, bakımı olumsuz yönde etkileyen faktörler arasında; hemşire sayısının az olması, iş yükünün fazla olması ve hasta sayısının fazla olmasını başlıca faktörler olarak belirtmişlerdir (Bkz. Tablo 4.22). Konuyla ilgili yapılan çalışmalar bulgularımızla paralel olarak hemşire sayısının yetersiz olması, hasta sayısının fazla olması, iş yoğunluğu, iş memnuniyeti gibi faktörlerin hemşirelik bakımını olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır (32,128,135,153-159) ve bu faktörlerin hemşirelerin hastalarla geçirecekleri zamanı sınırlandırarak, bakım kalitesini düşüreceği ve hasta memnuniyetini olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

Hastaların ve hemşirelerin ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, ölçek toplam puan ortalamalarının, “profesyonel bilgi ve tutum” ve “birey için ulaşılabilir olma” alt boyut puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin başkalarına saygı alt boyut puan ortalamasının hastalarinkinden daha yüksek olduğu görülmektedir (Bkz. Tablo 4.24). Konuyla ilgili yapılan çalışmaları incelediğimizde Papastavrou ve arkadaşlarının 1659 hasta ve 1195 hemşire ile hemşirelik bakımı algıları üzerine BDÖ-24 kullanarak yaptıkları çalışmada, hasta ve hemşirelerin ölçek puan ortalamaları ile alt boyut puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada hemşireler açısından birey için ulaşılabilir olma ve başkalarına saygı alt boyut puan ortalamalarının, hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu; hastalar açısından bilgi ve beceri alt boyut puan ortalamasının hemşirelerin puan ortalamasından yüksek olduğu bulunmuştur (112). Çalışma bulgularımızdan farklı olarak He ve arkadaşlarının (2013) Çin’de 595 hasta ve 445

hemşire ile BDÖ-24 kullarak yaptıkları çalışmada hemşirelerin ölçek toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının, hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (160).

5.3. Hemşirelerin Bakım Kavramı ve Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızın üçüncü aşamasında hemşirelerin deneyimleri ile bakım kavramı ve hemşirelik bakımı ile ilgili görüşleri araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre bakım, hemşireler tarafından “herhangi bir nesne ya da kişiye karşı gösterilen ilgi, özen ve önem”, “bakıma muhtaç olan bireyin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerinin karşılanması”, “bir şeyin daha işlevsel bir hale gelmesi için onarılması, eksikliklerinin tamamlanması” ve “doğumdan ölüme kadar kişinin daha iyi olabilmesi ve gelişmesine yönelik yapılan her şey” olarak açıklanmıştır.

Hemşirelerin bakım kavramına dair anlayışları literatürde yer alan bakım tanımlarıyla uyumludur. Örneğin Mayeroff’a (1971) göre bakım vermek, başkasının büyümesine/ gelişmesine yardımcı olmaktır (8); Tronto ve Bernice Fischer (1993) bakımı “dünyamızı olabildiğince iyi yaşayabilmek için korumak, sürdürmek ve onarmak üzere yaptığımız her şeyi içeren özel bir etkinliktir” şeklinde tanımlamıştır (73).

Hemşirelik bakımı katılımcıların çoğu tarafından hemşireliğin temeli, sistematik ve bilinçli eylemler; bilimsel bilgi ve eğitim boyunca edinilmiş ahlaki değerlere ve iyi niyete bağlı; bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak olan sağlık bakım ekibinin işbirliğinin temeli olarak kabul görmüştür. Lisans eğitimi boyunca edinilen bilimsel bilgi ve profesyonel bir hizmet olması, bazı katılımcılar tarafından hemşirelik bakımını diğer bakımlardan (çocuk bakımı, yaşlı bakımı vb.) ayıran en önemli özellik olarak görülmüştür. Bu bulgu, bilgi ve eğitimi bir toplumda meslek olarak tanımlayan kriterlerin arasında gösteren literatür ile uyumludur (161,162) ve hemşirelik mesleğinde bilgi birikimi, hemşirelik bakımının ön koşulu olarak belirtilmiştir (163-165).

Katılımcılar hemşirelik bakımının ahlaki yönlerini, vicdan, iyi niyet, empati, duyarlılık, sorumluluk, güven, mahremiyet ve hemşire- hasta ilişkisinde saygı kavramları ile ilişkilendirmişlerdir. Bulgularımız, literatürde konuyla ilgili yapılan

çalışmalarla uyum göstermektedir. Örneğin, Brunton ve Beamen'ın ABD'de bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler ile yapmış oldukları çalışmada, hastaya saygı göstermek, duyarlı olmak, bilgilerini gizlemek, birey olarak muamele etmek, dürüst olmak, hastayı dinlemek ve hastaya ilgi göstermek bakım algısı ile ilgili kavramlar olarak belirtilmiştir (15). Ranheim'in İsveç'nin çeşitli merkezlerinde deneyimli hemşirelerin bakımı nasıl algıladıkları belirlemek için yapmış olduğu çalışmada, hastanın farkında olmak ve duyarlılık göstermek ortaya çıkan ve ahlaki boyutu olan temel kavramlardır (166). Chiovitti'nin (2008) Kanada'da bir psikiyatri kliniğinde çalışan 17 klinik hemşiresi ile yürüttüğü niteliksel çalışmasında bakımla ilgili ortaya çıkan kavramlar; hastaya saygı, mahremiyeti sağlama, hasta güvenliğini sağlama ve hastayla iletişim kurabilme olarak belirtilmiştir (22). Brilowski ve Wendler bakım kavramının analizi ile ilgili yapmış oldukları literatür incelemesinde ortaya çıkan temel kavramlar saygı, güven, hastanın özerkliğine saygı ve sorumluluk sahibi olmak, gizlilik ve mahremiyete özen göstermek olarak belirlenmiştir (167). Cronqvist ve ark. (2004) İsveç'te bir hastanenin yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerle yaptıkları niteliksel çalışmalarında bakım vermenin, ahlaki yükümlülük ve sorumluluklarla çalışmakla mümkün olacağı bulgusu elde edilmiştir (21).

Görüldüğü üzere konuyla ilgili akademik yazın alanında nitel çalışmaların önemli bir bölümünde bakımın ahlaki ve duyuşsal yönüne vurgu yapan kavramlar üzerinde durulmuştur. Katılımcılar nitelikli hemşirelik bakımı sağlamak için ahlaki yönden olumlu kişilik özelliklerin olmasının yanı sıra eğitim, teorik bilgi, teknik beceri ve profesyonel yetkinliğin de önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bu bakış açısı, bilginin önemine ve profesyonel bakım için yeterliliğe işaret eden Gaut'un (1986) bakışıyla ve klinik yeterliliği güvenli ve kaliteli hasta bakımı için işaret eden önceki çalışmaların sonuçları ile uyumludur (161,163,168,169). Katılımcılarımıza göre, nitelikli hemşirelik bakımı sonuçları nozokomiyal enfeksiyonları, basınç ülseri oranlarını ve hastanedeki düşüşleri azaltmanın yanı sıra hastaların ve hemşirelerin memnuniyetini de artırabilir. Konuyla ilgili yapılan çalışma sonuçları, bulgularımızla paralellik göstermektedir (31, 170, 171-176). Örneğin, Sochalski'nin (2001) 9.545 hemşire ile bakımın sonuçlarını ortaya koymak için yaptığı çalışmasında, yetersiz hemşirelik bakımı sunulduğunda tıbbi hatalarda, nozokomiyal enfeksiyonlarda ve hasta düşmelerinde artış olduğu sonucuna varılmıştır (170). Green ve Davis (2005)

hemşireler tarafından sağlanan kaliteli bakım nihai sonuçlarını değerlendirmek için, olumlu hasta memnuniyeti ile ilişkili unsurları belirlemek gerektiğini vurgulamışlardır (31). Stone ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada hemşirelik bakım kalitesi arttığında maliyetin düştüğü, ölüm oranlarının azaldığı ve hastane yatış süresinin kısaldığını göstermişlerdir (177). Bununla birlikte katılımcılarımız olumsuz çalışma koşulları ve sağlık politikalarını nitelikli bakımı etkileyen faktörler arasında sıralamışlardır. Bulgularımız literatürle uyumludur. Örneğin Ankara ilinde 8 hastanede çalışan 271 hemşire üzerinde Uğur ve Abaan (2008) tarafından yapılan bir çalışma hemşirelerin üçte birinin çalışma hayatı şartlarının zayıf olarak değerlendirdiklerini ve bir yıl içinde çalıştıkları hastaneden ayrılacakları bulunmuştur (174). Aiken ve arkadaşlarının (2013) 12 Avrupa ülkesinde dahiliye ve cerrahi kliniklerinde çalışan 33.659 hemşire ile yaptıkları çalışmada göstermiştir ki en az beş hemşireden birinin, işlerinden memnun olmadığı ve bu memnuniyetsizliğin yetersiz ücret, eğitim ve terfi olanaklarının sınırlı oluşundan kaynaklandığı ve önemli gördükleri hemşirelik işlevlerinin zaman yetersizliğinden dolayı sık sık yarım bırakıldığını ya da ertelendiğini bildirmişlerdir (176).

Sonuç olarak çalışmamızda hastaların ve hemşirelerin hemşirelik bakımını olumlu algılaması istendik bir sonuç olmakla birlikte, bakım kalitesini ortaya koyan bir gösterge olarak değerlendirilmemelidir. Çünkü algı ne gördüğümüzü, nasıl yorumladığımızı, neye inandığımızı, nasıl davrandığımızı bize gösteren ve nesnel dünyayı, duyular yoluyla öznel bilince aktarma süreci olarak tanımlanmaktadır (178). Algıyı, bireyin özellikleri (bireyin kişiliği, kişisel özellikleri, geçmişte yaşamış olduğu tecrübeler); algılanan nesnenin özellikleri (kişi, eşya, olay, canlı ve cansız varlıklar) ve algılama ortamı (fiziksel, sosyal ve örgütsel çevre koşulları) etkilemektedir. Çalışmamızda algılayan kişiler hemşireler ve hastalar; algılanan nesne bakım; algılama ortamı ise sosyo- kültürel ve siyasal yapı olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda hemşire ve hastaların olumlu bakım algılarının algılanan ortamdan kaynaklandığı ve bu algının sosyo- kültürel ve siyasal yapıdan etkilendiğini düşünülebilir.

Hemşireler, hastanelerde bakım kalitesini ve olumlu/ olumsuz hasta çıktılarının doğasını belirleyen en önemli kişilerdir. Hemşirelerin bilgi, beceri ve deneyim yönünden yeterli ve olumlu kişisel özelliklere sahip olmaları hasta bakımını etkileyen

faktörler arasındadır, ancak bunlar tek başına yeterli değildir. Hasta bakım kalitesini eğitim ve sağlık sistemi de etkilemektedir. Günümüzde küresel sağlık sistemi daha az maliyetle, daha nitelikli bakım vermeye ve hasta güvenliğine odaklanmıştır. Ancak serbest piyasa ekonomisine bağlı hizmet sektöründe elde edilecek karın en üst düzeyde tutulmaya çalışılması ve maliyet etkililik, bakım kalitesinin önüne geçmektedir. Bunun başlıca göstergesi sağlık hizmeti sunacak sağlık meslek üyelerinin, yasal düzenlemelerle, eğitim seviyesinin düşürülmesidir. Bu durum ülkemiz açısından değerlendirildiğinde; 2007 yılında düzenlenerek yeniden yürürlüğe giren Hemşirelik Kanunu'nun birinci maddesine göre hemşirelerin lisans mezunu olması gerektiği, geçici ikinci madde doğrultusunda beş yıl süreyle sağlık meslek liselerinin hemşirelik ve sağlık memurluğu programlarından mezun olanlara da hemşire ünvanı verileceği belirtilmiştir. 17.07.2012 tarih ve 28351 sayılı Kanun Hükmünde kararname ile ikinci kez beş yıl süreyle meslek liselerinde hemşire yetiştirilmesi kararı alınmıştır (80). Yine aynı gerekçeyle Milli Eğitim Bakanlığına bağlı olan sağlık meslek liselerinin hemşirelik programlarının sayı ve kontenjanları artırıldığı gibi, özel sağlık meslek liseleri de hızla açılmaya ve buralara da çok sayıda öğrenci alınmaya başlanmıştır. 14 Ocak 2014 tarihinde yürürlüğe giren Hemşire Yardımcılığını ön gören 28886 sayılı kararname ile sağlık meslek liselerinin hemşire yardımcılığı programından mezun olup hemşire nezaretinde yardımcı olarak çalışan, ayrıca hastaların günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesi, beslenme programının uygulanması, kişisel bakım ve temizliği ile sağlık hizmetlerine ulaşımında yardımcı olan ve refakat eden sağlık teknisyeni adı altında hemşire yardımcılığı ünvanı ortaya çıkmıştır (80). Görüldüğü üzere hemşirelik mesleğinin ünvanı ve eğitimiyle ilgili sürekli kararlar değiştirilmekte, eğitim düzeyi düşürülmeye çalışılmaktadır. Oysa yapılan çalışmalar hemşirelerin eğitim düzeyinin bakım kalitesini doğrudan etkilediğini göstermektedir (94,95,97). Ayrıca yapılan çalışmalarda hemşirelerin görev tanımının açık ve net bir şekilde yapılmamış olması, rollerdeki belirsizlikler, aynı işi yapan hemşirelerin farklı düzeyde eğitim almış olmaları, aynı statüdeki hemşirelerin farklı istihdam edilmesi (sözleşmeli/kadrolu/vekil) gibi faktörlerin hemşirelerinin iş doyumlarını etkileyerek tükenmişlik yaşamalarına neden olduğu belirtilmiştir (179-183). Tükenmişlik yaşayan hemşirelerden etkili bakım vermelerini beklemek de gerçekçi değildir.

Bu sonuçlar ışığında ülkemizdeki durumu göz önüne aldığımızda sağlık politikaları, maliyet etkin bakım anlayışı, malzeme yetersizliği, hemşire başına düşen hasta sayısının oldukça fazla olması, çalışma koşulları, mesleğe bakış açısı, eğitim seviyelerinin farklı olması, tükenmişlik gibi birçok neden hasta bakımını olumsuz etkilemektedir. Hemşirelerin ve hastaların bakım algılarının son derece olumlu bulunması, bakımın öznel bir bakış açısı ile değerlendirildiğini düşündürmektedir. Diğer yandan çalışmamızda geçerliliği ve güvenilirliği test edilerek kullanılan BDÖ-30'un, tüm diğer ölçeklerle ilgili sınırlılıkların söz konusu olduğu gibi, hastaların ve hemşirelerin bireylerin bakımla ilgili bilişsel ve objektif değerlendirmelerini kısıtlamış olabilir. Nitekim niteliksel verilerimiz, yüksek ölçek puanlarına rağmen, bakımın pekçok faktöre bağlı olarak olumsuz etkilendiğini ortaya koymuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Araştırma, hemşirelerin ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılarının incelenmesi ve bakımın kapsamlı bir analizini yapmak amacıyla niceliksel ve niteliksel, analitik bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

1. Bakım Davranışları Ölçeği-42'nin geçerlilik ve güvenirlik test etmek için yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda, alt boyutların hemşire ve hasta gruplarında ülkemiz normlarını doğrulamadığı tespit edilmiş ve açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır.
2. Açıklayıcı faktör analizi sonrasında faktör yükü 0.50'nin üzerinde ve genel varyansın % 62'sini (güven varyansı) açıklayan 3 faktör (alt boyut) ve 30 maddeden oluşan BDÖ-30 elde edilmiştir. Ölçeğin ülkemizde hastalara ve hemşirelere uygulanabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu sonucuna varılmıştır.
3. Araştırmanın ikinci aşamasında hastaların ve hemşirelerin BDÖ-30 toplam puan ortalamaları ile alt boyut puan ortalamalarının oldukça yüksek olduğu ve gruplar arasında puanlar açısından istatistiksel anlamda fark olmadığı sonucuna varılmıştır.
4. Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik bakımını olumlu algıladıkları, ancak hemşirelerle yapılan yüzyüze görüşme sonucunda teorik bilgi yükünün, hemşire- hasta sayısının, malzeme yetersizliğinin, sağlık politikalarının ve olumsuz çalışma koşullarının bakımı olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır.
5. Hemşireler bakımı ilgi, özen ve hastanın gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik yardım; hemşirelik bakımını ise profesyonel bilgi, beceri ve tutumlara dayalı, planlı/ sistemli bir uğraş ve hizmet olarak nitelemişlerdir.
6. Hemşireler bakımın fiziksel, duyuşsal ve ahlaki yönünün olduğunu ve vicdan, iyi niyet, saygı, empati, sorumluluk, mahremiyet ve hemşire-hasta

ilişkinde saygı kavramlarının da bakımın ahlaki yönünü içermesi gerektiğini belirtmişlerdir.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen başlıca sonuçların ışığında aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. BDÖ-30'un daha geniş kapsamlı örneklem grubu üzerinde uygulanması
2. Hastalar ve hemşirelerin bakım algılarının incelenmesine yönelik BDÖ-30 ile birlikte bilişsel değerlendirmeye olanak sağlayacak güvenilirliği test edilmiş ölçüm araçları kullanılarak ileriye yönelik araştırmaların yürütülmesi
3. Niteliksel çalışmalarla hastalar ve hemşirelerin bakım algısı ve yaşantılarının derinlemesine incelenmesi
4. Bakım algısını etkileyen sosyal, kültürel, siyasal, kurumsal ve mesleki faktörlerin her birine yönelik daha kapsamlı niceliksel araştırmaların yürütülmesi

KAYNAKLAR

1. Babadağ, K. (2010). *Hemşirelik ve Değerler*. Ankara: Alter Yayıncılık.
2. Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
3. Crowden, A. (1994). On the moral nature of nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 1104-1110.
4. Rolfe, G. (2009). Some further questions on the nature of caring. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 143–146.
5. Wal, D.V. (2005). The caring ethic in nursing. *Ethics in Health Care* (2. Bs.). USA: Juta & Ca. Ltd.PO. Bax.
6. Griffiths, P. (2008). The art of losing...? A response to the question ‘is caring a lost art?’. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (3), 329–332.
7. Gadow, S. (1985). Nurse and patient: the caring relationship. Bishop AH & Scudder JR. (Ed.). *Caring, curing, coping: nurse, physician, patient relationships* (s.31-43). Birmingham: University of Alabama Press.
8. Mayeroff, M. (1971). *On caring*. New York: Harper & Row.
9. Brody, L. (1988). Virtue ethics, caring and nursing. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 2(2), 87-101.
10. Tschudin, V. (2003). *Ethics in Nursing the Caring Relationship*. (3. bs.). USA: Elsevier Limited.
11. Morse, J.F., Bottorff, J., Neander, W., & Solberg, S. (1991). Comparative analysis of conceptualizations and theories of caring. *Journal of Nursing Scholarship*, 23, 119-126.
12. Greenhalgh, J., Vanhanen, L., Kyngas, H. (1998). Nurse caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 27(5), 927-932.
13. Lea, A., Watson, R., Deary IJ. (1998). Caring in nursing: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 28(3), 662-671.
14. Arthur, D., Pang, S., Wong, T. et al. (1999). Caring attributes, professional self concept and technological influences in a sample of registered nurses in eleven countries. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 387-396.

15. Brunton, B., Beaman, M. (2000). Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *J Am Acad Nurse Pract.*, 12(11), 451-456.
16. Bassett, C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*, 8 (8), 8–15.
17. Cortis, J.D., Kendrick, K. (2003). Nursing ethics, caring and culture. *Nursing Ethics*, 10, 77-88.
18. Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 196-204.
19. Clarke, J. B., Wheeler, S. J. (1992). A view of the phenomenon of caring in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1283-1290.
20. Cheung, J. (1998). Caring as the ontological and epistemological foundations of nursing: A view of caring from the perspectives of Australian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 4(4), 225–233.
21. Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T., Lütznén, K. (2004). Caring about – caring for: Moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing Ethics*, 11(1), 63-75.
22. Chiovitti, R. F. (2008). Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(2), 203-23.
23. Von Essen, L., Sjöden, P. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 487-497.
24. Calman, L. (2006). Patient' views of nurses' competence. *Nurse Education Today*, 26, 719- 725.
25. Zamanzadeh, V., Azimzadeh, R., Rahmani, A., Valizadeh, L. (2010). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviours. *BMC Nursing*, 9(10), 1-9.
26. Palese, A., Tomietto, M., Suhenen, R. et.al. (2011). Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviors: A descriptive and correlational study in six European Countries. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 341-350.
27. Göçmen-Baykara, Z. (2014). Hemşirelik Bakımı Kavramı, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(2), 92-99.

28. Larrabee, J. H., Ferri, J. A., Hartig, M. T. (1997). Patient satisfaction with nurse practitioner care in primary care. *Journal of Nursing Care Quality*, 5(4), 9–14.
29. Knudtson, N. (2000). Patient satisfaction with nurse practitioner service in a rural setting. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 12, 405–412.
30. Bryant, R., & Graham, M. C. (2002). Advanced practice nurses: A study of client satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 14, 88–92.
31. Green, A., Davis, S. (2005). Towards a predictive model of patient satisfaction with nurse practitioner care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(4), 139-148.
32. Raffii, F., Hajineshad, M. O., Haghani, M. O. (2009) Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 75–84.
33. Beck, T.C. (1999). Quantitative Measurement of Caring. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (1), 24-32.
34. Akalın, Ş.H., Toparlı, R., Argunşah, M., Demir, N., Gözaydın, N., Özyetgin, M. ve ark. (2011). Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, (11.bs.). Ankara.
35. *Care* (2010). *Longman Dictionary of Contemporary English*. İngiltere: Pearson Education.
36. Roget, PM. (2015). *Roget's Thesaurus of English Words and Phrases*. Editora Griffo.
37. *Caring* (2012). *Chambers' Paperback Thesaurus*. İngiltere: Editors of Chambers.
38. Oğuz, Y., Tepe, H., Örnek- Büken, N., Kucur, DK. (2005). *Biyoetik Terimleri Sözlüğü* (1.bs.). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
39. Reich, W. (2014). History of the Notion of Care. (In *Encyclopedia of Bioethics*)(s. 319-331 (5th. ed.). New York: Simon & Schuster Macmillan.
40. Berman, A., Snyder, SS., Kozier, B., Erbs, G. (2008). *Fundamentals of Nursing Concepts, Process and Practice* (8th. ed). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
41. Achterberg, J. (2009). *Kadın Şifacılar* (B. Altınok, Çev.) (1. bs.). İstanbul: Everest Yayınları.

42. Ökdem, Ş., Abbasoğlu A. ve Doğan N.(2000). Hemşirelik Tarihi, Eğitimi ve Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*, 1(1), 5-11.
43. Torun, S. (2014). *Kırım Savaşı 'nda Hasta Bakımı ve Hemşirelik* (1. bs.). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.
44. Şehsuvaroğlu, BN., Demirhan-Erdemir, A., Güreşsever, G.C. (1984). *Türk Tıp Tarihi*. Bursa: Taş Kitapçılık-Yayıncılık.
45. Ulusoy, M.F. ve Görgülü, R.S. (2001). *Hemşirelik Esasları Temel Kuram Kavram, İlke ve Yöntemler* (5. bs.). Ankara: TDFD Ltd. Şti.
46. Şentürk, S. E. (2014). *Hemşirelik Tarihi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
47. Craven, RF., Hirnle, CH. (2009). *Fundamentals of Nursing* (6th ed). Philadelphia: Lippincott Company, 32-39.
48. Pottery, P.A. and Perry, A.G. (2005). Nursing today. *Fundamentals of Nursing*. (6th ed). USA: Elsevier Mosby.
49. Cevizci, A. (2014). *Felsefe Tarihi* (5. bs.). İstanbul: Say Yayınları.
50. Çuçen, AK. (2012). *Martin Heidegger: Varlık ve Zaman* (5. bs.). İstanbul: Sentez Yayınları.
51. Escudero, JA. (2013). Heidegger: Being and Time and the Care for the Self. *Journal of Philosophy*, 3(2), 302-307.
52. Beyaz-Erkızan, HN. (2012). *Aristoteles 'ten Nussbaum'a İnsan*. Bursa: Sentez Yayıncılık.
53. Lavoie, M., De Koninck, T., Blondeau, D. (2006). The nature of care in light of Emmanuel Levinas. *Nursing Philosophy*, 7, 225-234.
54. Gözal, Ö. (2012). *Levinas*. Fikir Mimarları Dizisi-29: İstanbul Say Yayınları.
55. Fredeiksson, L., Eriksson, K. (2003) The Ethics of the Caring Conversation, *Nursing Ethics*, 10(2), 138-148
56. Klaver, K., Elst, EV., Baart, A. (2014). Demarcation of the ethics of care as a discipline: Discussion article. *Nursing Ethics*, 21(7), 755-765.
57. Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

58. Ruiz, B.R. (2005). Caring discourse. The care/justice debate revisited. *Philosophy & Social Criticism*, 31(7), 773-800.
59. Botes, A. (2000) A comparison between the ethics of justice and the ethics of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (5), 1071-1075.
60. Kelly, L.Y., Joel, L.A. (1995). Nursing as a profession. *Dimensions of Professional Nursing* (7th. Ed.). New York.
61. Önal, G. (2003). Feminist Biyoetik ve Adalet. *Uluslararası Katılımlı 3. Ulusal Tıp Etiği Kongresi Kongre Kitabı*, 1(10),465-497. Bursa. Özhan Matbaacılık.
62. Dinç, L. (2004). Hemşirelik etiğinin temeli ve hedefi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 1-10.
63. Reed, P. G., Shearer, N.C., Nicali, L.H. (2004). Perspectives on Nursing Theory (4th. Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
64. Kuhse, H. (1997). *Caring, Nurses, Women and Ethics*. UK: Blackwell, Oxford.
65. Allmark, P. (1995). Can there be an ethics of care? *Journal of Medical Ethics*, 21(1), 19-24.
66. Warelow, P.J. (1996). Is caring the ethical ideal?. *Journal of Advanced Nursing*, 24; 655-661.
67. Noddings, N. (2002). *Starting at Home: Caring and Social Policy*. Berkeley: University of CA Press.
68. Bergman, R. (2004). Caring for the ethical ideal: Nel Noddings on moral education. *Journal of Moral Education*, 33(2) ,149 –162.
69. Engster, D. (2004). Care ethics and natural law theory: toward an institutional political theory of caring. *The Journal of Politics*, 66(1), 113–135.
70. Friedman, M. (2006). Beyond Caring: The De-Moralization of Gender (Ed. V. Held). *Justice and Care: Essential Readings in Feminist Ethics*. USA: Westview Press, 61-77.
71. Ornath, OD (2012). Care and abstract principles. *Hypatia*, 27 (2), 407-422.
72. Held, V. (2006). *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. New York: Oxford University Press.
73. Tronto, J. (1993). *Moral Boundaries, a Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge,

74. Kittay, E.F. (2006). The Concept of Care Ethics in Biomedicine. (Ed. Rehmann-Sutter et. al.). *Bioethics in Cultural Contexts* (s.319-339). Springer.
75. Gastmans, C. (2006). The care perspective in healthcare ethics. (Ed. A.J. Davis, V. Tschudin, L. de Raeve.). *Essentials of teaching and learning in nursing ethics*. England: Livingstone.
76. Gastmans, C. (1999). Care as a moral attitude in nursing. *Nurs Ethics* 6(3); 214-223
77. Nortvedt, P., Hem, MH., Skirbekk, H. (2011). The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care. *Nursing Ethics*, 1(2), 192-200.
78. www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/ (Erişim tarihi: 20.10.2015).
79. www.turkhemsirelerdernegi.org.tr (Erişim Tarihi: 20.10.2015)
80. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler> (Erişim Tarihi: 20.12.2015)
81. Mc Farland, M. (2006). Madeleine Leininger: Culture Care Theory of Diversity and Universality. (Ed. A.M. Tomey, M.R. Alligood). *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.) United States of America: Mosby Inc.
82. Tomey A.M. (2006). Virginia Henderson: Definition of Nursing. (Ed. A.M.Tomey, M.R. Alligood). *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.) United States of America: Mosby Inc.
83. Velioglu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset Matbaası.
84. Fakouri, C. (2006). Lydia E. Hall: Core, Care and Cure Model (Ed. A.M. Tomey, M.R. Alligood). *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.) United States of America: Mosby Inc.
85. Taylor S. (2006). Dorothea E. Orem: Self- Care Deficit Theory of Nursing. (Ed. A.M. Tomey, M.R. Alligood). *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.) United States of America: Mosby Inc.
86. şahin, A.O. (2006). ***Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi ile İlgili Bir Çalışma***. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanlığı. Doktora Tezi, İstanbul.
87. Boykin, A., Schoenhofer, S.O. (2001). *Nursing as caring: a model of transforming practice*. Boston: Jones and Bartlett.

88. Covington, H. (2003). Caring presence: Delineation of a concept for holistic nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 21 (3), 309-312.
89. Larson, P., Ferketich, S. (1993). Patients' satisfaction with nurses' caring during hospitalization. *Western Journal of Nursing Research*, 15(6), 690-707.
90. Fry, S.T. (2000). *Hemşirelik uygulamalarında etik* (B.Bağ Çev.). İstanbul: Aktif Yayınevi.
91. Neil, R.M. ve Tomey, M.A. (2006). Jean Watson: Philosophy and Science of Caring. (Ed. A.M. Tomey, M.R. Alligood). *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.). United States of America: Mosby Inc.
92. Korkmaz, F. (2011). Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 59-67.
93. Salvage, J. (1993). *Etkinliğe Doğru Eylem* (2. bs). Ankara: Aydoğdu Ofset.
94. Karadağ, A. (2002). Meslek olarak hemşirelik. *Atatürk Üniveristesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2), 55-62
95. Karagözoğlu, Ş. (2004). *Bilim ve bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik*. II.Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu, Sempozyum Kitabı, Ankara.
96. Dinç, L. 2009, Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler, *Hacettepe Tıp Dergisi*, 40(2), 113-119.
97. Köşgeroğlu, N. (1995). Hemşirelikte Hak ve Sorumlulukların Yerine Getirilmesini Etkileyen Faktörler. *Türk Hemşireler Derneği*, 45(5), 40-41.
98. Mete, S. (2014). Hemşireliğin Temel Kavramları (Ed. Atabek-Aştı, T., Karadağ, A.). *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilim ve Sanatı* (1.bs). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
99. Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 74-82.
100. Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S. ve Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 7, 100-108.
101. http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT (Erişim Tarihi: 02.11.2015).

102. Harmanci, A.K. (2014). Sistemi, Sağlık Politikaları ve Hemşirelik Mevzuatı. (Ed. Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen E). *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. İstanbul: Akademi Yayıncılık.
103. Coşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımında ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4(3), 181-185.
104. Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*, 15(3), 304-321.
105. Callaghan, M. (2003). Nursing morale: what is it like and why? *Journal of Advanced Nursing*, 42, 82-89.
106. Çıngı, H. (1990). *Örnekleme Kuramı*. Ankara: H.Ü. Fen Fakültesi Basımevi.
107. Blackwelder, WC. (1998). Equivalence Trials (*In Encyclopedia of Biostatistics*) (s.1367-1372). New York: John Wiley and Sons.
108. Machin, D., Campbell, M., Fayers, P., Pinol A. (1997). Sample size tables for clinical studies. 2nd edition,. Malden: Blackwell Science.
109. Moyle, W., Iselin, G., Baeslack-Smith, A., Fleming W. (2005) Validation of nurse caring behaviours in residential aged care. *Geriaction*, 23,13-22.
110. Merriam, S. (2013). *Nitel Araştırma: Desen ve Uygulama için bir Rehber* (Çev. Ed. Turan S. , Koçak- Canbaz F., Öz M., Karadağ E., Yılmaz D., Özen H., ve Ark.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
111. Glesne, C. (2012). *Nitel Araştırmaya Giriş* (Çev. Ed.: Ersoy A., Yalçınoğlu P.). Ankara: Anı Yayıncılık.
112. Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E. Et al. (2011). A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1026-1037.
113. Wolf, Z., Giardino, E., Osborne, P., & Ambrose, M. (1994). Dimensions of nurse caring. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 107-111.
114. Delmar, C. (2012). The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. *Nursing Philosophy*, 13, 236-243.
115. Karasar, N (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Sim Matbaas.

116. Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
117. Erefe, İ, (2002). *Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemler*. İstanbul: Odak Ofset. s.169- 187.
118. Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi*, Denizli.
119. Gözüm S., Aksayan S., (2003). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5, 1-25.
120. Yılmaz, M.B ve Orhan F. (2011). Ders Çalışma Yaklaşımı Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36 (159), 70-83.
121. Akgül, A. (2005). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri: SPSS Uygulamaları* (3. bs.). Ankara: Emek Ofset.
122. Tezbaşaran, A. (1996). Likert Tipi Ölçek Geliştirme Kılavuzu. *Psikologlar Derneği Yayınları*, Ankara.
123. Yıldırım, A. ve Şimşek H. (2011). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (8. bs). Ankara: Seçkin Yayınevi.
124. Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). New York: Allyn and Bacon.
125. Coulombe, K., Yeakel, S., Maljanian, R., Bohannon, R.W. (2002). Caring Behaviors Inventory: analysis of responses by hospitalized surgical patients. *Outcomes Management*, 6(3), 138-141
126. Hayes, J., Ball, S. (2007). Perceptions of nurses' caring behaviours by trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 14(4), 187-190.
127. Wu, Y., Larrabee, J.H., Putman, H.P. (2006). Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*, 55(1), 18- 25.
128. Burtson, P., Stichler, J. (2010). Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1819-1831.

129. Kurşun, Ş., Kanan, N. (2012). Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 229-235.
130. Gooding, B.A., Sloan, M., Gagnon, L. (1993). Important nurse caring behaviors: perceptions of oncology patients and nurses. *Canadian Journal of Nursing Research*, 25, 65-76.
131. Duffy, J.R. (1992). The impact of nurse caring on patient outcomes (Ed. In D.A. Gaut). *The presence of caring in nursing* (s. 113–136). New York: National League for Nursing.
132. Larrabee, J.H., Engle, V.F., Tolley, E. A. (1995). Predictors of patient-perceived quality. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9, 153–164.
133. Williams, S.A. (1998). Quality and care: Patients' perceptions. *Journal of Nursing Care Quality*, 12(6), 18–25.
134. Wolf, Z.R., Colahan, M., Costello, A., Warwick, F., Ambrose, M.S., Giardino, E.R. (1998). Relationship between nurse caring and patient satisfaction. *MEDSURG Nursing*, 7(2), 99–105.
135. Tzeng, H.M., Ketefian, S. (2002). The relationship between nurses' job satisfaction and inpatient satisfaction: An exploratory study in a Taiwan teaching hospital. *Journal of Nursing Care Quality*, 16(2), 39- 49.
136. Wolf, Z.R., Miller, P.A., Devine M. (2003). Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Medsurg Nurs.*, 12(6),391-396.
137. Suhonen, R., Schmidt, L.A., Radwin, L. (2007). Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (1), 77-85
138. Azizi-Fini, İ., Mousavi, M., Mazroui-Sabdani, A., Adib- Hajbaghery, M. (2012). Correlation between nurses' caring behaviors and patients' satisfaction. *Nurs Midwifery Stud.*, 1(1) ,36-40.
139. Khan, M., Hassan, R., Anwar, S., Babar, TS., Babar, KS. (2007). Patient Satisfaction with Nursing Care. *Rawal Medical Journal*, 32(1), 27-29.

140. Johansson, P., Oleni, M., Fridlund, B. (2002) Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 337–344
141. Yeakel, S., Maljanian, R., Bobonnon, R.W., Coulombe, K.H. (2003). Nurse caring behaviours and patient satisfaction improvement after a multifaceted intervention. *Journal of Nursing Administration*, 33, 434– 436.
142. Clark, P., Leddy, K., Drain, M., Kaldenberg, D. (2007). State nursing shortages and patient satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 22(2), 119–127.
143. Oflaz, F., Vural, H. (2010). The evaluation of nurses and nursing activities through the perception of inpatients. *International Nursing Review*, 57(2), 232–239.
144. Larsson, G., Peterson, V.W., Lampic, C., Von Essen, L., Sjoden, P.O. (1998). Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 855-864.
145. Baldursdottir, G., Jonsdottir, H. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart & Lung*, 31(1), 67-75.
146. Kağıtçıbaşı, Ç. (2001). *İnsan Aile ve Kültür*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
147. Scott J., Marshall G. (2005). *A Dictionary of Sociology*. Newyork: Oxford University Press
148. Yayla, A. (1998). *Liberalizm*. Ankara: Liberte Yayınları.
149. Yayla, A (2001). *Siyasi Düşünce Sözlüğü*. Ankara: Liberte Yayınları.
150. Markus, H. R., Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological review*, 98(2), 224-253.
151. Sargut, S. (2001). *Kültürlerarası Farklılaşma ve Yönetim*. Ankara: Verso Yayınları.
152. Green, A. (2004). Caring behaviors as perceived by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 16(7), 283-290.
153. Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane D.M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nursing Outlook*, 50(5), 187–194.

154. Garman, A.N., Corrigan, P.W., Morris, S. (2002). Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3), 235–241.
155. Tzeng, H., Ketefian, S., Redman R. (2002). Relationship of nurses' assessment of organizational culture, job satisfaction, and patient satisfaction with nursing care. *International Journal of Nursing Studies*, 39(1), 79–84.
156. Vahey, D.C., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Clarke, S.P., Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care*, 42(2), 57–66.
157. Lee, M., Faucett, J., Holzemer, W.L., Larson, P.J. (2005). Do work stressors influence nurses in performing caring behaviors? *International Journal for Human Caring*, 9(2), 107.
158. Yang, K.P., Huang, C.K. (2005). The effects of staff nurses' morale on patient satisfaction. *The Journal of Nursing Research*, 13(2), 141–152.
159. AbuAlrub, R. (2007). Nursing shortage in Jordan: what is the solution? *Journal of Professional Nursing*, 23, 117–120.
160. He, T., Du, Y., Wang, L., Zhong, ZF., Ye, XC., Liu, XH. (2013). Perceptions of caring in China: patient and nurse questionnaire survey. *Int Nurs Rev.*, 60(4), 487-93.
161. Adams, D., Miller, B. (2001). Professionalism in nursing behaviors of nurse practitioners. *Journal of Professional Nursing*, 17, 203–210.
162. Van Mook, W. N., De Grave, W. S., Wass, V., O'Sullivan, H., Zwaveling, J. H., Schuwirth, L. W., Van der Vleuten, C. P. (2009). Professionalism: evolution of the concept, *Eur J Intern Med*, 20(4), 81 - 84.
163. Whitehead, D. (2005). Empirical or tacit knowledge as a basis for theory development?. *Journal of Clinical Nursing*, 14(2), 299–305.
164. Cypress, B. S. (2015). Theories guiding nursing research and practice: making nursing knowledge development explicit. *Nursing Philosophy*, 16(3), 167-169.
165. Flanagan, J. M. (2015). Nursing knowledge development-making the link. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 53.
166. Ranheim, A. (2009). Caring and its ethical aspects - an empirical philosophical dialogue on caring. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 78-85.

167. Brilowski, G.A., Wendler, M.C. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 641-650.
168. Watson, R., Stimpson, A., Topping, A., Porock, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 421-31.
169. Wilkin, K., Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 50-59.
170. Sochalski, J. (2001). Quality of care, nurse staffing and patient outcomes. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 2 (1), 9-18.
171. Karadağ, S., Taşcı, S. (2005). The factors affecting the nursing care given by the nurses working in kayseri state hospital. *Journal of Health Sciences*, 14, 13-21.
172. Lankshear, A., Sheldon, T., Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: A systematic review of the international evidence. *Advances in Nursing Science*, 28 (2), 163-174.
173. Mansoureh, Z., Tafreshi, M.P.Z., Abed, S. (2007). Nurses' perspectives on quality of nursing care: a qualitative study in Iran. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(4), 320 – 328.
174. Uğur, E., Abaan, S. (2008). Nurses' opinions about their quality of worklife and related factors. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*, 28(3): 297-310.
175. Kieft, R.A.M.M., de Brouwer, B.B.J.M., Francke, A.L., Delnoij, D.M.J. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 14,249.
176. Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 50(2):143-153.
177. Stone, P.W., et al. (2007). Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Medical Care*, 45(6): 571-578.
178. Saydam, A. (2005). *Algılama Yönetimi*. İstanbul: Rota Yay.
179. Metin, Ö., ve Özer, Ö.F. (2007). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 58-66.

180. Şahin, D., Turan, F.N., Alparıslan, N., Şahin, İ., Faikoğlu, R., G6rg6l6, A. (2008). Devlet Hastanesinde alışan Sağlık Personelinin T6kenmişlik D6zeyleri. *N6ropsikiyatri Arşivi*, 45, 116-21.
181. Akg6z, S., 6zakır, A., Kan, İ., Tombul, K., Altınsoy, Y., Sivrioğlu, Y. (2005). Uludağ 6niversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde alışan Hemşirelerin Mesleki Doyumları. *T6rkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics*, 13, 86-96.
182. Yıldız, N., Kanan, N. (2005). Yoğun Bakım 6nitelerinde alışan Hemşirelerde İş Doyumunu Etkileyen Fakt6rler. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 9, (1-2), 8-13.
183. Kahraman, G., Engin, E., D6lgerler, ř. ve 6zt6rk, E. (2011). Yoğun Bakım Hemşirelerinin İş Doyumları ve Etkileyen Fakt6rler, *Dokuz Eyl6l 6niversitesi Hemşirelik Y6ksekokulu Dergisi*, 4(1),12-18.

EKLER

Ek 1. Hemşireler İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Medeni durumunuz:
 - a) Evli
 - b) Bekâr
4. Çocuğunuz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
5. Sağlık sorunu nedeniyle bakmakla yükümlü olduğunuz bir yakınınız var mı?
 - a) Evet (Açıklayınız.....)
 - b) Hayır
6. En son hangi hemşirelik eğitim programından mezun oldunuz?
 - a. Sağlık Meslek Lisesi
 - b. Ön lisans Programı
 - c. Lisans Program
 - d. Örgün eğitim
 - e. Uzaktan eğitim
 - f. Lisansüstü eğitim programı
7. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?
 - a) 0- 1 yıl arası
 - b) 2-5 yıl arası
 - c) 6-10 yıl arası
 - d) 11-15 yıl arası
 - e) 16 – 20 yıl arası
 - f) 21 ve üzeri
8. Şu anda hangi birimde çalışıyorsunuz?

9. Bu birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz?

- a) 0- 1 yıl arası
- b) 2-5 yıl arası
- c) 6-10 yıl arası
- d) 11-15 yıl arası
- e) 16 – 20 yıl arası
- f) 21 ve üzeri

10. Kurumda çalışma şekliniz nedir?

- a) Sadece gündüz (08-16)
- b) Sadece gece nöbeti (16- 08)
- c) Gündüz ve gece vardiyalı

11. Kuruma hangi pozisyonda çalışıyorsunuz?

- a) Servis hemşiresi
- b) Servis sorumlu hemşiresi
- c) Eğitim hemşiresi
- d) Özel dal hemşiresi (yara bakımı, diabet, dializ, nütisyon v.b)
- e) Gözetmen hemşire (süpervisor)
- f) Diğer (belirtiniz

12. Hemşire olmaktan memnun musunuz?

- a) Memnunum
- b) Kısmen memnunum
- c) Memnun değilim

13. Herhangi bir meslek örgütüne üye misiniz?

- a) Evet

(Belirtiniz.....)

- b) Hayır

14. Son beş yıldır **hemşirelik / hemşirelik bakımı** ile ilgili herhangi bir bilimsel etkinliğe (kongre, kurs, konferans vb.) katıldınız mı?

- a) Evet (Katıldığınız programı/programları belirtiniz.....)
- b) Hayır

15. Son 5 yıldır **hemşirelik/ hemşirelik bakımı** ile ilgili herhangi bir yayın (makale, kitap vb.) okudunuz mu?

- a) Evet (okuduğunuz yayını belirtiniz.....)
- b) Hayır

16. Günde yaklaşık olarak kaç hastaya bakım veriyorsunuz?.....

17. Bir hastanın bakımıyla ilgili ortalama kaç saat harcıyorsunuz?.....

18. Çalışma saatleri içerisinde en çok yaptığınız işleri yazınız.

- a)
- b)
- c)
- d)

19. Hastalarınızın bakım gereksinimlerini belirlerken aşağıdakilerden hangisi/ hangilerini göz önüne alırsınız? Öncelik sırasına göre 1 ila 12 arasında numara belirterek işaretleyiniz.

| | |
|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemşirelik öyküsü | <input type="checkbox"/> Hekim istemi |
| <input type="checkbox"/> Hemşire gözlemleri | <input type="checkbox"/> Hastanın tıbbi tanısı |
| <input type="checkbox"/> Hastanın fiziksel muayenesi | <input type="checkbox"/> Hastanın tedavileri |
| <input type="checkbox"/> Hasta dosyasında bulunan bilgiler | <input type="checkbox"/> Hastanın genel görünümü |
| <input type="checkbox"/> Hastanın laboratuvar sonuçları | <input type="checkbox"/> Hastanın tercihleri |
| | <input type="checkbox"/> Hastanın yakınları |
| | <input type="checkbox"/> Diğer |

20. Aşağıdaki faktörlerden hangileri bakımın niteliğini etkilemektedir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- a) Hemşire sayısı
- b) Hasta sayısı
- c) Hemşirelerin eğitim düzeyi
- d) Çalışma saatlerinin uzun olması
- e) İşyükü fazlalığı
- f) Kurum kaynaklı nedenler (malzeme eksikliği v.b.)
- g) Hastanenin fiziki ortamı
- h) Görev, yetki ve sorumluluklarının belli olmaması
- i) Yasalar, kurum politikaları, sağlık politikaları
- j) Ekip içi iletişim
- k) Toplumun mesleğe karşı olumsuz yaklaşımı
- l) Diğer

- ()
- ()
- ()
- ()

Ek 2. Hastalar İçin Tanıtıcı Özellikler Formu

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz:
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Medeni Durumunuz:
 - a) Evli
 - b) Bekâr
4. Eğitim durumunuz:
 - a) İlköğretim mezunu
 - b) Lise mezunu
 - c) Üniversite mezunu
 - d) Lisansüstü mezunu
5. Mesleğiniz:
6. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
 - a. Kötü
 - b. Orta
 - c. İyi
7. Yaşadığınız yer:
 - a) Köy/kasaba/ile
 - b) Şehir merkezi
8. Evinizde kimlerle kalıyorsunuz?
 - a) Ailemle
 - b) Yalnız
 - c) Diğer (Belirtiniz.....)
9. Sağlık güvenceniz var mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
10. Daha önce hastaneye yattınız mı?
 - a) Evet
 - b) Hayır
11. Ne kadar süre yattınız?.....

12. Hangi tanıyla yattınız?.....
13. Kaç gündür bu hastanede yatıyorsunuz?.....
14. Yattığınız servis:
15. Tıbbi tanınız:.....
16. Kronik hastalığınız var mı?
- a) Evet
- b) Hayır (18. Soruya geçiniz)
17. Kronik hastalık durumunuz:
- a) Diyabet
- b) Hipertansiyon
- c) Kronik obstrüktif akciğer hastalığı
- d) Romatizmal hastalıklar
- e) Diğer.....
18. Fiziksel/ bedensel engeliniz var mı?
- a) Evet (Açıklayınız.....)
- b) Hayır
19. Sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
- a. Kötü
- b. Orta
- c. İyi
20. Şu an bakımınızla ilgili ihtiyaçlarınızı kendiniz karşılayabiliyor musunuz?
- a) Evet
- b) Kısmen / yardımla
- c) Hayır

21. Aşağıdaki aktiviteleri yapabilme durumunuzu değerlendiriniz.

| AKTİVİTE | BAĞIMLI | YARI BAĞIMLI | BAĞIMSIZ |
|----------------------------------|----------------|---------------------|-----------------|
| Yemek yeme | | | |
| Tuvalete gitme | | | |
| Hareket etme | | | |
| Hijyenik uygulamalar (Banyo vb.) | | | |
| Giyinme | | | |

22. Hastanede kaldığınız dönemde yanınızda refakatçi kalıyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

23. Şu an bakımınızla kim ilgileniyor?

- a) Refakatçim
- b) Hemşireler
- c) Hastabakıcılar
- d) Diğer

24. Şu an size verilen hemşirelik bakımından memnun musunuz?

- a) Evet
- b) Kısmen
- c) Hayır

25. Sizce nitelikli bir hemşirelik bakımı nasıl olmalıdır? Açıklayınız.

Ek 3. Caring Behaviors Inventory

Directions:

Please read the list of items that describe nurse caring. For each item, please *circle* the answer that stands for the extent that a nurse or nurses made caring visible during your last hospitalization.

1. Attentively listening to the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

2. Giving instructions or teaching the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

3. Treating the patient as an individual.

never almost never occasionally usually almost always always

4. Spending time with the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

5. Touching the patient to communicate caring.

never almost never occasionally usually almost always always

6. Being hopeful for the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

7. Giving the patient information so that he or she can make a decision.

never almost never occasionally usually almost always always

8. Showing respect for the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

9. Supporting the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

10. Calling the patient by his/her preferred name.

never almost never occasionally usually almost always always

11. Being honest with the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

12. Trusting the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

13. Being empathetic or identifying with the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

14. Helping the patient grow.

never almost never occasionally usually almost always always

15. Making the patient physically or emotionally comfortable.

never almost never occasionally usually almost always always

16. Being sensitive to the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

17. Being patient or tireless with the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

18. Helping the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

19. Knowing how to give shots, IVs, etc.

never almost never occasionally usually almost always always

20. Being confident with the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

21. Using a soft, gentle voice with the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

22. Demonstrating professional knowledge and skill.

never almost never occasionally usually almost always always

23. Watching over the patient.

never almost never occasionally usually almost always always

| | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|--------------|---------|---------------|--------|
| 24. Managing equipment skillfully. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 25. Being cheerful with the patient. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 26. Allowing the patient to express feelings about his or her disease and treatment. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 27. Including the patient in planning his or her care. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 28. Treating patient information confidentially. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 29. Providing a reassuring presence. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 30. Returning to the patient voluntarily. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 31. Talking with the patient. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 32. Encouraging the patient to call if there are problems. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 33. Meeting the patient's stated and unstated needs. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 34. Responding quickly to the patient's call. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 35. Appreciating the patient as a human being. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 36. Helping to reduce the patient's pain. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 37. Showing concern for the patient. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 38. Giving the patient's treatments and medications on time. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 39. Paying special attention to the patient during first times, as hospitalization, treatments. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 40. Relieving the patient's symptoms. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 41. Putting the patient first. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |
| 42. Giving good physical care. | never | almost never | occasionally | usually | almost always | always |

Ek 4. Bakım Davranışları Ölçeği-42 Alt Boyutları

| |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Respectful Deference to Other |
| 1- Attentively listening to the patient. 2- Giving instructions or teaching the patient. 3- Treating the patient as an individual. 4- Spending time with the patient. 7- Giving the patient information so that he or she can make a decision. 8- Showing respect for the patient. 9- Supporting the patient. 10- Calling the patient by his/her preferred name. 11- Being honest with the patient. 15- Making the patient physically or emotionally comfortable. 27- Including the patient in planning his or her care. 28- Treating patient information confidentially. |
| Assurance of Human Presence |
| 16- Being sensitive to the patient. 18- Helping the patient. 26- Allowing the patient to express feelings about his or her disease and treatment. 29- Providing a reassuring presence. 30- Returning to the patient voluntarily. 31- Talking with the patient. 32- Encouraging the patient to call if there are problems. 33- Meeting the patient's stated and unstated needs. 34- Responding quickly to the patient's call. 35- Appreciating the patient as a human being. 36- Helping to reduce the patient's pain. 37- Showing concern for the patient. |
| Positive Connectedness |
| 5- Touching the patient to communicate caring. 6- Being hopeful for the patient. 12- Trusting the patient. 13- Being empathetic or identifying with the patient. 14- Helping the patient grow. 17- Being patient or tireless with the patient. 21- Using a soft, gentle voice with the patient. 23- Watching over the patient. 25- Being cheerful with the patient. |
| Professional Knowledge |
| 19- Knowing how to give shots, IVs, etc. 20- Being confident with the patient. 22- Demonstrating professional knowledge and skill. 24- Managing equipment skillfully 38- Giving the patient's treatments and medications on time. |
| Attentive to Others Experiences |
| 39- Paying special attention to the patient during first times, as hospitalization, treatments. 40- Relieving the patient's symptoms 41- Putting the patient first. 42- Giving good physical care. |

**Ek 5. Zane Robinson Wolf'un Envanterin Orijinali ve Kullanımı için
Elektronik Posta Yoluyla Verdiği İzin**

Dear Dr. Dinç:

I own the copyright to all versions of the Caring Behaviors Inventory.

I give Şenay Gül permission to use the CBI in her dissertation research and am appending a release form and versions for her use.

I receive a lot of email and apologize for the oversight.

Best wishes,

Zane Robinson Wolf, PhD, RN, FAAN

Dean Emerita and Professor

School of Nursing and Health Sciences

La Salle University

Editor, International Journal for Human Caring

St. Benilde Tower 3330

1900 West Olney Avenue

Philadelphia, PA 19141

215 991 2273

215 991 2941 (Fax)

wolf@lasalle.edu

Ek 6. Derinlemesine Görüşme Formu

Merhaba, ismim Şenay Gül. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında doktora öğrencisiyim. Bu çalışma “*Bakım Kavramının Analizi: Hemşire ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi*” başlıklı doktora tez çalışmasının üçüncü aşamasını oluşturmaktadır.

Çalışmanın amacı, hemşirelerin bakım kavramına ilişkin algılamalarının incelenmesi suretiyle bakımın kapsamlı bir analizini yapmaktır. Bu araştırma çerçevesinde, sizden, bakım kavramıyla ve bakımın ahlaki boyutuyla ilgili deneyimlerinizi, duygularınızı ve düşüncelerinizi paylaşmanızı isteyeceğim. Bu görüşme sizin gönüllü katılımınız ile yürütülecektir. Görüşme esnasında istemediğiniz konularda konuşmayabilirsiniz, aynı şekilde görüşmenin herhangi bir yerinde durmaktan çekinmeyin. Çalışma sonucunda isminiz gizli kalacak, kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır. Görüşmemiz yaklaşık 1-1,5 saat sürecektir. Görüşmede söylediğiniz herşeyi not almak zor olacağı için görüşmemizi kaydetmek istiyorum. Görüşmeyi kabul ettiğiniz ve kayda izin verdiğiniz için teşekkür ediyorum. Görüşme soruları:

- Şu anda çalıştığınız klinik ve bu klinikte kaç yıldır çalışıyorsunuz?
- Bakımı tarif eder misiniz? Genel anlamda bakım sizce nedir?
- Hemşirelik bakımını nasıl tanımlarsınız? Örneğin hemşirelik bakımını diğer bakım hizmetlerinden, örneğin evde veya kreşte çocuk bakımı, yaşlı bakımı vb. nasıl ayırt edersiniz?
- Bakımın nitelikli bir bakım olabilmesi için önkoşullar nelerdir? Nitelikli bakımın özellikleri neler olmalıdır?
- Bakım nitelikli sunulduğu takdirde bunun yararları / sonuçları nelerdir?
- Bakımın ahlaki bir yönü var mıdır ve **empati, sempati, duyarlılık, sorumluluk, özen (ilgi), güven gibi kavramların bakım ilişkisindeki önemi nedir?**
- Hemşire- hasta arasındaki ilişkinin yapısı/ niteliğini göz önünde bulundurarak dışarıdan bakmak yerine ona içeriden onunla birlikte bakmak ne anlama geliyor sizin için?
- Mesleki yaşantınızda bakım verirken unutamadığınız bir anınız var mı kısaca açıklayabilir misiniz?

Ek 7. Bakım Davranışları Ölçeği- 30

Hemşirelik bakımıyla ilgili verilen ifadeleri okuyunuz. Hemşirelik bakım davranışıyla ilgili şuan size göre en uygun olan önermeyi işaretleyiniz.

1. **Hastayı bilgilendirir veya hastaya öğretim yapar.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
2. **Hastaya bir birey gibi muamele eder.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
3. **Hastanın karar vermesini sağlamak için bilgilendirir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
4. **Hastayı destekler.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
5. **Hastaya karşı dürüştür.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
6. **Hastayla empati kurar.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
7. **Hastanın gelişmesine/ güçlenmesine yardım eder.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
8. **Hastanın fiziksel ya da ruhsal olarak rahatlamasını sağlar.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
9. **Hastaya karşı sabırlı ve gayretlidir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
10. **Hastayı kendi bakımını planlamasına dahil eder.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
11. **Hastanın karşısında kendinden emindir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
12. **Hastayla yumuşak ve nazik bir ses tonuyla konuşur.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
13. **Profesyonel bilgi ve becerilerini gösterir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
14. **Hastayı gözetir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
15. **Ekipmanları beceriyle kullanır.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
16. **Hastaya karşı güleryüzlüdür.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
17. **Hastanın bilgilerini gizli tutar.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
18. **Güven verici bir duruş sergiler.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
19. **Hastaya bir insan olarak değer verir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
20. **Hastanın tedavisini ve ilaçlarını zamanında uygular.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman

21. **Hastayla gönüllü olarak ilgilenir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
22. **Hastayla konuşur.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
23. **Sorunları olduğunda haber vermesi için hastayı teşvik eder.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
24. **Hastanın dile getirdiği ve getiremediği gereksinimlerini karşılar.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
25. **Hastanın çağrısına çabucak cevap verir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
26. **Hastaya ilgi gösterir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
27. **Hastanın hastaneye yattığı ve tedaviye başladığı ilk zamanlarda özel ilgi gösterir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
28. **Hastanın rahatsızlık belirtilerini hafifletir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
29. **Hastaya öncelik verir.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman
30. **İyi bir fiziksel bakım sağlar.**
()Hiç ()nadiren ()bazen ()genellikle ()neredeysse her zaman ()her zaman

Ek 8. Bakım Davranışları Ölçeği- 30 Alt Boyutları

| Madde Numarası | Ölçek Alt Boyutları ve Maddeleri |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Başkalarına Saygı | |
| 1 | Hastayı bilgilendirir veya hastaya öğretim yapar. |
| 2 | Hastaya bir birey gibi muamele eder. |
| 3 | Hastanın karar vermesini sağlamak için bilgilendirir. |
| 4 | Hastayı destekler. |
| 5 | Hastaya karşı dürüştür. |
| 6 | Hastayla empati kurar. |
| 7 | Hastanın gelişmesine/ güçlenmesine yardım eder. |
| 8 | Hastanın fiziksel ya da ruhsal olarak rahatlamasını sağlar. |
| 9 | Hastaya karşı sabırlı ve gayretlidir. |
| 10 | Hastayı kendi bakımını planlamasına dahil eder. |
| Profesyonel Bilgi ve Tutum | |
| 11 | Hastanın karşısında kendinden emindir. |
| 12 | Hastayla yumuşak ve nazik bir ses tonuyla konuşur. |
| 13 | Profesyonel bilgi ve becerilerini gösterir. |
| 14 | Hastayı gözetir. |
| 15 | Ekipmanları beceriyle kullanır. |
| 16 | Hastaya karşı güleryüzlüdür. |
| 17 | Hastanın bilgilerini gizli tutar. |
| 18 | Güven verici bir duruş sergiler. |
| 19 | Hastaya bir insan olarak değer verir. |
| 20 | Hastanın tedavisini ve ilaçlarını zamanında uygular. |
| Birey İçin Ulaşılabilir Olma | |
| 21 | Hastayla gönüllü olarak ilgilenir. |
| 22 | Hastayla konuşur. |
| 23 | Sorunları olduğunda haber vermesi için hastayı teşvik eder. |
| 24 | Hastanın dile getirdiği ve getiremediği gereksinimlerini karşılar. |
| 25 | Hastanın çağrısına çabucak cevap verir. |
| 26 | Hastaya ilgi gösterir. |
| 27 | Hastanın hastaneye yattığı ve tedaviye başladığı ilk zamanlarda özel ilgi gösterir. |
| 28 | Hastanın rahatsızlık belirtilerini hafifletir. |
| 29 | Hastaya öncelik verir. |
| 30 | İyi bir fiziksel bakım sağlar. |

EK 9. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Önerisi Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Sayı: 72924032-123

Konu: ŞENAY GÜL'ÜN TEZ ÖNERİSİ HK.

HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA,

Anabilim Dalınız doktora öğrencisi Şenay GÜL' ün, "H.Ü. Lisansüstü Eğitim- Öğretim ve Sınav Yönetmeliği" nin ilgili maddesi gereğince saptanan "BAKIM KAVRAMININ ANALİZİ: HEMŞİRE VE HASTALARIN BAKIM KAVRAMINA İLİŞKİN ALGILAMALARININ İNCELENMESİ" konulu tezi üzerinde çalışmaya başlaması, Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr. ÜMİT YAŞAR
Enstitü Müdür Yrd.

Enstitü Sekreteri : S. SALURVAN (Paraf)



Ek 10. Etik Kurul Onayı



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

Sayı : 16969557 -309

10 Mart 2014

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 05.03.2014 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2014/04
Proje No : GO 14/ 148 (Değerlendirme Tarihi 05.03.2014)
Karar No : GO 14/ 148- 28


Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof.Dr.Leyla DİNÇ'in sorumlu araştırmacı olduğu Arş.Gör.Şenay GÜL'ün tezi olan GO 14/148 kayıt numaralı ve "**Bakım Kavramının Analizi: Hemşirelerin ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılamalarının İncelenmesi**" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|----------|--------------------------------------|--|-------|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu | | (Başkan) | 9 Prof. Dr. Melahat Görduysus | | (Üye) |
| GÖREVLİ | | | GÖREVLİ | | |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken | | (Üye) | 10. Prof. Dr. Cansın Saçkesen | | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yılmaz Sara | | (Üye) | 11. Prof. Dr. R. Köksal Özgül | | (Üye) |
| GÖREVLİ | | | 12. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan | | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu | | (Üye) | 13 Doç. Dr. S. Kutay Demirkan | | (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sökmensüer | | (Üye) | GÖREVLİ | | |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay | | (Üye) | 14. Prof. Dr Leyla Dinç | | (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Songül Vaizoğlu | | (Üye) | 15. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl | | (Üye) |
| 8. Prof. Dr. Yılmaz Selim Erdal | | (Üye) | RAPORLU | | |
| | | | 16. Av. Meltem Onurlu | | (Üye) |

Ek 11. Çalışmanın Yapılacağı Kurumlardan Alınan İzinler

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı :74897384/
Konu :Araştırma İzni
Şenay GÜL

T. C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği
20.01.2014 09:37 Giden No: 1666


HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesine

İlgi: a) Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinin 15.01.2014 tarih ve 51986023/62 sayılı yazınız

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı doktora öğrencisi Şenay GÜL'ün "Bakım Kavramının Analizi: Hemşire ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılamalarının İncelenmesi" konulu doktora tez çalışmasını ekteki formlar ve envanterler vasıtasıyla Birliğimize bağlı Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Ankara Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.


Dr. Murat PARPUCU
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EKLER:

-20 sayfa

DAĞITIM

- Atatürk Göğüs Hast. EAH
- Dr. A. Yurtaslan Onkoloji EAH
- Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (ek konulmadı)



T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hastaneler Başhekimliği
İbni Sina Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Hastane Müdürlüğü, Yazı İşleri Birimi



Sayı : 96487027-044/3021

30.01.2014

Konu : Şenay Gül'ün tez çalışması

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(HEMŞİRELİK FAÜLTESİ)

İlgi : 15.01.2014 tarih ve 60 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi Anabilim Dalı doktora öğrencisi Şenay GÜL'ün, "Bakım Kavramının Analizi:Hemşire ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılamalarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof.Dr.M. Bahaddin GÜZEL
Başhekim

Memur : A.KOÇ
Birim Sorumlusu : B.ÖZÇELİK
Hastane Müdürü Vekili : Y.ÖZATKAN

Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Mah.Talatpaşa Bulvarı, No: 48/50 Sıhhiye Altındağ/ANKARA
Telefon No : (312) 310 33 33 Belgegeçer No : (312) 310 63 71
e-posta : bashekimlik1@medicine.ankara.edu.tr internet adresi : -

Ayrıntılı bilgi için:
A.KOÇ
Memur



T. C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
Gazi Hastanesi Başhekimliği



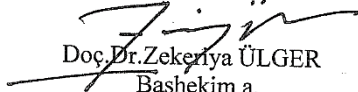
Sayı : 90005124 / 188
Konu : Tez Çalışması

28...01./2014

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
(Hemşirelik Fakültesi)

İlgi: 15.01.2014 tarih ve 59 sayılı yazınız.

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı doktora öğrencisi Şenay GÜL'ün "Bakım Kavramının Analizi: Hemşire ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılamalarının İncelenmesi" konulu tez çalışması Hastanemizde yapması uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.


Doç. Dr. Zekeriya ÜLGER
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi
06510 Beşevler/ANKARA
e-mail: hastane@gazi.edu.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin:
Yazı İşleri Birimi
Tel : 0312 202 50 85
Fax : 0312 222 05 20



T.C.

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ BİRİMLERİ YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI
Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü

Sayı: 20481383-975/145

17/01/2014

Konu: Şenay GÜL'ün tez çalışması hk.

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanlığına

İlgi : 15.01.2014 tarih ve 51986023/58 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız doktora öğrencisi Şenay GÜL'ün "Bakım Kavramının Analizi: Hemşire ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılamalarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasını hastanelerimizde yapma isteği Etik Kurul onay verdikten sonra müdürlüğümüzce uygun bulunmaktadır.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

SEVGÜL ÖZDEMİR
Erişkin Hastanesi Hemşirelik
Hizmetleri Müdürü





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

27.01.2014* 03862

Sayı :85346189
Konu : Araştırma-Şenay GÜL

HACETTEPE ÜNİ.....
Hemşirelik Fakültesi

İlgi: Hacettepe Üniversitesi'nin 15/01/2014 tarih ve 61 sayılı yazısı.

Üniversiteniz Hemşirelik Fakültesi doktora öğrencisi Şenay GÜL tarafından yürütülecek olan, "Bakım Kavramının Analizi: Hemşire ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılamalarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasını yapılabilmesi için, gerçekleştirilecek üç aşamalı araştırmanın, Genel Sekreterliğimize bağlı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ve Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması, hizmeti aksatılmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, araştırmanın amacı, yöntemi, kapsamı, süresi, araştırma metodu ve kavramsal çerçevesini açıklayan bilgiler göz önünde bulundurularak, yapılacak çalışmanın sonucunun Bakanlığımız bilgisi dışında ilan edilmemesi ve bir örneğinin Genel Sekreterliğimize gönderilmesi kaydıyla tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

İşlt. Üm. Recep TURGAY
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

DAĞITIM :

Gereği :

Ankara EAH
Numune EAH
Dışkapı Yıl. Bey. EAH
ZTB EAH

Bilgi :

Hacettepe Üni./Hemşirelik Fakültesi(Ek konulmadı)

Ek 12. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hastalar İçin Aydınlatılmış Onam Formu

(Araştırmacının Açıklaması)

Bakım kavramının analizi ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Bakım Kavramının Analizi: Hemşirelerin ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, hemşire ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılamalarının incelenmesi suretiyle bakımın kapsamlı bir analizini yapmaktır. Araştırma üç aşamada gerçekleştirilecektir. Araştırmanın bu aşamasında BDÖ-42'nin Türkçe 'ye uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılacaktır.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmaya katılmanız hemşirelik bakımı ve algısına ilişkin yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Arş. Gör. Şenay Gül tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı
araştırmacı**

Görüşme tanığı

Katılımcı ile görüşen

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adres:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

İmza:

Ek 13. Araştırmanın Birinci Aşamasında Yer Alan Hemşireler İçin Aydınlatılmış Onam Formu

(Araştırmacının Açıklaması)

Bakım kavramının analizi ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Bakım Kavramının Analizi: Hemşirelerin ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, hemşire ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılamalarının incelenmesi suretiyle bakımın kapsamlı bir analizini yapmaktır. Araştırma üç aşamada gerçekleştirilecektir. Araştırmanın bu aşamasında Bakım Davranışları Ölçeği-42'nin (BDÖ-42) Türkçe 'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılacaktır.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmaya katılmanız hemşirelik bakımı ve algısına ilişkin yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Arş. Gör. Şenay Gül tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı
araştırmacı**

Görüşme tanığı

Katılımcı ile görüşen

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adres:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

İmza:

Ek 14. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hastalar İçin Aydınlatılmış Onam Formu

(Araştırmacının Açıklaması)

Bakım kavramının analizi ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Bakım Kavramının Analizi: Hemşire ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, hemşire ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılamalarının incelenmesi suretiyle bakımın kapsamlı bir analizini yapmaktır. Araştırma üç aşamada gerçekleştirilecektir. Araştırmanın bu aşamasında Bakım Davranışları Ölçeği-30’un (BDÖ-30) uygulaması çalışması yapılacaktır.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmaya katılmanız hemşirelik bakımı ve algısına ilişkin yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Arş. Gör. Şenay Gül tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı
araştırmacı**

Görüşme tanığı

Katılımcı ile görüşen

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adres:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

İmza:

Ek 15. Araştırmanın İkinci Aşamasında Yer Alan Hemşireler İçin Aydınlatılmış Onam Formu

(Araştırmacının Açıklaması)

Bakım kavramının analizi ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Bakım Kavramının Analizi: Hemşire ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, hemşire ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılamalarının incelenmesi suretiyle bakımın kapsamlı bir analizini yapmaktır. Araştırma üç aşamada gerçekleştirilecektir. Araştırmanın bu aşamasında Bakım Davranışları Ölçeği-30’un (BDÖ-30) uygulaması çalışması yapılacaktır.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmaya katılmanız hemşirelik bakımı ve algısına ilişkin yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Arş. Gör. Şenay Gül tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı
araştırmacı**

Görüşme tanığı

Katılımcı ile görüşen

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adres:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

İmza:

Ek 16. Araştırmanın Üçüncü Aşamasında Yer Alan Hemşireler İçin Aydınlatılmış Onam Formu

(Araştırmacının Açıklaması)

Bakım kavramının analizi ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Bakım Kavramının Analizi: Hemşire ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, hemşire ve hastaların bakım kavramına ilişkin algılamalarının incelenmesi suretiyle bakımın kapsamlı bir analizini yapmaktır. Araştırma üç aşamada gerçekleştirilecektir. Araştırmanın bu aşaması fenomenolojik niteliksel araştırma aşamasıdır. Bu aşamada yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak derinlemesine görüşme yapılacaktır.

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Araştırmaya katılmanız hemşirelik bakımı ve algısına ilişkin yapılacak çalışmalara katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Sayın Arş. Gör. Şenay Gül tarafından Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı doktora tezi olarak bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim)

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

**Katılımcı
araştırmacı**

Görüşme tanığı

Katılımcı ile görüşen

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adı, soyadı:

Adres:

Adres:

Adres:

Tel:

Tel:

Tel:

İmza:

İmza:

İmza:

Ek 17. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1982 yılında Ankara’da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Ankara’da tamamlamıştır. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümü’nden 2009 yılında mezun olmuştur. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı’nda 2011 yılında yüksek lisansını tamamlamıştır. 2011 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Doktora Programı’na başlamıştır. 2013 yılında Öğretim Üyesi Yetiřtirme Programı 33. madde kapsamında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı’na araştırma görevlisi olarak atanmıştır. Aynı zamanda Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Doktora Programı öğrencisidir.