

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak
Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya
(sol yandaki gibi) olacak .



← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;
Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

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

(DOKTORA TEZİ)

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BAKIM
DAVRANIŞLARINI ALGILAMALARI**

ZEHRA ESKİMEZ

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. RENGİN ACAROĞLU**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

İSTANBUL-2012

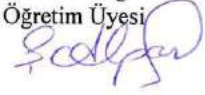
TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Programında Zehra Eskimez tarafından hazırlanan Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

13 / 07 / 2012

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
1.Prof.Dr.Şule Ecevit Alpar (Tez İzleme Komite Üyesi) Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



2.Doç.Dr.Rengin Acaroğlu (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



3.Prof.Dr.Nevin Kanan İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



4.Doç.Dr.Merdiye Şendir İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



5.Yard. Doç. Dr. İkbâl Çavdar İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Cerrahi Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Zehra Eskimez (İmza)

İTHAF

“Dünyada en değerli varlığım olan Canım Aileme ithaf ediyorum...”

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışman hocam Doç. Dr. Rengin Acaroğlu'na,

Değerli bilgi ve deneyimleri ile beni aydınlatan ve katkılarını esirgemeyen Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı öğretim üyesi hocalarımdan başta Prof. Dr. Türkinaz Atabek Aştı olmak üzere Doç. Dr. Merdiye Şendir, Doç. Dr. Nurten Kaya ve Yard. Doç. Dr. Hatice Kaya hocalarıma,

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar hocama,

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu ve Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğretim elemanları ve öğrencilerine,

Hayatımın her anında destek ve sevgilerini yanımda hissettiğim, bana güç veren ve varlıkları ile hayatıma anlam katan canım aileme, özellikle annem Ayşe Eskimez ve babam Haydar Eskimez'e,

Ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese en içten duygularıyla ve tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	X
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	Xİİ
ÖZET	Xİİİ
ABSTRACT.....	XİV
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. HEMŞİRELİK TARİHSEL SÜRECİNDE “BAKIM”.....	4
2.2. HEMŞİRELİK VE BAKIM KAVRAMI.....	8
2.3. HEMŞİRE LİDERLERİN BAKIM TANIMLARI.....	12
2.4. BAKIM EYLEMİNİN TEMEL BİLEŞENLERİ	16
2.4.1. İlişki	18
2.4.2. Davranış	19
2.4.3. Tutum.....	25
2.4.4. Kabul Etme	25
2.4.5. Değişkenlik	26
2.5. BAKIM KAVRAMI VE HEMŞİRE KURAMCILAR	29
2.5.1. Margaret Jean Watson (1940-..): “ <i>Bakım Felsefesi ve Bilimi</i> ” “1975, 1988, 2002”	30
2.5.2. Simone Roach: “ <i>Bakımın Kavramsallaştırılması</i> ” “1984-1987”	32
2.5.3. Anne Boykin (1944-...) ve Savina O. Schoenhofer (1940-...): “ <i>Bakım Verici Olarak Hemşirelik</i> ” “1990-1993”	32
2.5.4. Kari Martinsen (1943-...): “ <i>Bakım Felsefesi</i> ” “1970- 1996”	33
2.5.5. Kristen M.Swanson (1953-...): “ <i>Bakım Kuramı</i> ” “1991-1999”	34
2.5.6. Katie Eriksson (1943-...): “ <i>İyileştirici (Caritative) Bakım Kuramı</i> ” “1970-2003”	35

2.5.7. Madeleine Leininger (1920-...): “ <i>Bakımda Kültürel Farklılık ve Evrensellik</i> ” “1950-1995”	37
2.6. BAKIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ	39
2.7. HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE “BAKIM”	41
3. GEREÇ VE YÖNTEM	45
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI	45
3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI	45
3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	45
3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ	45
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	46
3.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI	46
3.6.1. Veri Toplama Araçları	46
3.6.1.1. Bilgi Formu	46
3.6.1.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği- BDÖ (Caring Assessment Questionnaire/Care-Q)	47
3.6.1.3. Ölçeğin (BDÖ) Dil ve Kapsam-İçerik Geçerliği	49
3.6.1.4. Ölçeğin Yapı Geçerliği	49
3.6.1.5. Ölçeğin Güvenirliği	50
3.6.2. Veri Toplama Yöntemleri	50
3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	51
3.8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNÜ	51
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ	51
3.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	52
4. BULGULAR	53
4.1. BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ’NİN (BDÖ) GEÇERLİK-GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR	54
4.1.1. Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin (BDÖ) Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulgular	54
4.1.1.1. Ölçeğin (BDÖ) Dil ve Kapsam-İçerik Geçerliği	54
4.1.1.2. Yapı Geçerliği	55
4.1.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği’nin (BDÖ) Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular	57
4.1.2.1. Test- Tekrar Test Güvenirliği	57

4.1.2.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Madde Analizi	58
4.1.2.3. İç Tutarlılık.....	61
4.2. HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BAKIM DAVRANIŞLARINI ALGILAMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR	62
4.2.1. Öğrencilerin Bireysel Özellikleri	62
4.2.2. Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri ve Bakıma İlişkin Görüşleri.....	63
4.2.3. Öğrencilerin Bakım Davranışlarını Algılama Durumları	65
4.2.4. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine Göre Bakım Davranışını Algılama Durumları	68
4.2.5. Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri, Bakıma İlişkin Görüş ve Deneyimlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumları.....	70
5. TARTIŞMA	74
5.1. BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN (BDÖ) GEÇERLİK-GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	76
5.1.1. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	77
5.1.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	80
5.2. HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BAKIM DAVRANIŞLARINI ALGILAMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI	83
5.2.1. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	83
5.2.2. Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri ve Bakıma İlişkin Görüşlerini İçeren Bulguların Tartışılması	84
5.2.3. Öğrencilerin Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	87
5.2.4. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	93
5.2.5. Öğrencilerin Mesleki Düşünce, Bakıma İlişkin Görüş ve Deneyimlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	95
KAYNAKLAR	103
FORMLAR	117
Ek 1: Bilgi Formu	117
Ek 2: Bakım Değerlendirme Ölçeği-BDÖ (Caring Assessment Questionnaire-Care-Q)	119

Ek 3: Araştırmanın Gerçekleştirildiği Kurumların Verdiği İzin Yazıları	125
Ek 4: Bakım Değerlendirme Ölçeği (Assessment Questionnaire-Care-Q) Kullanım İzni	128
Ek 5: Bakım Değerlendirme Ölçeği (Assessment Questionnaire-Care-Q)'nin Kapsam-İçerik Geçerliği İçin Görüşü Alınan Uzmanlar *	129
ÖZGEÇMİŞ	130

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Birey Merkezli Bakımın Ölçütleri	27
Tablo 3-1: Araştırma Verilerinin İstatiksel Analizi	52
Tablo 4-1: Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucunda Uyumluluk Değerleri	56
Tablo 4-2: Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Korelasyonları (n= 75).....	57
Tablo 4-3: Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (N= 250).....	58
Tablo 4-4: Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları ile Korelasyonları (n= 250).....	60
Tablo 4-5: Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n= 250).....	61
Tablo 4-6: Öğrencilerin Bireysel Özellikleri (n=594)	62
Tablo 4-7: Öğrencilerin Mesleği Seçme Nedenine İlişkin Bulgular (n= 594)	63
Tablo 4-8: Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri	64
Tablo 4-9: Öğrencilerin Bakım Deneyimlerini İçeren Bulgular (n= 594).....	64
Tablo 4-10: Öğrencilerinin Bakım Değerlendirme Ölçeği'nden (BDÖ) Aldıkları Puanlar (n= 594).....	65
Tablo 4-11: Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) Maddelerinin Sıklık-Önem Sıralamasına İlişkin Bulgular (n= 594).....	66
Tablo 4-12: Öğrencilerin Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=594).....	68
Tablo 4-13: Öğrencilerin Mesleki Düşünce ve Bakıma İlişkin Görüşlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılamaları (n=594)	70
Tablo 4-14: Öğrencilerin Bakıma İlişkin Deneyimlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılamaları (n=594)	72

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Üç Hemşirelik Kavramı Üzerine Temellenen Hemşirelik Uygulamasının Kuramsal Çerçevesi.	28
Şekil 2-2: Leininger'in Gün Doğumu Modeli ile Transkültürel Bakım	38
Şekil 4-1: Bakım Değerlendirmenin Ölçeği'nin (BDÖ) Doğrulayıcı Faktör Analizi	55

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

AGFI: Adjusted Goodness-of-Fit-Index (Uyarlanmış Uyum İyiliği İndeksi)

BDÖ: Bakım Değerlendirme Ölçeği

Care-Q: Caring Assessment Questionnaire (Bakım Değerlendirme Ölçeği)

CFI: Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)

CVI: Content Validity Index (Kapsam Geçerlilik İndeksi)

GFI: Goodness Fit Index (Uyum İyiliği İndeksi)

HHBAÖ: Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği

ICS: Individualized Care Scale (Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-BBS)

MMBDÖ: Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği

M.S.: Milattan Sonra

NNFI: Normed Fit Index (Normlanmış Uyum İndeksi)

RMSEA: Root mean Square Error of Aproximation (Yaklaşık Artık Kareler Ortalamasının Karekökü)

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SRMR: Standartlaştırılmış Kalıntı Kareleri Ortalamasının Karekökü

TDK: Türk Dil Kurumu

ÖZET

Eskimez, Z. (2012). Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları AD. Doktora Tezi. İstanbul.

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarına yönelik algılarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişkilendirici; Bakım Değerlendirme Ölçeği-BDÖ'nün (Caring Assessment Questionnaire-Care-Q) Türkçe şeklinin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacı ile metodolojik tipte gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, İstanbul İlinde bulunan devlet üniversitelerine bağlı hemşirelik bölümlerinde öğrenimlerini sürdüren öğrenciler (N=841), örneklem grubunu ise bu okullardaki 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri (n=594) oluşturdu. Araştırma verileri, "Bilgi Formu" ve "BDÖ" kullanılarak toplandı. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 10.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

Ölçeğin (BDÖ) geçerlik- güvenilirlik çalışması doğrultusunda, Ki-kare uyum istatistiği değeri=2.61 ve Uyum iyiliği değeri RMSEA=0.080, test-tekrar test korelasyonu $r=0,42-0,59$; Cronbach alfa= $0,79-0,92$; Madde toplam korelasyonu $r =0,62-0,84$ ($p<0.001$) değerleri ile ülkemiz için kullanılabilir geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu görüldü.

Öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalaması $5,26\pm 0,79$ bulundu. Alt boyutların puan ortalamalarının sırasıyla, "Gözlemler ve İzlemler" ($5,50\pm 0,92$), "Güven Verici İletişim" ($5,44\pm 0,85$), "Konfor" ($5,36\pm 0,84$), "Ulaşılabilirlik" ($5,00\pm 0,97$), "Açıklamalar ve Olanaklar" ($5,00\pm 1,05$) ve "Beklentiler" ($4,72\pm 1,22$) alt boyutunda olduğu saptandı.

Sonuç olarak, BDÖ'nün Türkçe şeklinin ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu saptandı. Öğrencilerin bakım davranışları algıları iyi olarak nitelendirilebilecek bir düzeyde idi. Öğrencilerde, zaman içinde deneyimle geliştirilebilecek eleştirel düşünme ve karar verme becerilerini içeren bakım davranışlarının diğerlerine göre daha az sıklıkla uygulandığı görüldü. Cinsiyet, mezun olunan okul, hemşireliği isteyerek seçme gibi faktörlerin öğrencilerin bakım algılarını etkilediği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Hemşirelik, Bakım Değerlendirme Ölçeği, Geçerlik, Güvenirlik.

ABSTRACT

Eskimez, Z. (2012). Perceptions of Nursing Students for Caring Behaviors. İstanbul University, Institute of Health Sciences, Fundamentals of Nursing Division, PhD. Thesis. İstanbul.

The research was performed in a way of descriptive and correlative type in order to determine the perceptions of nursing students for caring behaviors and in a way of methodological type in order to evaluate the validity and reliability of Caring Assessment Questionnaire-Care-Q Turkish form for our country. The population of the research consisted of the students who continue their education in the nursing departments subject to state universities in İstanbul (N=841) and the sample group consisted of 2nd, 3rd, and 4th grade students (n=594) in these schools. Research data were collected using “Information Form” and “Care-Q”. The data derived from the research were analyzed using SPSS 10.0 package software.

In accordance with assessment for validity and reliability of the scale (Care-Q), it was seen that is usable valid and reliable instrument for our country with Chi-Squared statistics value = 2,61, Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA) = 0,080, test-retest correlation $r = 0,42-0,59$, Cronbach’s Alpha = 0,79-.92, item total-correlation $r = 0,62-0,84$ ($p < 0,001$) values.

The average Care-Q of total points of students was found as $5,26 \pm 0,79$. The point averages of subscales were determined as “Monitors and follows through” ($5,50 \pm 0,92$), “Trusting relationship” ($5,44 \pm 0,85$), “Comfort” ($5,36 \pm 0,84$), “Accessible” ($5,00 \pm 0,97$), “Explains and facilitates” ($5,00 \pm 1,05$), and “Anticipates” ($4,72 \pm 1,22$) in the subscale.

Consequently the Turkish form of Care-Q was determined as a valid and reliable assessment for our country. The caring behaviors of the students were in a level to be qualified their perceptions as good. It was seen in students that the caring behaviors consisting of critical thinking and decision skills to be improved with experience in time were applied less frequently than the others. It was determined that the factors such as gender, alma mater, voluntarily choosing of the nursing affect the caring perceptions of the students.

Keywords: Caring, Nursing, Caring Assessment Questionnaire, Validity, Reliability.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşirelik, birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme ya da yetersizlikleri ile başatmesine yardımcı amaçlayan, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir. Hemşirelik bilim ve sanatının odağını, sağlıklı/hasta bireye yönelik bakım oluşturur. Bakım, hemşirelik mesleğinin varoluş nedeni ve önemli yapı taşıdır (Acaroğlu 2003, Babadağ 1997, Potter ve Perry 2009, Devineni 2008).

Birey sağlık, esenlik, rahatsızlık, hastalık ve ölümlerle noktalanmış dizgilerden yaşam deneyimlerinin herhangi bir noktasında, bakıma gereksinim duyar (Acaroğlu 2003, Babadağ 1997, Potter ve Perry 2009). Bu bağlamda hemşire, sağlıklı/hasta bireyin insancıl özelliklerini dikkate alarak ve bütüncül değerlendirerek, bireysel gereksinimlerinin karşılanmasında bireyle birlikte doğru, uygun ve gerçekçi bakım eylemini sağlar ve sürdürür. Hemşirenin bakım verme eylemi, mesleki bilgi, beceri, yetenek ve deneyimleri ile gerçekleştirdiği bağımsız bir işlevidir ve hemşirenin koruma, rahatlatma ve bilgilendirme gibi eylemlerinin tümünde değişen ölçülerde yer alır (Babadağ 1997, Şahin 2006, Birol 2005).

Tanımlanması ve açıklanması güç olan bakım, insanın varoluşundan günümüze dek tüm kültürler için geçerli bir kavramdır (Bassett 2001, Khademian ve Vizesfar 2008). Literatürde bakımın genellikle, sağlıklı/hasta birey ile hemşire arasındaki iletişime temellendiği vurgulanır ve bilişsel, duyuşsal alanlar ve psiko-motor becerileri kapsadığı vurgulanır. Bilişsel alan, akıl yürütme ve eleştirel düşünmeyi; duyuşsal alan, güvenin sağlanması, doğruluk ve sadakati; psiko-motor beceriler ise bilişsel ve duyuşsal alanların tümleştiği beceri eylemlerini içerir (Khademian ve Vizesfar 2008). Bakım kavramının kapsadığı bu özelliklerin uygulamaya aktarılması, bakımın, soyut ve duyuşsal boyutunun içselleştirilmesini, eyleme dönüştürülmesini ve hizmete yansıtılmasını gerektirir. Profesyonel bir bakım hizmetinin tek başına duyuşsal davranışlarla sunulması, bireyin bakım gereksiniminin karşılanması için yeterli değildir, aynı zamanda, hemşirelik bakımının bilimsel bilgi yüküne ve özelleşmiş becerilere dayalı olması gerekir. Öte yandan bakım, salt bilişsel ve psikomotor becerilere dayalı olduğunda, yani duyuşsal özelliğinden uzaklaştırıldığında ise, hemşirelik hizmeti bireye yaklaşımında insancıl ve bütüncül bakışı temel alan felsefesinden uzaklaşır. Bu nedenle

bakımın bilişsel, duyuşsal alanları ve psiko-motor becerilerle birlikte, her bireyin eşsiz ve kendine özgü özelliklere sahip olduğu inancı doğrultusunda, insancıl ve bütüncül bir yaklaşımla sunulması gerekir (Dinç 2009).

Geçmişte hastayı iyileştirmeye yönelik eylemleri içeren hemşirelik bakımı, bağımlı rol ve işlevler kapsamında sınırlı kalırken, giderek değişen ve gelişen dünyanın hemşirelik disiplinine yansiyarak çağdaş rollerin gelişmesi sonucu değişim ajanı, rehberlik ve danışmanlık, hasta hakları savunuculuğu ve koordinatörlük gibi işlevlere yönelik eylemleri de üstlenmiştir (Velioğlu ve Babadağ 1992a, Alpar 1997). Günümüzde hemşireliğin en temel bağımsız işlevi olan bakım, bir kavram ve eylem olarak, uzun yıllardan bu yana farklı grupların bakış açılarını inceleyen araştırmalar ile tanımlanmaya ve açıklanmaya çalışılmıştır. Bakımı açıklamaya yönelik bu araştırmaların genellikle, öğrenci hemşirelerin, öğretim elemanlarının, uygulama alanlarında çalışan hemşirelerin ve hasta bireylerin bakım algılarını değerlendirme üzerine odaklandığı görülmektedir (Devineni 2008).

Hemşireler, bakımını üstlendikleri bireylerin bireyselliğine ve eşsizliğine saygı duymalı, bakım eylemlerine değer vermeli, bilimsel çalışmalarla bu eylemleri desteklemeli ve geliştirmeli, bakımın birincil görevleri olduğunu unutmamalıdır. Bu bağlamda, geleceğin meslek üyelerini oluşturacak hemşirelik öğrencilerinin, mesleki rollerini öğrenmesi, mesleki sorumluluk duygusu içinde olması ve mesleklerini benimsemesine ilişkin bilgi ve bilinç kazanmaları ön koşuldur (Acaroğlu ve ark. 2007, Ousey ve Jonson 2007, Potter ve Perry 2009).

Hemşirelik eğitiminin temel bileşenlerinden birisi, öğrencilere hemşirelik kavramlarının öğretilmesi, bakım davranış ve tutumlarının kazandırılmasıdır (Khademian ve Vizeshfar 2008). Nitekim, Bassett, öğrenci hemşirelerin eğitim süreçleri içinde kazandıkları bilgi ve deneyimlerin, onların hemşirelik bakımı ve uygulamalarına yönelik rollerini benimsemelerinde ve sorumluluk üstlenmelerinde oldukça önemli etkisi olduğunu belirtmektedir (Bassett 2001).

Son yıllarda, hemşirelik eğitiminde bakım davranışları üzerine yoğunlaşarak, bakım kavramı ve eylemlerini analiz eden çalışmalar incelendiğinde; "hemşirelik öğrencilerinin bakıma yönelik görüşleri", "öğretim elemanlarının bakıma yönelik görüşleri" ve "hemşirelik öğrencilerine bakımı öğretme yöntemleri" olarak üç ana başlık altında toplandığı görülmektedir (Bassett 2001, Ousey ve Jonson 2007).

Geleceğin meslek üyesi olmaya aday öğrencilere, bakım davranışları ve tutumlarının kazandırılması, hemşirelik eğitim-öğretim sürecinde yer alması gereken en önemli konudur (Basset 2001, Wong ve Lee 2000, Komorita 1991). Bu bilgiler ışığında araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin bakım ve bakım davranışlarına yönelik algılarını ve bunları etkileyen faktörleri belirleyerek bir durum saptaması amaçlanmıştır. Bununla birlikte bu amaca ulaşmada yararlanılacak Türkçe Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (Caring Assessment Questionnaire) geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılarak ülkemizde konuya ilişkin çalışmalar için kaynak oluşturulması hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HEMŞİRELİK TARİHSEL SÜRECİNDE “BAKIM”

Her mesleğin doğuşunu gerektiren bir neden vardır ve bu nedeni yaratan tek canlı, insandır. Doğduğu, yeryüzünde yerini aldığı günden başlayarak doğa ile mücadele eden insan, gerek savunma şekilleriyle gerek amaçlarıyla birçok mesleğin temellerini atmıştır. Bazen yenmiş, bazen yenilmiş; yenildiği, yaralandığı zaman kendine yardım edecek, iyileştirecek, bakımı ile uğraşacak kimselere gereksinim duymuştur. Duyulan bu gereksinim üzerine de hemşirelik mesleğinin temelleri atılmıştır (Şentürk 2011).

Tarih boyunca, hemşireliği açıklamak üzere mesleğin ne olduğunu, işlevlerini ve rolünü tanımlamaya ve tanıtmaya yönelik çabalara önem verilmiştir. Ancak, hemşireliğin bir meslek olarak çerçevesi 18. yüzyılın ortalarında Florence Nightingale ile şekillenmeye başlamasına karşın, bakım eyleminin bir içgüdüsel olgu olarak insanlığın varoluşuna dayandırılması, hemşirelik tarihinin de belli bir döneme kadar hasta bakımı ile özdeş tutularak ele alınmasına yol açmıştır (Öztunç 2012, Şentürk 2011).

Hemşirelik mesleği ile birlikte hemşirelik bakımının biçimlenmesinde ve gelişiminde, geçmişten bugüne kadar toplumsal, siyasal gelişmeler/değişikliklerin ve bu değişiklikler ile birlikte süregelen felsefi akımların etkisi olmuştur (Babadağ 2006, Velioğlu 1999). Bu bağlamda, hemşireliğin özünü ve en temel yapı taşı oluşturarak bakım, tarihsel süreç içinde gelişen felsefi akımlar doğrultusunda ele alınmıştır.

Hemşireliğin bilimselleşme yolunda etkilendiği 4 felsefi akımdan biri 1840’lı yıllarda başlayan *idealizm/asetizm felsefi akımı*dır. İdealizm/asetizm, Platon tarafından ortaya konulmuştur. Bu akım, fiziksel gerçekliğin ötesinde, dinsel gerçekliği savunan düşüncedir. Bu düşüncede, bedene ve insana dair gerçek/öz yerine, dini inanç ve değerlere ait gerçekler önemli olmuştur (Şendir 2012, Edwards 1997, Linberg 1990, Babadağ 1996). Hemşireliğin bilimsel olarak geliştirilmesinden öte spiritüel gelişme ve özveri en önemli görev olarak tanımlanmıştır. Hemşirelikte verilen hizmet bağımsızdır ve katı bir yaşam tarzı mevcuttur. Hasta bakımına yönelik uygulamalar ise eğitim yerine usta- çırak ilişkisi ile gerçekleştirilmiştir (Babadağ 1996).

Ortaçağ'a denk gelen bu dönemde, hemşirelik hizmetleri basit bir şekilde uygulanmıştır ve hemşireler, hastanın fizyolojik gereksinimlerine, ruhsal ve dinsel inançlarına yardımcı olmuş ve hastaların tüm bakımlarını yerine getirmiştir. O dönemde hemşirelik, devletten de daha güçlü olan Katolik kilisesinin bünyesinde ve koruması altında varlığını sürdürmüştür. Kiliseye bu derece yakın bağlılık bir yönden hemşireliğe güç katarken diğer yönden hemşireliğin çok katı kurallarla yönetilmesine neden olmuştur. Bu döneme, "*Hemşireliğin Karanlık Dönemi*" denir (Şanlı 1988, Dalgıç 1995, Ulusoy ve Görgülü 1997).

Ortaçağ'da da devam eden kilisenin katı-idealist-maddeci anlayışına karşı bir tepki olarak, 1890'lı yılların başında insani duygulara ve düşüncelere önem veren *romantizm felsefi akımı* doğar (Edwards 1997, Linberg 1990). Bu felsefi akımın hemşireliğe ve hemşirelik bakımına yansımaları ise; kadınının naif ve nazik yapısının korunmasını gerekli gösterdiği için hemşirenin, hekimin "sağ kolu" olarak kabul edilmesi şeklindedir. Bu dönem, Florence Nightingale'in hemşireliği tanımlamasına rağmen usta-çırak ilişkisinin ön planda olduğu, Nightingale bilimsel ve politik zekası ile geniş ölçüde tanınmasına rağmen "Lambalı Lady" olarak anıldığı, hastanelerin içinde hemşire okullarının kurulduğu, hemşirelik hizmetlerinin ve bakımın birey merkezli değil hastalığı iyileştirmeye yönelik olduğu, bakımın sezgi ve deneyimlerle gerçekleştirildiği bir dönem olmuştur (Şendir 2012, Edwards 1997, Linberg 1990).

Hemşirelik, XIX. yüzyılın başlarında, bir meslek olarak kabul edilmeden önce, hastaların bakım gereksinimleri, ailesi, refakatçıları ya da diğer yardımcı kişiler tarafından karşılanmıştır. Hastabakıcı kadınların gelişmiş meslek becerisi ve düzgün sosyal yaşamı olması gerektiği inancı yaygındır. Bu dönemde, sağlıkla ilgili kurumların ortaya çıkışı, yoksulların hasta evlerinde bakılmaya başlaması ve hasta bakıcıların bu kurumlarda mevcudiyeti büyük ölçüde dinsel bağlamda gerçekleşmiştir (Lewis 2010, Şentürk 2011, Velioğlu 1999).

Ondokuzuncu yüzyılın ortalarında, Florence Nightingale (1820-1910), hemşireliğin lideri olarak mesleğin dinsel etkilerden kurtulmasını sağlamıştır. Nightingale, insanın yaratıcı olduğunu, koşullara ve hayata tüm yönleriyle uyum yapma yerine, onu değiştirmesi gereğine inanır ve bakımı bir anlamda annelikle özdeşleştirerek hemşirelik mesleğini kadına özgü olarak tanımlamıştır. Bu dönemde, birçok kadın, çok az sayıda üniversite olmasına rağmen hemşirelik eğitimi için kolej ve üniversitelere

alınmıştır (DeLaune ve Ladner 2002, Dalgıç 1995, Ulusoy ve Görgülü 1997, Şentürk 2011, Eren ve Uyer 1993, Birol 2005).

Hemşireliğe ve hemşirelere olan gereksinimin artmasında, tarih boyunca süregelen savaşlar da etken olmuştur. I. ve II. Dünya Savaşları, yaşanan kayıplar ve Endüstri Devrimi ile elde edilen kazanımlar, insanları 1940'lı yıllarda yararçı bir anlayış olan pragmatist anlayışa sevk eder. *Pragmatizm felsefi akımı*, değer ve inançların yaşam pratiğinde gerçek ile eş değerde olduğunu savunan yaklaşımdır. Bu dönemde, hemşirelik bakım hizmetlerinde medikal (tıbbi) anlayışa bağlı olarak, insan, aile ve toplumun gereksinimleri yerine getirmede, hastalığa ve hastalığı tedaviye yönelik yararçı, tıbbi bir yaklaşım hakim olmuştur. Dönemin sonlarına doğru, uygulamadaki gerçekliklerin hemşireliğe hakim olması ile birlikte hemşireler, hastalara ve onların gereksinimlerine yönelik bakım sorumluluklarını yerine getirmeye başlamış ve bu dönüşüm, hümanizm sinyallerini vermiştir (Şendir 2012, Edwards 1997, Linberg 1990).

Hümanizm (varoluşçuluk) felsefi akımı 1980'li yıllardan günümüze değin hakim olan ve benimsenen bir görüştür. Bu görüşe göre, hemşirelik hizmetlerinin odağı, hastalık ve hasta birey yerine sağlıklı/hasta bireye ve sağlığı korumaya yönelir. Birey, tüm boyutları (biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, politiko-ekonomik), gereksinimleri, ailesi, yakın ve geniş çevresi ile birlikte bütüncül yaklaşımla ele alınmakta ve bu doğrultuda hemşirelik bakımı sunulmaktadır. Hümanizm/Varoluşçu anlayışta, en değerli varlık insandır. Tanrıya, hekime, ülkeye hizmet, tanı ve tedavi değil, “insan” hemşireliğin en önemli faktörü olmuştur (Edwards 1997, Linberg 1990). Hemşirelikte geçerli hümanistik değerler, hemşirelik bakımı sunan kişilerin görüşünü biçimlendirmiştir. Bu değerler aynı zamanda, hemşire- hasta etkileşimini, hemşirenin sorumluluğunu ve meslek otonomisini etkilemiştir (Şendir 2012).

Bu bağlamda, hemşireliğin var oluş nedeni ve hizmet amacı, hasta ya da sağlıklı birey, aile ve topluma “yardım” etmektir. Hemşirenin bu yardımı sağlarken, yerine getirdiği bağımsız fonksiyonu olan “bakım” ise hemşireliğin özüdür. Birey esenlik, sağlık, rahatsızlık, hastalık ve ölümlerle noktalanmış yaşantısının herhangi bir noktasında, bakım ile karşılaşmıştır ya da karşılaşabilir. Bakım, hemşirenin çok etkin olduğu; koruma, sürdürme, rahatlatma, bilgilendirme gibi hemşirelik işlevleri ile ilgili eylemlerin tümünde, değişen ölçüler ile yer alır (Sabuncu ve ark. 1996, Ay 2007, Babadağ 1997a, Birol 2005).

Hemşirelik işlevlerinin odağı olan insan, fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleri olan bir bütündür. İnsanların yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmeleri için, karşılanması gereken temel gereksinimleri vardır (Craven ve Hirnle 2003, Heath 1995, Potter ve Perry 2009, Alpar ve ark. 1997, Ay 2007). Hemşireler, bireyin gereksinimlerine yönelik hizmet sunarken bakım kuramları ya da modellerinin çerçevesinde profesyonel davranışlarını biçimlendirir. Hemşirelik modellerinin çoğu insanı fiziksel, duygusal ve sosyal yönleri ile bir bütün olarak ele alan insan gereksinimlere odaklıdır (Craven ve Hirnle 2003). Birçok hemşirelik kuramında olduğu gibi, V.Henderson hemşirelik tanımında ve N.Roper, W.Logan, A.Tierney ise hemşirelik modelinde, benzer şekilde A.Maslow'un "*İnsan Gereksinimlerinin Hiyerarşisi*" kuramından yararlanır (Craven ve Hirnle 2003, Tomey ve Alligood 2006). Dolayısı ile bugün, çağdaş hemşirelik bakımı, bireyi tüm boyutları ve bu boyutları etkileyen faktörler ile birlikte ele alan, bütüncül bir yaklaşımı içermektedir (Sabuncu ve ark. 1996, Birol 2005).

Günümüzde hemşirelik, birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme ya da yetersizlikleri ile başetmesine yardımcı amaçlayan, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini. Ancak hemşireliğin bir meslek olarak bunlardan da öte üçüncü bir boyutu vardır. Bu, onun alturistik değerler olarak bilinen, bedensel, akılsal ve toplumsal açıdan yardım isteyenlere kendini adamadır. Profesyonel uygulamalarda alturizm, hemşirenin hastanın, diğer hemşirelerin ve diğer sağlık bakımı sunanların refahı ile ilgilenmesini kapsar (Atalay ve Tel 1999, Velioğlu 1999).

Bugünün hemşireleri, insana hizmette daha iyi ve yeni yolları yöntemleri araştırmakta, denemekte ve çalışmalarını bu yönde sürdürmektedir. Hemşire araştırmacılar, hemşireliğin bilimsel bilgi tabanını geliştirmede önemli role sahiptir. Florence Nightingale, Kırım Savaşı süresince, savaş alanında sanitasyon koşullarını geliştirip uygulayarak, bulaşıcı hastalıkların, enfeksiyonların ve ölümlerin büyük oranda azalmasını sağlarken, günümüz hemşireleri de, birçok uygulama, araştırma ve yöntemler ile spesifik alanlarda hemşirelik bakımına katkı sağlamaktadır (Perry 2009).

Hemşirelik bakımı ile ilgili araştırmalar son yıllarda hız kazanmaktadır ancak bakım kavramına yönelik belirsizlikler hala devam etmektedir ve hemşirelik literatüründe bakım kavramı ve tanımlarına fazla yer verilmemektedir (Brilowski ve Wendler 2004). Oysa yaşam sürekliliğinin ister sağlık ister hastalık alanlarında daima bakım vardır (Babadağ 1997a, Babadağ 1997b, Acaroğlu 2003).

2.2. HEMŞİRELİK VE BAKIM KAVRAMI

Bir disiplinin bilimsel temelini oluşturmada ve gelişiminde, kavramsal anlamlar oldukça önemlidir. Çünkü kavramlar, disipline özgü bilimsel çerçeveyi belirleyen kuramların yapısal elementleri veya yapı taşları olarak görülür. Hemşirelik kavramlarının analizi ile şüpheli ve belirsiz kavramlar aydınlatılabilir, bu kavramlar tanımlanabilir ve hemşirelik fenomeninin açıklanması sağlanabilir (Brilowski ve Wendler 2004, DeLaune ve Ladner 2002). Rodgers'a (2000) göre, "kavramın niteliklerinin belirlenmesi, kavram analizinde birincil başarıyı gösterir" ve kavramın tanımlanmasında bir "gerçek" oluşturur. Rodgers (1989)'ın gelişimsel bakış açısı, bir düşünce üzerine temellenen tüme varımsal bir yaklaşımı ortaya koyar. Diğer bir deyişle, bu bir kuram geliştirme stratejisi olup bir kavramı açıklama, kavramın önemini test etme, kavramı kullanma ve uygulamaya aktarma süreçlerini izler. Bu yaklaşımı kullanarak kavramların öz niteliklerini açıklamak, olgunun anlaşılmasını sağlar, durumlara daha açıklayıcı bir tanım getirir ve etkili iletişimi geliştirir (Kaynak: Brilowski ve Wendler 2004).

Kavram, nesnelere ya da olayların ortak özelliklerini kapsayan ve bir ortak ad altında toplayan genel tasarım; tek bir nesnenin (bireysel kavram) ya da bir nesnelere sınıfının (genel kavram) özünü belirleyen; birbirleriyle bağlantılı niteliklerin ya da özelliklerin bir sözcükte düşünülmüş birleşimi olarak tanımlanır (TDK 2012, <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=kavram&ayn=tam>).

Kavramlar, algılama-yargılama yolu ile gerçekleşir. Duyular aracılığı ile olgular, imajlar ve objeler algılandıktan sonra yargılanıp, düşüncede, zihinde soyut bir hale getirilir. İşte imaj içeren bu soyut düşünceye "kavram" denir. Diğer bir deyişle, kavramlar düşünceleri yansıtmaya araçtır, algıları yansıtan karmaşık zihinsel bir imajdır. Kavramların algılanması, bireysel özelliklerden etkilendiği kadar günlük yaşantıdaki deneyimler ile de şekillenir (DeLaune ve Ladner 2002, Velioğlu 1999, Birol 2005).

Kavramlar, çevremizdeki şeyler, dünyadaki oluşumlar hakkında açıklama yapan ve diğer bireyler ile iletişim kurmada da bizlere yardımcı olan araçlardır. Örn; bağımsızlık, öz-bakım ve bakım kavramları, sağlık bakımı hizmetlerinde en çok karşılaşılan kavramlardan birkaçıdır (DeLaune ve Ladner 2002).

Birey, bilgilenme sürecinde duyularını kullanarak bir obje hakkında izlenimler edinir. Kavramlar da belli izlenimlerin genellemeleri sonucunda biçimlendirilir. Kavramlar soyuttur, çünkü nesnelere bazı özelliklerinde seçicidirler ve nesnelere bazı özelliklerine göre algılanır. Geneldirler, çünkü algılama yolu ile belirlenen özellikler, bu özelliklere sahip tüm nesnelere kapsar (Velioğlu 1999).

Ayrıca nesne ve olayların algılanan temel öğelerini birleştirerek kavram haline getirme, yani kavramlaştırma olarak tanımlanırken (İng. Conceptualization, Os. Mefhumlaştırma), kişinin bir konuyu ilişkili kavramlara dayanarak öğrenmesi ve öğrendiği kavramların anlam ve kapsamalarını değiştirerek geliştirmesi kavramsal öğrenme (İng. conceptual learning) olarak tanımlanmaktadır (Hançerlioğlu 1996).

Profesyonel bir disiplinin temel amacı, mesleğinin uygulamalarında kullanabileceği bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymaktır. Bu bilgi “kavram” ve “kuram” terimleri ile açıklanır (Velioğlu, 1999).

Hemşireliğin bilimsel içeriğini açıklayan dört temel kavram; insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşireliktir. Hemşireliğin metaparadigmaları olarak da kabul edilen bu kavramlar, bilimsel içeriğin çerçevesini oluşturmada bir bakış sağlarlar. Bu kavramlardan herhangi biri olmaksızın hemşirelik bir bilim ya da profesyon olarak düşünülemez. Hemşirelik kuramları, bu temel kavramların karşılıklı ilişkilerini açıklayarak bakım için bilimsel bir dayanak oluştururlar. Diğer taraftan, bu temel kavramların kesişme noktası ise “bakım” dır. Bu bağlamda, hemşirelik biliminin özünü ve hemşirelik mesleğinin bağımsız işlevini oluşturan “BAKIM” kavramının tanımlanması ve açıklanması önemlidir (Perry 2009, Velioğlu 1999, Birol 2005).

Bakım kavramının sözlük tanımları incelendiğinde;

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde “Bakım”;

1. Bakma işi,
2. Bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek,
3. Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi,
4. Bakış,
5. Görünüş olarak tanımlanır (TDK 2012,

<http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=Bak%FDm&ayn=tam.>).

TDK sözlüğünde yer alan bakım kavramına ilişkin tanımlara bakıldığında; “bakım” ın yalnızca isim olarak açıklandığı dikkati çekmekle birlikte, bir bireyin, diğer birey/bireylere yaşamsal gereksinimlerinin karşılanmasında yardım ederek ya da tamamen onun sorumluluğunu üstlenerek o bireyi destekleyici bir ilişkinin vurgulandığı görülmektedir.

Yabancı dildeki sözlüklerde “**Bakım**” kavramının isim, fiil ve sıfat olarak tanımlandığı görülür;

Bir İsim olarak “Bakım” (Caring):

1. Biri ya da bir şey için hazır olma ya da onun iyileşmesini sağlama çabası,
2. Zarar ya da tehlikeden sakınma anlayışı,
3. Bir isteklilik duygusu,
4. Bir ilgilenme duygusu,
5. Güvenlik için, sorumluluk üstlenme başarısı ve dikkat,
6. İyi işler başarmada, bazı şeylerin sürekliliğinin devam etmesini içeren davranış,
7. Biri ya da bir şey için hazır olma veya onun iyiliği için çalışma,
8. Görev, gözetim veya yönetim, güvenlik ve rahatlık için sorumluluk üstlenme,
9. Dikkat veya önemseme, saygı, özenli olmak, sakınma (Webster's Online Dictionary, 2008).

- Hastalık, sıkıntılı durum, ciddi özen, önlem, koruma, güvenlik (The Concise Oxford Dictionary of Current English, 2010) (Kaynak: McCance TV ve ark. 1997).
- Dikkat veya ciddi ilgi, koruyucu veya denetleyici kontrol, amaçlı ilgi (Dictionary of the English Language, 1986, p. 239-240) (Kaynak: McCance TV ve ark. 1997).
- Özen, önlem, ilgi, sorumluluk, gözlem, önem, koruma, saygı, merak, sorun, uyanık olma, savunma, izlem, keder, endişe (Chambers' Paperback Thesaurus, 1992, p. 86) (Kaynak: McCance TV ve ark. 1997).
- Dikkat, iş, hizmet, koruma, yönetim, yetki, ekonomi, endişe, rahatsızlık, hüzn, asabiyet, uyarı (Roget's Thesaurus of English Words and Phrases, 1987) (Kaynak: McCance TV ve ark. 1997).

- Sađlđın korunması için gerekli olan Şeyler, iyilik durumu, huzur, bir Őeye duyulan ilgi, dikkat, Şefkat, gönüllülük, sevgi (The Oxford Pocket Dictionary of Current English, 2009).
- Dikkat, gözetim, zen, ilgi (West's Encyclopedia of American Law, 2005)

Bir Fiil olarak “Bakım Vermek” (Care):

1. İlgilenmek ya da ilgi çekmek,
 2. Bakım vermek,
 3. BirŐeyler yapmayı istemek ya da tercih etmek,
 4. Birine karşı özenli olmak,
 5. Hazır olmak, harekete geçmek ya da isteklendirmek,
 6. İstekli, özenli, ölçülü, saygılı ve ilgili olmak (Webster's Online Dictionary, 2008).
- Bir Şey veya biri ile ilgilenmek ya da merak; sevgi ve saygı duymak; bir Şey sağlamak (The Concise Oxford Dictionary of Current English, 1976, p. 149) (Kaynak: McCance TV ve ark. 1997).
 - İlgili olmak, Şefkat veya önem göstermek; fiziksel gereksinimlerini karşılamak, yardım etmek veya konfor sağlamak (Dictionary of the English Language, 1986, p. 239) (Kaynak: McCance TV ve ark. 1997).
 - Özenli olmak, sevmek, yardımsever olmak (Roget's Thesaurus of English Words and Phrases, 1987) (McCance TV ve ark. 1997).

Bir Sıfat olarak “Bakım”:

1. Gözetici, koruyucu, yardım sever (Roget's Thesaurus of English Words and Phrases, 1987) (Kaynak: McCance TV ve ark. 1997),
2. Duyuşsal, gözlemsel, Şefkatli, mesleki, sosyal veya tıbbi (Dictionary of the English Language, 1986, p. 240) (Kaynak: McCance TV ve ark. 1997),
3. Katılımcı, besleyici, hoŐ, eğilimli, izlemsel (Chambers' Paperback Thesaurus, 1992, p. 86) (Kaynak: McCance TV ve ark. 1997).

Tüm bu sözlük tanımlardan da anlaşıldığı üzere bakım/bakım verme, özveri, şefkat, ilgi, isteklilik, gönüllülük vb. gibi alturistik değerlerle bireylerin diğer bireylere karşı olan sorumluluk ve yükümlülüğünü içinde barındıran, etik ve ahlaki boyuta sahip, yardım edici ve destekleyici bir ilişki biçimidir. Bu ilişki, kişilerarası bir süreç olarak hemşire ve sağlıklı/hasta birey arasında gerçekleşen profesyonel bakım ilişkisi olarak açıklanabilir.

Hemşireliğin varlık nedeni olan ve insanın varoluşundan günümüze dek süregelen bakım kavramının tanımlanması ve açıklanması güçtür. Ancak tanımlanması ve açıklanması güç olan bakım kavramının, tüm kültürlerde geçerli bir kavram olduğu yapılan antropolojik çalışmalarla ortaya konmuştur (Bassett 2001, Khademian ve Vizeshtar 2008).

Hemşirelikte bakım kavramı hemşireliğin özü, temeli olarak ifade edilmesine karşın, hemşirelik literatürlerinde ortak bir tanımı bulunmamaktadır. Bununla birlikte, hemşirelik literatüründe yer alan, hemşire liderlerin ve kuramcılarının bakım tanımlarının incelenmesi, bakım kavramının açıklanmasına, anlaşılmasına ve temel öğelerinin belirlenmesine olanak sağlayacaktır.

2.3. HEMŞİRE LİDERLERİN BAKIM TANIMLARI

Hemşire liderlerin bazıları bakımı bir kavram olarak doğrudan açıklarken, bazılarının bakım kavramına yönelik düşünce ve görüşlerini “hemşirelik” kavramının tanımı içinde örtülü olarak ele aldıkları görülmektedir. Hemşire liderlerin açıklamaları, düşünce ve görüşleri aşağıda kronolojik sıra ile incelenmiştir.

Hemşirelik bilim ve sanatının öncüsü ve hemşirelik mesleğinin kurucusu olan Florence Nightingale ile birlikte 1844’lü yıllardan günümüze değin hemşirelikte bakım kavramını açıklama ve tanımlama çalışmaları süregelmiştir (Devineni 2008). Nightingale (1859), hemşirelerin en önemli sorumluluğunun bakım olduğunu ifade eder ve ilk yazılı eseri olan “Hemşirelik Üzerine Notlar” kitabında, tüm kadınların bakım verme işlevinin olduğunu vurgular. Sağlık ve hastalık hemşireliği olmak üzere iki farklı hemşirelikten söz eder. F.Nightingale’e göre bakımın amacı, çevre düzenlemesi ile sağlığın korunması ve hastanın iyileşme sürecine yardım etmektir (Kaynak: Liu JE ve ark. 2006, Birol 2005, Velioğlu 1999).

Virginia Henderson (1955), hemşireyi, “bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç” olarak görür ve hemşirelik bakımı için kapsamlı ve sistematik bir yaklaşımın temel olduğunu ifade eder. Henderson’ın, 1960 yılında Hemşirelik Bakımında Temel İlkeler (Basic Principles of Nursing Care) kitabında, Maslow’un temel insan gereksinimleri hiyerarşisi üzerine odaklanan 14 temel insan gereksinimi belirlemiştir. Hemşirelik bakımı, hastanın fiziksel, psikolojik, kültürel, entelektüel ve sosyal yönünü göz önünde bulundurarak bu temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmektir (Kaynak: Baykara 2010, Ay 2007, Birol 2005, Velioğlu 1999).

Lydia E. Hall (1960) bakımı, bireyin rahatlığını sağlamak, bilgi eksikliğini tanılayıp bireyi bilgilendirmek, bireyin öğrenme gereksinimlerini karşılamak ve bireyin günlük gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmek olarak tanımlar (Kaynak: Baykara 2010, Ay 2007, Velioğlu 1999).

Joyce Travelbee, 1960’lı yıllarda yayınlamış olduğu makale ve kitaplarının yanı sıra geliştirdiği “İnsan insana İlişki” kuramına göre bakımı, profesyonel hemşire tarafından gerçekleştirilen ve hemşirelik uygulamasının yasal sorumluluk alanı içinde yer alan, hasta bireyin/ailenin her türlü gereksiniminin karşılanması olarak açıklar. Aynı zamanda, Travelbee, bakım eyleminde hasta-hemşire arasındaki iletişim ve etkileşimin önemli olduğunu vurgular (Kaynak: Velioğlu 1999, Birol 2005).

Dorothea Orem (1971) hemşirelik bakımını, sağlıklı/hasta birey biyo-psiko-sosyal gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığında, yerine getirilmesi gereken hemşirelik işlevleri olarak görür (Kaynak: Birol 2005, Şahin 2006).

Madeleine Leininger (1978), hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturan bir öğreti olarak bakımın değer-inanç sistemini içinde barındıran bir profesyon olan hemşireliğin merkezinde yer aldığını ifade eder (Kaynak: McFarland 2006, Perry 2009, Mackintosh 2000).

Marjory Gordon (1982) hemşirelik bakımının, birey/ailenin sadece yakınmaları, sınırlılıkları ve sorunlarına yönelik olmaması gerektiğini vurgular. Bakımın birey/ailenin daha önce deneyimlediği sorunlarla baş etme becerilerini geliştirmesine, doğru sağlık davranışları kazanmasına yardımcı olmayı kapsadığını ifade eder (Kaynak: Birol 2005).

Nel Noddings (1984) ve Sally Gadow'e (1984) göre bakım, diğer bireyleri koruyan, destekleyen ya da insan neslini geliştirme ve sürdürmeye katkı sağlayan aktivitelerdir (Kaynak: White 2003).

Sberill Nones Cronin ve B. Harrison'a (1988) göre bakım, bir süreçtir. Bu süreç içinde hemşire, tüm bireyin kendine özgülüğünü, eşsizliğini görüp dikkate alarak gereksinimlerini yanıtlar ve duygularını farkeder (Kaynak: Beck 1999).

Sara T. Fry'a (1988) göre ahlaki değere sahip olan bakım, bir bireyin aktivitelerine yön göstermede son derece önemli, evrensel bir değer, empati, destek, şefkat, koruma gibi belirli davranışları içerir ve sadece bir bireyin iyiliğini değil, diğer bireylerin insani gelişimlerini de dikkate almayı ve onlarla da ilgilenmeyi gerektirir (Kaynak: Kyle 1995, Babadağ 1997a).

Patricia Benner ve Judith Wrubel (1989) bakım kavramını, sağlık, rahatsızlık ve hastalık arasındaki ilişkiye temellendirir. Onlara göre bakım, "Dünyada var olmanın temel bir yolu" olarak ifade edilir (Kaynak: Edwards 2001, Kıvanç 2012).

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 (Kaynak: Neil ve Tomey 2006, Perry 2009, Acaroğlu 2003, Mackintosh 2000).

Anne Boykin ve Savina O. Schoenhofer (1990) bakımı, varlık bilimi (ontoloji), insan bilimi (antropoloji), etik, bilgi bilimi (epistemoloji) ve eğitim bilimi (pedagoji) olarak ele alır (Kaynak: Covington 2003).

Janice M. Morse (1991) bakımı, bir insan özelliği, bir etik zorunluluk, bir etkileşim, bir kişilerarası ilişki, bir terapötik girişim olarak tanımlar (Kaynak: Covington 2003, Acaroğlu 2003, McCance TV ve ark. 1997).

Miriam E. Cameron (1991) bakımı, bireysel, sezgisel, özel, derin, öznel ve somut eylemler dizisi olarak ifade eder (Kaynak: Brilowski ve Wendler 2004).

Carol Green-Hernandez (1991) ve Lennart Fredriksson (1999) tarafından bakım, hasta ve hemşire arasındaki karşılıklı etkileşimin yer aldığı, bir ilişki içinde yaşananları kapsayan bir süreç olarak tanımlanır. Bakımın yaygın özellikleri ise dikkat, ilgi ve doğruluktur (Kaynak: Covington 2003).

Patricia Larson ve Sandra L. Ferketich'e (1993) göre bakım, bireylere huzur ve güven duygusu sağlamayı, duygusal ve fiziksel bakım vermeyi amaçlayan eylemler dizisidir (Kaynak: Khademian ve Vizeshtar 2008, Beck 1999).

Zane Robinson Wolf ve ark. göre bakım, etkileşim ve kişilerarası bir süreçtir. Bu süreç, hasta ve hemşire arasında duyarlılığa sahip durumların/ gereksinimlerin paylaşıldığı zamanlardır (Kaynak: Beck 1999).

Tanya V. Kyle (1995), bakım üzerine yapılmış hemşirelik çalışmalarını gözden geçirir ve bakımın etik ve ahlaki değerler ile yüklenmiş bir kavram olduğunu ileri sürer. Bakımı, “kültürel olarak elde edilen duygusal, bilişsel ve etik unsurları içeren bir süreç” olarak tanımlar (Kyle 1995).

Gwen D. Sherwood (1997) göre bakım, iyileşme ile sonuçlanan önemli konuları ve örnekleri kapsayan bir etkileşim modelidir ve bu etkileşimsel model, iyileştirici bir çevre üzerine temellendirilerek oluşturulur (Kaynak: Covington 2003).

Vivien M. Woodward (1997) bakımı, insan yaşamının ve hemşireliğin temeli olarak kabul eder. Hemşirelik bakımının manevi değerlerin kaybı ile birlikte artan derecede anlaşılması güç durum aldığını belirtir ve bakım kavramını iki bakış açısı ile sadeleştirme girişiminde bulunur:

Araçsal Bakım: Hekim istemlerini yerine getirmek gibi hastalara nesnel olarak yaklaşımı içeren eylemlerden,

İfadesel Bakım: Duygusal öğeleri, bireysellik için önemli olan insana saygıyı, sadakat gibi değerleri, bireylerin kişisel özellikleri ve gereksinimlerini içeren eylemlerden oluşur.

Hemşirelikte mükemmelliğin başarılabilmesi için bu iki özelliğin birlikte yerine getirilmesi gerekmektedir. Woodward, sağlık bakım politikaları, sosyal organizasyonlar ve genel politik kısıtlamalar nedeni ile ifadesel bakımın gerektiği gibi önemsenmediğini vurgular (Woodward 1997).

Kamerya Babadağ (1997) bakımı, en az iki kişi ile başlayan ve gelişen bir ilişki olarak açıklar. İçeriği, anlam ve değeri zaman zaman değişen bu ilişki, fiziksel, ruhsal, akılsal, sosyal ve manevi “alma ve verme” şeklinde başlıca iki eyleme dayanan “dual” bir ilişkidir (Babadağ 1997, Babadağ 1997a).

Michele Fasano White’a (2003) göre bakım, gereksinimleri görerek ve algılayarak yanıtlamaktır. Aynı zamanda, bakım, kültürel ve ahlaki uygulamalar aracılığı ile öğrenilen ve geliştirilen bir tutum olarak da tanımlanabilir. Bakım, bireysel yardımın merkezi bir noktasıdır ve bedensel iyileşme sürecini, hemşire-hasta iletişimini, hemşirenin davranışlarını veya tutumlarını geliştiren aktivitelerden oluşur (White 2003).

Bu tanımlar ve görüşlerden de anlaşıldığı üzere, bakımın genellikle, sağlıklı/hasta birey ve hemşire arasındaki ilişkiye temellendiği vurgulanmakta ve bakımın sevgi, işbirliği, dürüstlük, güven, duyarlılık, empati, bilgi ve beceri gibi nitelikleri üzerinde durulmaktadır (Khademian ve Vizesifar 2008).

Bakım, bir insanın, diğer bir insan ile iletişimi süresince düşünce, duygu ve davranışlarını etkileyen ve yönlendiren evrensel bir olgudur. Bakım, ilişki içinde olmayı ve aynı zamanda, sağlıklı/hasta bireyler ile olan ilişkilerde her bireyin kendine özgü farklılıklarını da anlamayı gerektirir (White 2003).

Bakım kavramı, bir başkasına yönelme, onu bilme, onunla birlikte olma, ona olan inancını sürdürme, tepkilerini önemseme, karşılaşılabileceği tehlikelerden koruma ve yardım etme, istek ve gereksinimlerini içtenlikle karşılama, yaşamını kolaylaştırma, görev duygusu ile değil şefkat ve saygı duyarak sorumluluklarını yerine getirme gibi davranışlarla tarif edilebilir (Velioğlu 1999, Acaroğlu 2003).

2.4. BAKIM EYLEMİNİN TEMEL BİLEŞENLERİ

Hemşireliğin varoluşunun temelinde yatan bakım kavramı ve bakım eylemine yüklenen anlamlar irdelendiğinde, bakımın amaç ve işlevlerinde, evrensel boyutta geçerli ve uygulanabilir ahlaki değerler olarak insanın eşsizliğini, bireyselliğini ve bütüncül yapısını vurgulayan, bu özel yapıya saygı duyan ve değer veren bir *hümanizma ve sorumluluk* duygusunun yer aldığı görülür. Hemşirelik felsefesini bire bir yansıtan bu düşünce biçiminin davranışa dönüşmesi ise zarar vermeme, yarar sağlama, adalet, otonomi, değişkenlik, eşitlik, doğruluk, dürüstlük, güvenirlilik ve sadakati içeren hemşirelik değerlerinin rehberliğinde gerçekleştirilebilir (Ousey ve Johnson 2007, Brilowski ve Wendler 2004). Nitekim, Babadağ (1997b), bakımın, bireyselleştirilmiş bir süreç tanımının ötesinde, 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 ve felsefi bir görüş olarak tanımlanabileceğini belirtmiştir.

White (2003) tarafından hemşirelikte bakım davranışının incelendiği bir çalışmada bakımın “ahlaki ve etik bir uyum”, “bağlılık gereksinimi”, “bir insanı tanımak veya onunla ilgilenmeye gönüllü olmak” ve “değerlerden oluşan bir toplumun içindeki farklılıkların anlaşılması” na yönelik davranışları içerdiği saptanmıştır. Yine

aynı çalışmada, bu bakım davranışlarının “itibar ve saygı”, “gelişim”, “iyileşmek ve korumak” ve “bilmek” ile sonuçlanacağı belirtilir.

Morse ve arkadaşları (1991) bakım kavramına ilişkin 35 yazarın tanımlarını ve temel bakış açılarını incelemiştir. Metaanaliz sonucu bakım bileşenlerini ortaya koyan ifadeleri beş grupta toplamışlardır (Kaynak: Baldursdottir ve ark. 2002).

- Birinci grup bakımı “*insan doğanın bir parçası ve insanın varoluşu için gerekli*” olduğunu yansıtan bir insan özelliği olarak ele alır.
- İkinci grupta bakım, “*ahlaki bir zorunluluk veya ideal olarak kabul edilir ve hemşirelikte temel bir değer*” olarak ele alınır.
- Üçüncü grup “*bakımın doğasının, hasta bireyin deneyimlerine, duygusal paylaşımına, şefkatli ya da empatik yaklaşıma temellendiğini*” vurgular. Bu bakış açısı hemşireliği, dinde tarihsel kökenleri olan bir kadın mesleği olarak yansıtır.
- Dördüncü grup bakımı, “*kişilerarası ilişki olarak değerlendirir ve bakımın, ilişkiler içinde meydana gelen duyguları ve davranışları kapsayan hemşire ve hastanın karşılıklı bir çabası*” olarak açıklar.
- Son grup bakımı, “*terapötik bir girişim*” olarak ele alır; bakım, hasta merkezli ve eylem-odaklıdır.

Hemşirelik bakımının temel bileşenleri, Brilowski ve Wendler (2004) tarafından gerçekleştirilen kapsamlı bir kavram analizi çalışması ile irdelenmiştir. Brilowski ve Wendler’in gelişimsel yöntem kullanarak 1988- 2002 yılları arasında bakımı ele alan 61 makale üzerinde gerçekleştirdikleri analizin bulguları, hemşirelikte bakımın beş temel bileşenini ortaya koyar;

1. İlişki,
2. Davranış,
3. Tutum,
4. Kabul Etme,
5. Değişkenlik

2.4.1. İlişki

Hemşirenin sağlıklı/hasta bireyin herhangi bir gereksinimini karşılamayı niyet ettiğinde başlayan hasta- hemşire ilişkisi, bireysel beklenti, amaç, gereksinimleri ve değerleri olan iki yabancıların işlevsel yakınlığı olarak ele alınabilir. Bu ilişki, hastalık, kriz veya herhangi bir yetersizlik durumunda gereksinimlerini karşılayamayan bireye yardımcı olmak amacıyla gerçekleştirilen profesyonel hemşirelik bakım ilişkisidir (Brilowski ve Wendler 2004).

Profesyonel hemşirelik bakım ilişkisinde, saygı, güven ve paylaşım olmak üzere üç öğenin önemi vurgulanır. Ebersole (1996), bakımda saygı, güven ve paylaşımın bireysel ve mesleki sorumluluklar kadar önemli olduğunu ve bu faktörler olmaksızın hemşirelik bakımının olumsuz etkileneceğini belirtir. Tarlier (2004), bu öğelerin hemşirelik etik bilgisinin içerisinde yer aldığını ve uygulama ile etik eylemi birleştirmeyi kolaylaştırdığını belirtir. Sadece bakım içeriği, ne hemşirelik uygulamaları ne de uyumlu hemşire-hasta ilişkisi için yeterli bir temel oluşturur (Kaynak: Brilowski ve Wendler 2004, Ousey ve Johnson 2007).

Benner ve Wrubel (1989), hemşirelik bakımının yalnızca hastanın yanında fiziksel olarak bulunmak kadar basit bir davranış olmadığını, hastadan gelen tüm sözlü ve sözsüz iletişimlere açık olmak ve bu iletileri anlayabilmek olduğunu vurgular. Bu doğrultuda, etkili bir hemşirelik bakımı, hemşirenin bilgi, deneyim, yeteneklerini kullanarak hasta ile sözlü ve sözsüz iletişim becerilerini geliştirmeleri ile olasıdır (Kaynak: Woodward 1997, Ousey ve Johnson 2007). Hemşireler, bakım hizmeti sunabilmede öncelikle bireyi anlamak için gerekli olan açıklık, samimiyet, sevgi ve sabır ile karakterize güven verici bir ilişki oluşturmalıdır (Brilowski ve Wendler 2004). Nitekim, hemşirelik sanatı bireyin yaşadıklarının anlamını kavramaktır. Anlamını kavramak, hemşirenin empati ve sezgi gücü ile bireyin yaşadıklarının fark edilmesi, yaşayacaklarının önceden hissedilmesidir. Sezgi ve empati becerisi ise, zengin deneyim, birikim ve algılama yeteneğinin güçlendirilmesi ile kazanılır (Çimete 1997).

Ramos (1992), hemşire-hasta arasındaki etkili iletişimin gelişebilmesini sağlamak için yakınlık, mesleğe bağlılık, duygusal destek, varoluşsal yaklaşım, düşünce ve davranışlara tercüman olabilmenin önemli olduğunu belirtir (Kaynak: Ousey ve Johnson 2007).

Salvage (1990), hemşirelikte, temel mesleki sorunlardan olan; hasta-hemşire arasındaki ilişkinin içeriğinin, hasta tarafından kabul gören ilişki şeklinin, hemşireliğin bu açıdan rolünün ve etkisinin göz ardı edildiğini belirtir (Kaynak: Mackintosh 2000).

Bir profesyonel bakım ilişkisi, bakım veren birey üzerine sorumluluk yükler. Bakım veren, bakım verdiği bireyin iyilik ve refahına yönelik hizmetlerden sorumludur. Bu bağlamda, profesyonel bakım vericilerin davranışlarına profesyonel ve güncel bilgilerin yön vermesi gerekir. Bu anlamda, mesleki etik kodlar, hemşirelerin karar vermesini kolaylaştırmada ve bakım davranışlarında kaliteyi artırmada hemşireler için bir çerçeve sağlar (Brilowski ve Wendler 2004).

2.4.2. Davranış

Profesyonel hemşirelik bakımı, daima hastanın yanında olmak ve hasta için bir şeyler yapmak gibi bazı davranışları ve bu davranışların geliştirilmesini zorunlu kılar. Bu davranışlar, hemşirenin sağlıklı/hasta bireyle karşılaşması ile başlar, bireyin gereksinimlerini algılaması ile gelişir ve gereksinimlerin karşılanması ile sonlanır (Ousey ve Johnson 2007, Brilowski ve Wendler 2004).

Hemşirelik bakım davranışı olarak tanımlanan bu eylem biçiminin özünü empati becerisi oluşturur. Empati, bir bireyin kendisini karşısındaki diğer bireyin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısı ile bakması ve o bireyin duygu ve düşüncelerini doğru olarak anlaması ve bu durumu o bireye iletmesi sürecidir. Empati becerisi, yardım edici ilişkinin en temel bileşenlerindedir. Wilson ve Kneisl (1988), empati becerisi olmadan kişilerin duygusal dünyalarına girmenin mümkün olamayacağını ve gerçek anlamda bir yardım yapılamayacağını belirtir. Empati becerisi genelde bir kişilik özelliği olmakla birlikte eğitim yoluyla kazanılabilir ve geliştirilebilir bir özelliktir. Hemşirelik mesleğinde insan insana iletişim-etkileşim, bireyi ve sorunlarını anlayabilmek, bu sorunlara yönelik çözüm yolları oluşturmak, dolayısı ile hemşirelik bakımında başarıya ulaşmak oldukça önemli olduğu için öğrencilerin eğitimleri sırasında empati becerilerini kazanmaları ve geliştirmeleri gerekir (Tutuk ve ark. 2002, Hodges 1991).

Potter ve Perry (2009), hemşirelik uygulamalarında bakım davranışlarını,

- 1- Hazır Olmak,
- 2- Dokunma,
- 3- Dinleme,
- 4- Bireyi Tanıma,
- 5- Spiritüel Bakım,
- 6- Aile Merkezli Bakım olmak üzere altı aşamada gruplandırır.

Hazır Olmak

Hemşirenin hazır olmasında, bir araç olarak sadece ve gerçek anlamda kendi varlığı yeterlidir. Hemşirelik bilim ve sanatının özünü oluşturan bakım uygulamalarında, varlık/varolmak kavramı önemli bir olgu olarak görülür. Bu kavram, 1960'lı yılların sonuna doğru, Ferlic (1968) ve Vaillot (1966)'un varoluşsal bir fenomen olarak varlığı onaylamaları ile birlikte literatürlerde yer almaya başlamıştır. Bakımda varlık, hemşirelikte, hasta ile birlikte insancıl ve dostça bir ortam sağlayabilmenin yolunu açar (Covington 2003). Varlık/var olmak, benzersiz koşullara uyum ve hassasiyet, samimiyet, bütüncülük, duyarlılık ile nitelenen kişilerarası bir süreçtir. Varlık, hastalar ve hemşireler için ruhsal iyiliğin artırılması ve aynı zamanda hastalar için fiziksel iyiliğin de geliştirilmesidir.

Varlığın temelini oluşturan hazır olmak ancak iki davranış biçiminin tümleşmesi ile gerçekleşebilir. Hazır olmak için gerekli olan bu iki davranış biçimi “orada olmak” ve “birlikte olmak” tır. Bu davranışlardan “Orada olmak”, sadece fiziksel olarak var olmak ya da hasta ile aynı alanı paylaşmanın ötesinde hasta birey ile etkili bir iletişim kurmak ve onu anlamaktır. “Orada olmak” hemşirenin sağlıklı/hasta bireyi dikkatle izlemesini gerektirir. Bu şekilde bir hazır olmak için de hemşire hastasını destekler, konforunu sağlar veya cesaretlendirir, sağlıklı/hasta birey duygularını ifade eder ve onu dinleyen hemşire çözüm önerileri sunar, açıklama yapar ve seçim yapmasını sağlar. Hemşire göz teması, vücut dili, ses tonu, etkili dinleme ile hazır olduğunda, sağlıklı/hasta bireyi davranışa cesaretlendirir. Sağlıklı/hasta bireyin hazır olmasının sağlanması, hemşirenin deneyimleri ile sağlanır. Yani, varlık, bir birey ile gerçek anlamda ilgilenmektir (Potter ve Perry 2009, Brilowski ve Wendler 2004). Hazır olabilmek için gerekli olan ikinci davranış “Birlikte olmak” ise, hemşirenin hasta bireyi ve bireyin yaşadığı sorunu anlamaya, çözüm yolları oluşturmaya kendini vermesini ya

da odaklanmasını gerektiren kişiler arası bir süreçtir. Eğer hasta birey hemşireyi kabul ederse, muzdarip olduğu sorunları ve o anda yaşadığı acıları hemşire ile paylaşacak, hemşirenin kendisine dokunmasına ve görmesine izin verecektir. Böylece hemşire bireyin içinde yaşadığı dünyayı yani bireyin hislerini, isteklerini ve tercihlerini anlamaya çalışacak, bireyin sorunları için çözüm önerileri sunacak ve birey ile birlikte karar verecektir (Potter ve Perry 2009).

Hemşirelik uygulamalarının kuramsal çatısı, hemşirelik bilimi ve sanatı, varlık ve bakım kavramları üzerine temellenmektedir. Morse ve ark. (2002), faydalı kuramsal çerçevelerin oluşturulması veya genişletilmesi için benzer düşüncelerin ve kavramların bir noktada birleştirilmesini keşfedilmemiş bir alan olarak ifade ederler (Connett 2008).

Dokunma

Bakımın sunumunda kullanılan ve sözsüz iletişimin bir şekli olan dokunma, hemşirelerin hasta ile etkileşiminde birçok amaca hizmet eder. Dokunma duygu durum açısından oldukça önemlidir. Kime, ne zaman, nerede ve nasıl dokunabileceğimiz yazılı olmayan sosyal kurallar ve kültürel özellikler ile belirlenir. Bireyin bir dokunuşu nasıl algıladığı ve ne anlamda kabul ettiği bu özelliklere bağlıdır. Sağlıklı/hasta bireyin yüz ifadesinden huzursuz, korkulu olduğu ve acı çektiği anlaşılabilir. Bu belirtilerden herhangi biri olduğunda hemşire, hasta bireyin rahatını/konforunu sağlamak üzere dokunmayı kullanır (Potter ve Perry 2009). Dokunma yolu ile bireye, yakınlık, ilgi, güven, cesaret, içtenlik, sıcaklık, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi birçok mesaj iletilir (Kutlu 2010). Ufema (1994), küçük şeylerin bile herkes için birçok şeyi ifade edebileceğini belirtir (Brilowski ve Wendler 2004).

Dokunmanın hemşire-hasta iletişiminde önemli bir yeri vardır. Hemşireler hastalarına bakım verirken, işlevlerini yerine getirirken, üç çeşit dokunmadan yararlanırlar. Bunlar:

1. Fiziksel dokunma
2. Psikolojik dokunma
3. Terapötik dokunma

Fiziksel dokunma en genel ve ilkel dokunma biçimidir. Hasta ile fiziksel teması gerektirir ve fiziksel dokunma olmadan hemşirelik gerçekleşemez. Örneğin: Hastaya yatak banyosu vermek ya da enjeksiyon yapabilmek için mutlaka ona dokunmak gerekir.

Fiziksel olmayan dokunma ise daha çok psikolojik yaklaşımı, desteği ve empatiyi gerektirir. "Psikolojik dokunma" hastaya "ilgi", "empati", "sempati", "gerilim" "kızgınlık" gibi olumlu ya da olumsuz mesajları iletir. Hemşire herhangi bir uygulamayı gerçekleştirdiğinde ilk dokunma çeşidini kullanır. Örneğin: Hasta yatağını değiştiren hemşirenin çarşafı sert bir hareketle çekmesi, elinin hırsla hasta bedenine değmesi bu işi isteksizce yaptığı mesajını hastasına (dokunma yolu ile) iletmiş olacaktır. Belki de hemşirenin farkında olmadan yaptığı bu hareket hastasının ona olan güvenini sarsmış olacak ve ilerde iletişimi zorlaştırabilecektir (Velioğlu ve ark. 1991, Potter ve Perry 2009).

Terapötik dokunma, hemşireliğe 1960 yıllarında NewYork Üniversitesi hemşirelik profesörlerinden Delores Krieger tarafından bir kavram olarak girmiştir. Bugün U.S.A 'da 50 Üniversitenin hemşirelik okulunda uygulamalı olarak öğretilmektedir. Terapötik dokunma tüm canlıların elle ovularak dengede tutulabilecek bir enerji alanı ile çevrildikleri tahminine dayanır. Ciltten 3-5 cm yüksekte bulunan bu enerji alanını dengeleme ve yumuşatma çabasına terapötik dokunma adı verilir. Özel bir eğitimi gerektirmekte olup kendine özgü teknikleri vardır (Velioğlu ve ark. 1991). Terapötik dokunma nonverbal (sözsüz) iletişimin bir şeklidir. Terapötik dokunmada, sağlıklı/hasta bireyin eli tutulur, sırt masajı uygulanır, bireye pozisyon verilir. Terapötik dokunma kullanıldığında hemşire, birey ile iletişime geçer ve bireyi kabul ettiğini gösterir. Dokunma hem hasta birey hem hemşire de kültürel sınırları geçtiğinde sorun olabilir (Potter ve Perry 2009).

Dinleme

Dinleme önemli olup verbal (sözel) ve vokal (ses tonu, sürat v.s.) yönlerine özel dikkati gerektirmektedir. Jack Woodford'a göre "iltifat anlamına gelen, dikkatli dinlenilmekten hoşlanmayan çok az insan vardır" (Velioğlu ve ark. 1991). Hemşirelikte bakımın iki veya daha fazla birey arasındaki kişilerarası iletişimi içerdiği düşünülürse, hemşire sağlıklı/hasta birey ile profesyonel iletişimi açık tutmalı ve bireyi etkili bir şekilde dinlemelidir. Dinlemek hasta-hemşire ilişkisinde anahtar ögedir. Hemşire tüm

ilgi ve dikkatini dinleme üzerine yoğunlaştırmalıdır. Dinleme, bireyin sadece ne söylediği değil aynı zamanda ne söylemek istediğinin de anlaşılmasıdır (Potter ve Perry 2009).

Etkili dinleme, gözlemleri paylaşma, empati, umudun paylaşılması, mizah, dokunma, sessizlik, bilgi verme, açıklık getirme, odaklanma, yansıtma, onaylama, ilişkili sorular sorma gibi iletişim teknikleri sayesinde hemşire, sağlıklı/hasta bireyi kabullendiğini, birey ile ilgilendiğini ve ona saygı duyduğunu ileterek hasta bireyin duyduğu güveni artırmakta, bireyin kendisini ifade etmesine fırsat tanımaktadır (Potter ve Perry 2009). Aynı zamanda, hemşire, birey konuşurken yüz ifadesi, duruşu ile mutlaka dinlediğini belli etmeli, bireyi konuşmaya teşvik etmeli ve dikkatini dağıtacak herhangi bir şeyle (örneğin; dosya inceleme, not yazma, pencereden dışarıyı seyretme gibi) ilgilenmemelidir (Ay 2007).

Bireyi Tanımak

Bireyi tanımak, önyargılardan uzaklaşmayı, bireye odaklanmayı ve birey ile etkileşimde bulunmayı, eleştirel düşünmeyi ve karar vermeyi gerektirir. Bireyin tanınması, onu eşsiz kılan inançları, değerleri, alışkanlıkları, istekleri, tercihleri vb. alışkanlıklarının oluşturduğu bütünselliğinin farkına varılarak kabul edilmesidir. Hemşire bireyi tanıdığı anda, fiziksel durumu ve davranışları ile klinik durumundaki gelişimleri/değişimleri değerlendirebilir (Potter ve Perry 2009).

Spiritüel Bakım

Spiritüel bakım, bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamını anlama ve kabul etme çabasıdır aynı zamanda yaşam boyu kazanılan bilgilerin bir sonucudur. Yaşamın amacını oluşturan, bireye anlamlı gelen unsurları içerir. Spiritüel bakım, ne olduğumuzdan çok ne yaptığımız ile tanımlanır, Latince anlamı ile “yaşamı hissetmek”tir (Çetinkaya 2007).

Florence Nightingale döneminden itibaren, spiritüel bakım hemşirelik uygulamalarının bir parçası olmuştur. Fish ve Shelly (1978), spiritüel bakımın hemşirelik uygulamalarında önemli olmasına rağmen, genellikle dini fonksiyonlarla denk tutulduğunu, hemşirelik bakımında yer alan uygulamalar arasında kaybolduğunu belirtir (Kostak 2007).

Spiritüalizm ve din sıklıkla aynı anlamda kullanılmasına karşın iki kavram arasında önemli farklılıklar vardır. Spiritüalizm, dinin ilk komponenti sayılabilir ancak dini inanç ve uygulamalar ile sınırlandırılmayacak kadar geniş bir kavramdır. Din, yaygın anlamda inanç sisteminde kutsal ve metafizik değerlere ya da tanrı fikrine yer veren ve inananlara bir yaşam biçimi öngören sistem olarak tanımlanır. Din organize bir inanç sistemi, ibadet ve uygulamalar yoludur. Din, spiritüalizminin bir boyutu olarak tanımlanır. Geleneksel dine eğilimi olmamasına rağmen bir bireyin spiritüel boyutu gereksinimlerinin önemli bir parçası olabilir. Spiritüalizm dini geleneklere bağlı olmayı gerektirmemektedir (Çetinkaya 2007, Khorsid ve Arslan 2006, Kostak 2007). Araştırmalar spiritüalizmin, maneviyat, akıl ve beden arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Spiritüel bakım, bütüncül bakımın önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Potter ve Perry 2009).

Bütüncül bakış açısıyla bireye bakım veren hemşireler, bireyin spiritüel bakımına ilişkin farkındalığını sağlamada ve bunu bireyin kendi kendine başarabilmesinde yardımcı olurlar. Bu yönde verilecek bakım; hemşirenin, spiritüel gereksinimlerini tanımlayarak, uygun girişimlerin yerine getirilmesi ve desteklemesi olarak tanımlanabilmektedir. Ayrıca hemşirenin bireysel düşünce sistemi, spiritüel gereksinimler ve bakımı algılaması, kendi yaşam umudu, gönüllülüğü ve konuya duyarlılığı da bakımda etkili olmaktadır (Ergül ve Bayık 2004).

Aile Katılımlı Bakım

İnsanlar dünyada diğer bireylerle etkileşim halinde yaşar. Bireyin sağlığı, aile yapısı ve özelliklerinden etkilenir. Aile, bireyin sosyalleştiği en küçük toplumsal birimdir. Bireyin sağlık davranışlarını etkileyen inanç, tutum ve davranışların kazanılmasında en önemli kaynaktır. Aileler ayrıca bireylerin normal büyüme ve gelişmelerinde rol alır. Fiziksel ve psikolojik gelişimi normal olan bireyler, stresörlerle daha kolay baş edebilir ve iyilik durumunu sürdürebilir. Ailenin ekonomik durumu da bireyin sağlık durumunu etkiler. Sağlık bakımını alma, yeterli ve dengeli beslenme, güvenli bir yaşam alanı ve daha fazlası ailenin ekonomik durumundan etkilenir. Bu nedenle bireyin bakımı, bireyi ailesinden ayrı tutarak gerçekleştirilemez. Hemşire bireyi tanıdığı kadar ailesini de tanımalıdır. Aile önemli bir kaynaktır. Başarılı hemşirelik girişimleri ailenin birey hakkındaki bilgileri paylaşmasına bağlıdır (Lindberg ve ark. 1990, Potter ve Perry 2009).

Aile katılımlı bakımda, bakımın merkezinde hasta ve ailesi yer almaktadır. Bakım, kapsamlı tanılama sonrası hasta ve ailesinin tercihleri, inanç ve değerleri, alışkanlıkları, istekleri ve kültürel özellikleri dikkate alınarak planlanır ve uygulanır. Karar verme sürecinde bireye ve ailesine hemşire tarafından destek ve rehberlik sağlanmalıdır (Aslan ve Akın 2008).

2.4.3. Tutum

Bakım, sadece basit davranışlar dizisi değil, hemşireliğe özgü inanç, değer ve tutumların biçimlendirdiği bir davranış biçimi ve varlık bilimidir. Bakım, insanlara ve onların yaşamına olumlu bir yaklaşımı içerir. Watson (1990), “Eğer, bakım destek olmak ise, bakım verenlerin, hem kendileri hem de diğer bireyler ile ilişkilerinde, içtenlik, memnuniyet ve güven içinde, güçlü, cesaretli ve yetenekli olmaları gereklidir” ifadesi ile bu yaklaşımın gerçekleşmesini sağlayacak tutumlara işaret eder. Nitekim literatürde hemşirelerin tutumlarını araştıran bir çalışmada (Halldorsdottir ve Hamrin 1997), bakım veren bir hemşirenin özenli, dürüst, içten, iyi bir dinleyici, anlayışlı, hasta gereksinimlerine duyarlı ve saygılı olması gerektiği vurgulanırken diğer bir çalışmada da (Pryds-Jensen ve ark. 1993) bakım veren hemşirelerin, kuramsal bilgiye sahip ve psiko-motor becerileri gelişmiş, kendine güvenen, empatik, sezgisel davranan, yaratıcı, espri ve hayal gücüne sahip olması gerektiği belirtilmiştir. Bu ifadeler, hemşirelik bakımında önemli olan profesyonel tutumları içermektedir. Hemşirenin bakım davranışlarında bu tutumları sergilemesi aynı zamanda onların mesleki ve etik değerlerine bağlılıklarının da bir göstergesidir (Kaynak: Brilowski ve Wendler 2004).

2.4.4. Kabul Etme

İnsan olarak diğer bir insanı kabul etme, bakım hizmeti veren hemşireler açısından oldukça önemli bir özellik olarak ele alınmaktadır. Kabul etme, bireyin saygınlığı, onuru, eşsizliği, bireyselliği, inançları, değerleri ve haklarına saygı göstermenin yanı sıra biyofiziksel, psikolojik, sosyokültürel, çevresel ve ekonomik boyutlarının oluşturduğu bütünselliğini de dikkate alarak onu anlamayı gerektirir (Brilowski ve Wendler 2004).

Boykin ve ark. (1994); bakımı, hemşirenin bir bireyin yanında amaçlı ve gerçek varlık durumu içinde olması olarak görür. Bakım verilen birey yaşamı, bakımı ve gelişimi açısından bir birey olarak kabul edilir. Bu durum, hemşirelik bilimsel bilgisi ile

dolu estetik bir yol ile hastaya karşı açık olmak, onu takdir etmek ve anlamayı kapsar. Halldorsdottir ve Hamrin 1997, hemşirenin hastaya her açıdan destek olarak görüldüğü bu bakış açısının, güçlü bir kabullenmeyi gösterdiğini belirtir (Brilowski ve Wendler 2004).

Hartrick (1997)'e göre bir bakım ilişkisi, bireylere yönelik özel ilgiyi kendi içinde barındırır. Bu ilginin özünde, insani ilişkilerin ve bağlılığın gücü yer alır. İlgi, sadece belirlenen sorun ve çözüm üzerine odaklanma değildir, aynı zamanda bireylerin deneyimleri de göz önüne alınarak onların sağlığı ve iyiliğinin öneminin de farkında olmaktır. Böylesi bir bakım davranışı ise güçlü bir kabul etme göstergesidir (Brilowski ve Wendler 2004).

2.4.5. Değişkenlik

Değişkenlik, bu kavramsal analiz süresince belirlenen beşinci ve son bileşendir. Bakım, tekrarlanan tanımlarda, değişken, biçimlendirilebilir, nedenlere bağlı, çevreyi, birey, aile ve toplumu kapsayan bir kavram olarak yer almaktadır. Bakım tanımlarında yer alan “değişkenlik” sözcüğü, bakımın deneyimler doğrultusunda öğrenilen bir bileşenidir. Hemşirelik bakımında, bireyselliğin göz önünde bulundurulması temel amaçlardan biri ise bakımda değişkenlik kaçınılmazdır. Çünkü bakım, hemşirenin kendini anlayabildiği ve tüm insanların bireyselliğine dolayısı ile değişkenliğine saygı duyduğu ölçüde gerçekleştirilebilir (Brilowski ve Wendler 2004).

Hartrick (1997) ve Sanford (2000), “bakımın, hemşirenin, kendini anlayabildiği ve tüm insanların bireyselliğine saygı duyduğu zaman gerçekleştirilmesinin mümkün” olduğunu ifade eder (Brilowski ve Wendler 2004).

Hasta Merkezli Bakım İçin Uluslar Topluluğu Programı (The Picker/Commonwealth Program for Patient Centered Care) tarafından “Birey Merkezli Bakım”ın (Client-centered care) yedi ölçütü belirlenmiştir (Tablo 2.3-1). Hemşireler için oldukça önemli olan birey merkezli bakımın ölçütleri, bireylerin beklenti ve gereksinimlerini tanımlamada hemşireye yararlı birer rehber niteliğindedir. Hemşireler, bu ölçütler ışığında bakımı bireyselleştirebilirler. Bu ölçütler aynı zamanda sağlıklı/hasta bireyin karşılanma durumunun yanı sıra bakımın sonuçlarını değerlendirmede somut bir gösterge oluşturabilir (Potter ve Perry 2009).

Tablo 2-1: Birey Merkezli Bakımın Ölçütleri**1. Değerlere, tercihlere ve ifade edilen gereksinimlere saygı**

- Bireyler, itibar ve saygı duyularak bakım verilmesini ümit ederler.
- Bireyler, kendi bakımları hakkında bilgilendirilmek ve bu konuda verilecek kararların içine dahil edilmek isterler.
- Bireylerin gereksinimlerine yönelik kendi algıları, bakım veren hemşirenin belirlediği gereksinimlerden tamamen farklı olmamalıdır.

2. Bakımın düzenlenmesi ve bütünlüğü

- Bakım veren, bireyin çaresizlik duygusunu azaltır.
- Bireyler, kendilerine bakım verebilecek birini ararlar ve tüm sağlık bakım ekibi ile açık bir biçimde iletişime girebilmeyi ümit ederler.
- Bireyler, kendilerine hizmet edilmesini ve iyi düzenlenmiş prosedürlerin olmasını ümit ederler.
- Bireyler, kendisine yardım etmesi için günün her anında kimden yardım alabileceklerini ve kime ulaşabileceklerini bilmek isterler.

3. Bilgi, iletişim, eğitim

- Bireyler, kendi tanısı, prognozu ya da klinik durumuna ilişkin zamanında ve doğru bir şekilde bilgilendirilmek isterler.
- Bireyler ve aileleri, bireyin durumu ya da tedavilerindeki majör değişikliklerden haberdar olma gereksinimi duyarlar.
- Bireyler, prosedürlerin kendilerinin anlayabileceği bir dil ile açık bir şekilde ifade edilmesine gereksinim duyarlar.
- Bireyler ve aile üyeleri, bakımı kendilerinin nasıl sürdüreceğini bilmek isterler.

4. Fiziksel konfor

- Konforu sağlayan fiziksel bakım, hemşirelerin en temel işlevlerinden biridir.
- Hemşireler, ağrısı olan hasta bireyin ağrı tedavisine yönelik bir isteğinde, bireyin beklentileri doğrultusunda, zamanında ve etkili bir şekilde bireyin içinde bulunduğu duruma yönelik çözüm yolları bulur ve ağrı tedavisi için bireye uygulanabilecek farklı alternatifler önerir.
- Bireyler, kişisel gizliliklerine ve kültürel değerlerine saygı duyulmasını ümit ederler.
- Bireyler, sağlık bakım hizmetlerinin gerçekleştirildiği çevrenin, temiz ve konforlu olmasına gereksinim duyarlar.

5. Korku ve anksiyetenin giderilmesinde duygusal destek

- Bireyler, korkuları ve korkuları ile ilişkili konuları bakım veren hemşire ile paylaşma gereksinimi duyarlar.
- Bireyler, hastalıklarının kendilerine ya da ailelerine yönelik sorumluluklarını ne yönde etkileyeceğini bilmek isterler.
- Bireyler, kendi tıbbi tedavilerinin maddi karşılığını ödeme konusunda endişe duyarlar.

6. Aile ve arkadaş ilgisi

- Bakım veren hemşire, bireyi rahatlatarak destekleyecek olan bireyin ailesi ya da arkadaşlarına saygı duyar ve onları tanıma gereksinimi hisseder.
- Aile üyeleri bireyin bakımına ilişkin kararların içinde yer alabilirse, birey için daha doğru kararlar alınabilir.
- Bireyler, doğru bir şekilde bilgilendirilip taburcu edildikten sonra, aile üyeleri ve arkadaşlarından fiziksel destek ve bakımlarında yardım almayı ümit ederler.

7. Değişim ve süreklilik

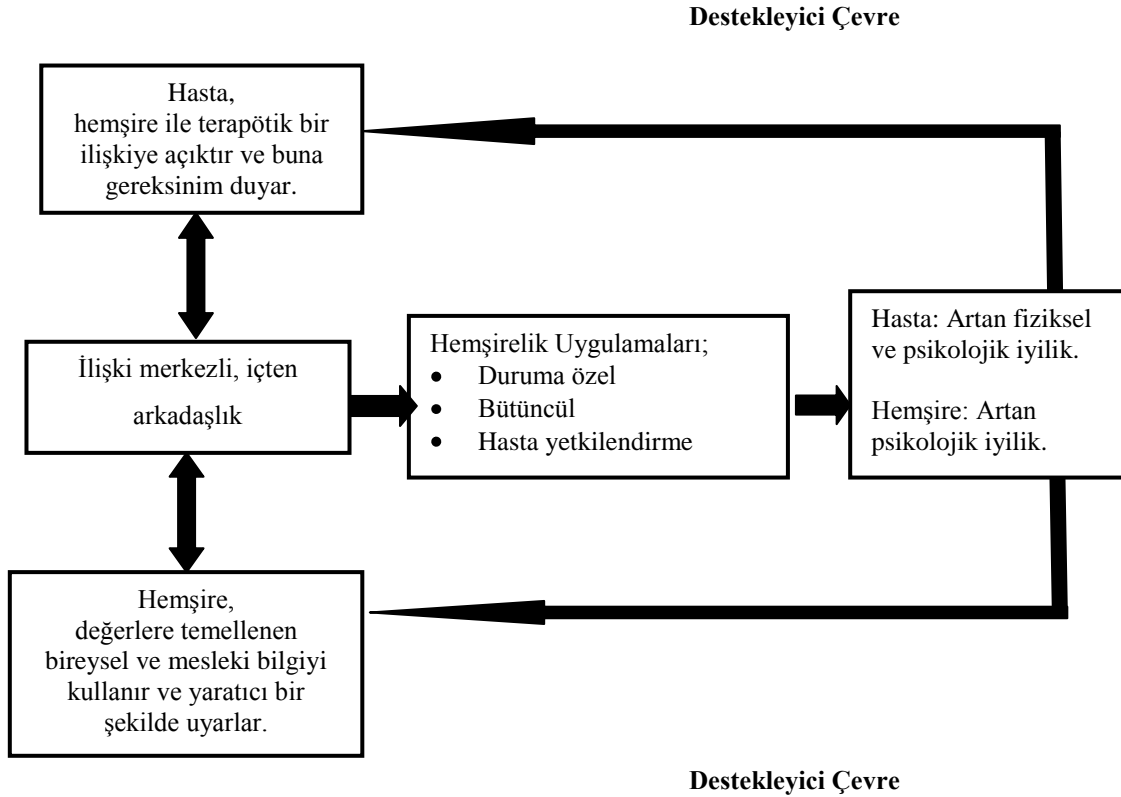
- Bireyler, hastanede yatma ya da tedavi sürecinden sonra, ilaçlarının kullanımı, diyeti, izleyeceği tedavi planı ve tehlikeli durumların belirtilerine yönelik bilgilendirilmek isterler.
- Bireyler, taburcu edildikten sonra da sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasını ümit ederler.
- Bireyler ve aile üyeleri, taburculuktan sonra gerekli sağlık bakım kaynaklarına ulaşabilmeyi ümit ederler.

Potter, P.A. ve Perry, A.G. (2009). *Caring in Nursing Practice. Fundamentals of Nursing. (7th ed.)* St. Louis: Mosby Elseiver; 95-105.

Bir başka çalışmada ise, Johnson (1994), hemşirelik bilim ve sanatının felsefi analizlerini yaparak ve bilim insanların görüşlerini kapsamlı bir şekilde araştırarak, hemşirelik sanatının beş ayrı duygudan oluştuğunu belirtir. Bunlar ise hemşirelerin becerilerini kapsamaktadır (Connett 2008)

1. Hasta ile görüşmelerin içindeki anlamı kavramak,
2. Hasta ile anlamlı bir bağ kurmak,
3. Hemşirelik aktivitelerini profesyonel bir şekilde yerine getirmek,
4. Uygun bir hemşirelik davranışı sergilemek,
5. Hemşirelik uygulamalarında etik kurallara uygun davranmak.

Johnson (1994)'ın hemşirelik bilim ve sanatı ile ilgili felsefi araştırmasındaki bulgular, hemşirelik sanatı ile ilgili deneysel temelli çalışmalarının sonuçları ile birlikte ele alınarak kalitatif olarak analiz edilmiş ve bulgular, bakım ve varlığın kalitatif sentezinden (Finfgeld-Connett 2006, 2008a) elde edilen sonuçlar ile birleştirilerek bir çatı oluşturulmuştur (Şekil 2-1) (Connett 2008).



Şekil 2-1: Üç Hemşirelik Kavramı Üzerine Temellenen Hemşirelik Uygulamasının Kuramsal Çerçevesi.

Kaynak: Connett, D.F. (2008). Qualitative convergence of three nursing concepts: art of nursing, presence and caring. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (5), 527–534.

Görüldüğü gibi hemşirelik bakımının birey için yararlı olabilmesi ve amacına ulaşabilmesi, ancak yukarıda ele alınan bakım bileşenlerinin tümleşmesi ile olasıdır. Bakımın bu doğrultuda sunulması, hemşirenin bakım süresince hastayı ve hastalık deneyimini daha iyi kavramasını, dolayısı ile yardım eylemlerini bireyselleştirerek bireyin yaşamına anlam katmasının yanı sıra hemşirenin kişisel ve mesleki doyuma ulaşmasını da sağlar (Potter ve Perry 2009, Brilowski ve Wandler 2004).

2.5. BAKIM KAVRAMI VE HEMŞİRE KURAMCILAR

Bu bölümde, bakım kavramını inceleyen hemşire liderlerin geliştirdikleri kuramlar metateorik yaklaşımları ile birlikte ele alınmıştır.

Metateori, teorinin temel yapısına ilişkin sistematik çalışma olarak tanımlanabilir. Teori oluşturmak için gerekli ön koşulların bilinmesi süreci olarak değerlendirilmektedir. Diğer bir deyişle, metateori, teoriden önce gelen gelir ve teori oluşturmak için temel epistemolojik ve metafizik sorunların çözümlenmesine yardımcı olur. Metateori süreci, felsefi bir süreçtir. Teorinin ön koşullarına ilişkin görüş oluşturmaz, geliştirilen teorilerdeki temel düşünceleri, sayıtları (varsayımları) ve süreçleri inceler (Öğün 1998).

Florence Nightingale'den bugüne, farklı felsefi, ahlaki ve etik bakış açıları ile bakım kavramı üzerinde çalışmalar süregelmektedir. Birçok hemşire lider, bakımın hemşirelik bilim ve sanatındaki öneminden dolayı bakım kavramını temel alan kuramlar geliştirmiştir (Perry 2009, Mackintosh 2000).

Kuram, bir olay ya da olguyu tanımlama, açıklama, sezinleme ve kontrol etme amaçlarına yönelik, kavramlararası ilişkiyi kurarak belirleyen, olay/olguya ait sistematik bir görüşü yansıtan kavram ve tanımlar dizisidir. “Ne”, “Neden”, “Nasıl” sorularının yanıtlarını bulmamızı sağlar (Perry 2009, DeLaune ve Ladner 2002, Birol 2005, Velioglu 1999).

Hemşirelik kuramları, hemşirelik disiplininin gelişimini sürdürmek ve mesleğin gelişim yolunda değişimini sağlamak için gereklidir. Çünkü, her geçen gün değişim ve gelişim içinde olan sağlık bakım dünyası içinde, hemşireler toplumsal gereksinimlere yanıt verebilmek için bilimsel bilgi temelini geliştirilmesi ve sürdürülmesine gereksinim duyarlar (DeLaune ve Ladner 2002, Perry 2009).

Bu anlamda, hemşirelik kuramları, inançları, değerleri ve hedefleri aydınlatıcı özelliği ile hemşireliğin bilimsel bilgi içeriğini ve uygulamalarını destekler ve bireylerin bakım gereksinimlerini karşılamada hemşireliğin bireye özgü eşsiz katkılarını tanımlamada yardımcı olurlar (DeLaune ve Ladner 2002).

2.5.1. Margaret Jean Watson (1940-..): “Bakım Felsefesi ve Bilimi” “1975, 1988, 2002”

Watson, hemşireliği, amacı birey, aile ve gruplara bakım verme olan insan bilimi olarak tanımlar. Kuramı hümanizm üzerine temellenir ve kaynağını metafizikten alır (Rafael 2000, McCance ve ark. 1997).

Watson’a göre bir bilim ve sanat olan hemşirelik, sağlık, hastalık ve insan davranışları arasındaki ilişkiyi anlamaya çalışmaktır. Hemşirelik, sağlığı yeniden kazandırma, sürdürme ve hastalıklardan koruma ile ilgilidir. Ancak sağlık, hastalığın olmamasından daha fazla bir durumdur (Rafael 2000, Ay ve ark. 2007, McCance ve ark. 1997, Potter ve Perry 2009).

Watson’un kuramı bakım süreci ile ilişkilidir. Bu bakım süreci hemşirenin, var olan veya olası sağlık sorunlarına karşı bireyin davranışları ve yanıtları, bireysel gereksinimler, diğer bireylere nasıl davranılması gerektiği, birey ve ailesinin güçlü ve güçsüz yanları konusunda bilgi sahibi olmayı gerektirir. Hemşire bireye yardım eder ve birey ve ailesine karşı ilgi ve empati duyar. Bakım hemşirenin sağlık bakımı vermede kullandığı tüm faktörleri ifade eder (Potter ve Perry 2009, DeLaune ve Ladner 2002, Rafael 2000).

Watson (1985, 1988) bakımın, hemşireliğin merkezinde yer aldığına ve bakım sürecinin bir hemşirenin diğer bireyleri eşsiz olarak görüp yanıtladığı ve onların duygularını algılayabildiği interaktif bir süreç olduğuna inanır. Bakım, insancıl bir yaklaşımdır ve beden, akıl ve ruhu birleştiren bütüncül bakış açısını kapsar (DeLaune ve Ladner 2002, White 2003). Dolayısı ile, Watson’ın kuramında bakımın, “kişilerarası bir süreç” olduğu vurgulanır. Bu süreç, bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleşmiş bir kişilerarası süreçtir (Acaroğlu 2003, Mackintosh 2000).

Hemşire bireyle amaçlı olarak iletişime geçer. Bu iletişim hemşire ve birey arasındaki bakım anında gerçekleşir. Bakım veren ve bakım verilen arasında bir bağlantı oluşur. Bu süreçte hemşirenin amacı, birey için sağlık-hastalık kavramlarının

anlamını bulmada ve bireylere kendini tanıma, öz-saygı, öz-bakımı geliştirebilmek için iç uyumunun sağlanmasında yardımcı olmaktır (Neil ve Tomey 2006, Perry 2009, Potter ve Perry 2009, Rafael 2000). Bu ilişkiden hem hemşire hem de birey olumlu ve olumsuz etkilenebilir (Neil ve Tomey 2006, Potter ve Perry 2009, Perry 2009).

Watson'a göre hemşireliğin merkezi iyileştirici faktörlerdir. Hemşirelerin insancıl bir felsefe ve değer sistemi geliştirebilmesi için beşeri bilimlerde iyi bir birikime sahip olmasının gerekli olduğu üzerinde durur.

Watson, kuramında 10 iyileştirici faktör tanımlamıştır. Bu faktörler, kuramın temelini oluşturmaktadır (DeLaune ve Ladner 2002, Mackintosh 2000).

İyileştirici faktörler:

1. *Hümanistik-alturistik değerler sisteminin oluşturulması*
 2. *Güven-umut aşılması*
 3. *Kendi ve diğerleri için duyarlılık geliştirme*
 4. *Yardım-güven ilişkisi geliştirme*
 5. *Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesinin sağlanması ve desteklenmesi*
 6. *Karar vermede bilimsel problem çözme yönteminin sistematik kullanılması*
 7. *Kişilerarası eğitim-öğrenme yöntemlerinin desteklenmesi*
 8. *Destekleyici, koruyucu ve düzenleyici, zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve ruhsal bir çevre hazırlanması*
 9. *Temel insan gereksinimlerinin karşılanmasında yardım*
 10. *Varoluşçu-fenomenolojik güçlerin göz önünde bulundurulması*
- (Neil ve Tomey 2006; http://currentnursing.com/nursing_theory/Watson.htm).

Watson'un kuramında hemşireliğin amacı bireye akıl, beden ve ruh arasında uyum sağlama konusunda yardım etmektir. Ona göre bu amaca iyileştirici faktörler adını verdiği bakım girişimleri ile ulaşılabilir (McCance ve ark. 1997, Rafael 2000).

2.5.2. Simone Roach: “Bakımın Kavramsallaştırılması” “1984-1987”

Roach çalışmalarında, bakımın hemşireliğe veya diğer bakım ile ilişkili mesleklere özgü olmadığını, bakım vermenin insan olmanın temel özelliği olduğunu, belirtir. Bu doğrultuda hemşireliği bilimsel bilgi, beceri, tutum ve değerlerin kazanılması ve uygulanması yoluyla, bakım vermede profesyonelleşmesi olarak tanımlar (McCance ve ark. 1997, Tontipoonwinai 2009). Bakımın hemşirelikte temel olduğunu ancak hemşirelikte bakım vermenin değil, nasıl bakım verildiğinin önemli olduğunu vurgular (Roach 2008, McCance ve ark. 1997).

Roach, çalışmalarını felsefe ve teoloji üzerine temellendirmiştir. Bakım ve hemşirelik ile ilişkili kavramlara ve kuramın temel kavramlarına da bu etkiler yansımıştır (Tontipoonwinai 2009, McCance ve ark. 1997).

Kuramın temel kavramları (6 C);

- Şefkat (compassion)
- Yetenek (competence)
- Güven (confidence)
- Vicdan (conscience)
- Bağlılık (commitment)
- Davranış (comportmen)

Bu temel kavramları insan davranışlarının genel çerçevesi olarak ele alır (McCance ve ark. 1997, Tontipoonwinai 2009).

2.5.3. Anne Boykin (1944-...) ve Savina O. Schoenhofer (1940-...): “Bakım Verici Olarak Hemşirelik” “1990-1993”

Boykin ve Schoenhofer’in kuramı hemşireliğin akademik bir disiplin olduğunu kanıtlamak amacı ile geliştirilmiştir. Temelinde felsefe ve beşeri bilimler vardır (Purnell 2006). Hemşirelik, bakım verme eylemi ile insanların gereksinimlerinin belirlenmesinden sorumludur (Ay ve ark. 2007). Bakım ise hemşirenin bireysel yaşamında bakımı deneyimleyen ve bakımla gelişen bireyle birlikte, amaçlı ve özgün bir şekilde var olmasıdır (Purnell 2006).

Bu kuramcılar bakımı ulaşılabilecek bir amaç olarak değil, günlük bir süreç olarak görürler. Kuramın basit önermesi, tüm insanlar bakım vericidir. Bakım vermek, kendisi ve diğerleri için sorumluluk duyma ile ilişkilidir. Bakım verme ilişkisinin odağını kişilerarası ilişki oluşturur ve bu ilişki inanç, değer ve uygulamaların uyumu ile güçlenir (Ay ve ark. 2007).

Kuramın temel varsayımları;

- Bireyler insani değerleri nedeniyle bakım verirler.
- Bireyler bir bütündür.
- İnsanlar bakımı hayatları boyunca deneyimlemektedirler.
- İnsanlık hayatını bakım çerçevesine oturtmuştur.
- İnsanlık diğer bireylerin bakım aktivitelerine katılma yoluyla gelişir.
- Hemşirelik hem bir disiplin hem de bir meslektir (Purnell 2006).

Boykin ve Schoenhofer'in kuramını oluşturan temel kavramlar ve tanımlar ise;

- Hemşireliğin amacı ve odağı
- Birey
- Hemşirelik görüşü
- Hemşireliği bilme yolu olarak öykü
- Bireysellik
- Dolaysız davet
- Hemşirelik talebi
- Bakım birlikteliği
- Hemşirelik yanıtı (Purnell 2006).

2.5.4. Kari Martinsen (1943-...): “Bakım Felsefesi” “1970- 1996”

Kari Martinsen, önemli filozofları (Karl Marx, Edmund Husserl ve Merleau-Ponty) temel alarak bakım etiğine önemli kuramsal katkılar sağlayan bir hemşire kuramcısıdır (Wærness 2001).

Martinsen, bakımı hemşireliğin ötesinde bir şey olmakla birlikte, hemşirelikte ve bakım ile ilişkili mesleklerde bir temel yapı olarak tanımlamıştır (Alvsvag 2006).

Martinsen'e göre bakım, diğer bireylere saygı, bakma ve ilgilenmeyi içerir ve bakımdan söz edildiğinde üç şeyin var olması gerekir. Bunlar;

- *İletişim*; bakım için en az iki bireyin var olmasını gerektirir anlamındadır.
- *Uygulama*; somuttur ve bir girişimi içerir. Bakım, uygulama yolu ile öğrenilir.
- *Ahlak*; bakımın ayrıca ahlaki bir yönü vardır (Alvsvag 2006).

Bakımın gerçekleştirilebilmesi için öncelikle durumun çok iyi anlaşılması gerekir ve bu bakım aktivitelerinin altında yatan amacın daha iyi değerlendirilmesini sağlar (Alvsvag 2006).

Hemşirelik bakımı, hasta olan ve bakıma gereksinimi olup kendi gereksinimlerini karşılayamayan bireylere verilir. Bu yardımın gerçekleştirilebilmesi için bilgi, beceri ve hazıroluş gibi önkoşullar gereklidir.

Martinsen'in kuramını oluşturan temel kavramlar ve tanımlar;

- Bakım
- Profesyonel karar ve sezgi
- Bakıma temellenen ahlaki yaklaşım
- Birey merkezli profesyonellik
- Yaşama hakim olan sözler
- Dokunulmaz alan
- Görev aşkı
- Kalp gözü
- Kanıtlayıcı gözlem (Alvsvag 2006).

2.5.5. Kristen M.Swanson (1953-...): “Bakım Kuramı” “1991-1999”

Swanson hemşireliği, “başkalarının esenliğini sağlamak için öğrenilmiş bakım” olarak tanımlar (Wojnar 2006). Bakımı ise bireyin yaşamına anlam katma yolu olarak açıklar (Perry 2009, Wojnar 2006).

Swanson'un kuramında bakımın beş bileşenden oluştuğunu belirtir. Her bir bileşen, hemşirelik uygulamaları için bir temel oluşturur. Kuramın temelini oluşturan ana kavramlar ve alt boyutları yansıtan bu bileşenler hemşirelerin yaşam felsefesi, bilgi, bireye iletilen sözlü ve sözsüz mesajlar, terapötik girişimler ve bakımın sonuçlarından oluşur. Swanson bakım sürecinin bir bütün olduğunu, parçaların birbirinden ayrılamayacağını ifade eder (Perry 2009, Wojnar 2006).

Swanson'un kuramını oluşturan temel kavramlara bakıldığında;

- Bilmek
- Desteklemek
- Yerine getirmek
- Fırsat vermek
- İnançları korumak (Wojnar 2006).

2.5.6. Katie Eriksson (1943-...): “İyileştirici (Caritative) Bakım Kuramı” “1970-2003”

Eriksson'un (1990, 1995, 2003) İyileştirici Bakım Kuramının başlıca özelliği, bütün sağlık bakım durumlarında insan onurunu onaylayarak ve saygı duyarak insan gereksinimlerini karşılamayı temel almasıdır (Lähdesmäki ve Nyholm 2007).

Eriksson'a göre (1987) dünya, 3 farklı boyutta görülebilir;

1. Bireysel Dünya
2. Sosyal Dünya
3. Çevresel Dünya

Dünya içinde insan, var olur, sağlık ve hastalık deneyimi yaşar ve hepsinden önemlisi de bakımın anlamı olarak yer alır (Lähdesmäki ve Nyholm 2007).

Eriksson'un kuramının temel varsayımları;

1. İnsan varlığı, temel olarak manevi, tinsel ve bedensel varoluştur.
2. İnsan varlığı, temel olarak bir dinsel varoluştur ancak tüm insanlığın varoluşu bu bağlamda tanımlanamaz.
3. İnsan varlığı, temel olarak bir bütündür. İnsan onuru, bir diğer birey için var olmak, sevgi ile insana hizmet sunmanın insani bir görev olduğunu kabul etmek anlamına gelir.
4. Sağlık, katlanılabilir bir acıya uyum sağlamada bütünlük ve dengeyi oluşturmak için çaba sarf etmek, eylemde bulunmak, var olmak ve gelişmek için gerçekleştirilen bir devinimdir.
5. Bakımın temel kategorisi, bir sorun yaşamaktır.
6. Bakımın temel motifi, “iyileştirici” motiftir.

7. Bakım, yardımseverlik, sevgi, güven ve umut içinde muzdarip olunan şeyi hafifletmeyi, dindirmeyi amaçlar. Doğal temel bakım, bir bakım ilişkisini sürdürürken öğretme, rol alma ve yönelme süreci şeklinde ifade edilebilir.
8. Bakım ilişkisi, bakımın anlamlı içeriğinde şekil alır ve bakımın odağı sevgi, sorumluluk ve fedakarlık gibi iyileştirici değerlerden ve inançlardan oluşur (Eriksson 2002).

Eriksson'un kuramını oluşturan temel kavram ve tanımlar;

- Sevgi ve yardımseverlik (Caritas)
- Bakım paylaşımı
- Bakım davranışı
- İyileştirici (Caritative) bakım etiği
- İnsan onuru
- Davet
- Acı çekme
- Hastalık, bakım ve yaşama ilişkin ıstırap
- İstırap çeken insan:
- Uyum sağlama
- Bakım kültürü (Lindström 2006).

Eriksson'a göre, bakımın temel amacı, ıstırapı dindirmek, sağlığa ve yaşama hizmet etmektir. Bir bütünsel varlık olarak insan kavramı, onuru ve bütünlüğü ile tinsel ve ruhsal olarak kabul edilmiş temel gerçeklerdendir (Lindström 2006).

Bu kuramcılarının haricinde, bakım ile ilgilenen hemşire liderlerden Benner ve Wrubel bakımı, hasta ile hemşire arasında etkileşimli bir süreç olarak tanımlar ve bakım uygulamalarının, hasta savunuculuğu, bireyin büyüme ve gelişmesine yardımcı olacak gerekli koşulların sağlanması olduğunu vurgular. Her bireyin farklı tecrübe, değer ve geçmişe sahip olduğunu ve dolayısı ile bakım vermede kültürel yaklaşımın önemli olduğunu vurgularlar (Potter ve Perry, 2009).

Yukarıda açıklanan ve hemşireliğin bilimsel bilgi içeriğinin ve uygulamalarının çerçevesini belirleyerek hemşireliğin bir bakım bilimi olduğunu ortaya koyan bu kuramların yanı sıra Leininger tarafından geliştirilen bir başka kuram ile bakımda kültürel boyutun önemi vurgulanmıştır.

2.5.7. Madeleine Leininger (1920-...): “Bakımda Kültürel Farklılık ve Evrensellik” “1950-1995”

Leininger’in kuramının amacı; birey, aile ve gruplara kültürlerine uygun bir hemşirelik bakımı vermektir. Kuramı, insanların kültürel inanç ve uygulama sistemleri içinde doğup, yaşayıp, hastalanıp, öldüklerini, fakat büyümek ve yaşamlarını devam ettirebilmek için bakıma gereksinimleri olduğunu öne sürer. Kuramın kaynağını antropoloji ve hemşirelikten almaktadır (McFarland 2006, McCance ve ark. 1997, Tortumluoğlu 2004, Ay ve ark. 2007). Leininger, kültür bilgisinin, tüm hemşirelik kararları ve eylemleri için bir rehber olması gerektiğini belirtir (McFarland 2006).

Kültürel alanda ilk çalışmaları yapan ve antropolojide doktor ünvanını alan ilk hemşire olan Leininger, 1960 yılında “Bakımda Kültürel Farklılık ve Evrensellik” kuramını geliştirmiştir. Bu kuram, çevresel koşullar, etnografya, dil, cinsiyet, sınıf, ırk, sosyal yapılanma, politika, ekonomi, inanç, akrabalık, teknoloji, kültür, felsefe gibi sağlık ve bakımı etkileyecek çok etmenli yaklaşımı benimser (McFarland 2006, Perry 2009, Şahin ve ark. 2009, Birol 2005).

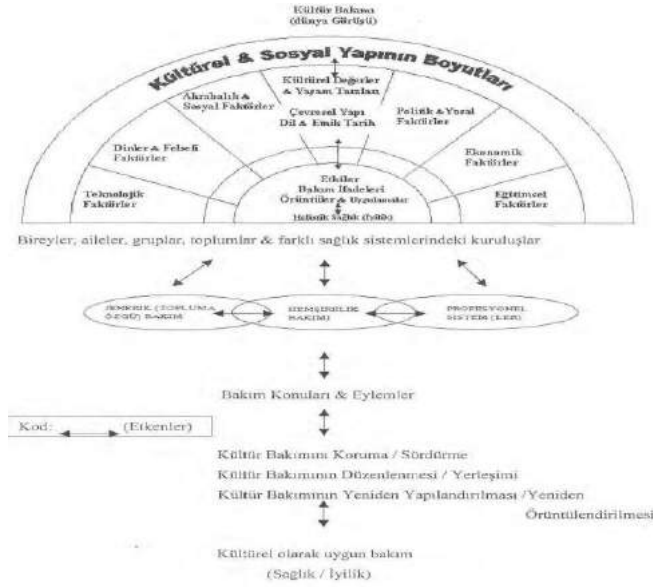
Leininger, kültürü, “belli bir grubun düşüncelerine, kararlarına ve eylemlerine rehberlik eden öğrenilmiş, paylaşılan, aktarılan değerler, inançlar, normlar ve yaşam şekilleri” olarak tanımlamaktadır (McCance ve ark. 1997).

Leininger, Kültürlararası Hemşireliği; “Hemşirelik bakımında kültürel evrensellik ve kültüre özgünlük sağlayan, farklı kültürlerin karşılaştırmalı araştırma ve analizi üzerine temellenen, sağlık, hastalık bakım, inanç ve değerlere saygılı bir şekilde, dünyada alt kültür ve kültürlerindeki farklılıkları analiz eden ve karşılaştırmalı çalışma üzerine odaklanan hemşireliğin bir kolu veya alt dalı” şeklinde tanımlanmıştır (McFarland 2006, Tortumluoğlu 2004).

Leininger’a göre *kültüre özgü bakımın* amacı, yaşam felsefesi, sosyal yapılar ve diğer boyutlar ile ilişkili bakım uygulamalarındaki farklılıkları ve benzerlikleri ortaya koymak ve daha sonra birey, aile ve toplumların esenliğini sağlama, hastalıklardan iyileşme veya ölümlerle yüzleşmelerinde farklı veya benzer kültürlerdeki bireylerle kültürlerine özgü bakım verme yollarını bulmaktır (McFarland 2006, McCance ve ark. 1997, Birol 2005).

Leininger, hemşirelik bilgisi ve uygulamalarında, bakımın temel olduğuna ve en güçlü yapılardan biri olduğuna inanmıştır. Kuramının odak noktası bakımdır. Bakım uygulamalarının kültürden hiçbir şekilde ayrılamayacağını öne sürer (McFarland 2006, Ay ve ark. 2007, McCance ve ark. 1997, Perry 2009).

Leininger (1997), hemşirelerin kültürel yetkinlikte bakım verebilmelerine yardımcı olmak amacıyla “Gündoğumu Modeli” geliştirmiştir (Şekil 2-3). Bu model “araştırmacının aklına güneş girmesine izin vermek”, kültürel değerler ve kültüre özgü bakım gereksinimleriyle ilgili bakım faktörlerinin geliştirilmesini taşımaktadır. Bu modelde çizilen “yükselen ve parlayan güneş” hemşirelik bakımına yeni bakış açıları getirmektedir (McFarland 2006, Leininger 1997, Öztürk 2003).



Şekil 2-2: Leininger'in Gün Doğumu Modeli ile Transkültürel Bakım

Leininger'in Gün Doğumu Modeli, hemşirelik bakımı ile etkileşim içinde olan teknolojik, dini ve felsefi faktörleri, akrabalık ve sosyal etmenleri, kültürel değerler ve yaşam tarzını, politik ve yasal, ekonomik ve sosyal etmenleri içermektedir (McFarland 2006, Şahin ve ark. 2009).

2.6. BAKIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bakımı farklı özellikleri ile inceleyen birçok metodolojik çalışmalar sonucu bakım ölçme araçları geliştirilmiştir. Bunlardan sıklıkla kullanılan ölçeklerden bazıları şunlardır;

Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ)- (Caring Assessment Questionnaire-CareQ

BDÖ, Patricia Jean Larson tarafından 1981 yılında geliştirilmiş ve hemşirelik literatüründe yer alan ilk kantitatif bakım değerlendirme aracıdır. Bu ölçek, çok uzun zamandır bilinen ve farklı gruplarla (hemşire, hasta ve öğrenci) çalışmalarda kullanılan bir ölçektir (Larson 1981, Watson 2009). Larson (1981), Care-Q'nun zorunlu- seçim formatını ve Q metodolojisinin bazı sınırlılıklar getirdiğini ve bakım maddeleri arasından en önemlilerini belirlemede zorlanmalar oluştuğunu belirtmiştir. Care-Q'nun tamamlanmasında gereken zamanın uzunluğu ve katılımcıların belirtilen seçimlere göre maddeleri sınıflandırmasında yaşanan sorunları dile getirmiştir (Watson, 2009). Bunun üzerine Larson, Lee ve Holzemer 2006 yılında, Care-Q'yu 50 madde içerecek biçimde uyarlayarak metodolojik bir yaklaşımla modifiye etmiştir (Lee ve ark. 2006). Modifiye Care-Q, Orijinal Care-Q'ya temellendirilmiştir ve Q metodoloji yerine 7'li Likert tip ölçek ile bakım davranışlarındaki sıklık değerlendirilerek bakım davranışlarının önemini gösteren algılar ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire): Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası, hastaların bakış açısından bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirmek amacı ile Suhonen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen likert tipi bir skaladır. Skalanın Türk toplumuna uyarlanması 2005 yılında Acaroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. BBS her biri 17 madde içeren iki bölümlü bir skala olup; (1) hastanın bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması (BBSA) ile, (2) hastanın kendi bakımında bireyselliği algılamasını (BBSB) değerlendirir. BBSA ve BBSB'de benzer olumlu ifadelerden oluşan ve eşit sayıda madde içeren; klinik durumda bireysellik, kişisel yaşamda bireysellik ve bakım üzerindeki kararlar kontrolünde bireysellik olmak üzere üçer alt boyut bulunur (Acaroğlu ve ark.2007, Acaroğlu ve Şendir 2012).

Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ): Hastaların hemşirelik bakımını algılayışını değerlendirmek amacı ile Ann M. Dozier ve arkadaşları tarafından 2001 yılında Amerika’da geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması 2006 yılında Çoban ve Kaşıkçı tarafından yapılmıştır. Ölçek hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve bu bakımdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Çoban 2006).

Yaşlı Bireyler İçin Aile Üyeleri Tarafından Verilen Bakımı Değerlendirme Ölçeği: Yaşlı bireylere aile üyeleri tarafından verilen bakımı değerlendirmek amacı ile Shyu ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması 2008 yılında Cingil ve Gözüm tarafından geliştirilmiştir (Cingil ve Gözüm 2008). Ölçekteki ifadeler aile bakım verme etkenlerini dört alt bölümde toplar. Bu bölümler; bakım verenin bakım verdiği bireyle ilgili bilgi düzeyi, bakım vermede yaşanan güçlükler, bakım verme kaynakları ve bakım verenin kendisinden bekledikleri’dir. İlk üç bölüm hemşirenin gözlemlerini, son bölüm bakım vericinin kendisinden beklentilerini yansıtmaktadır (Cingil ve Gözüm 2008).

Bakım Verme Yükü Ölçeği (BVYÖ): Yaşlı bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacı ile Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması 2006 yılında İnci ve Erdem tarafından geliştirilmiştir (İnci ve Erdem 2006, Cingil ve Gözüm 2008). Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (İnci ve Erdem 2006, Cingil ve Gözüm 2008).

Maneviyat ve Manevi Bakım Dereceleme Ölçeği (MMBDÖ): Maneviyat ve manevi bakımı değerlendirmek amacı ile McSherry, Droper ve Kendrick tarafından 2002 yılında geliştirilen likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması 2006 yılında Ergül ve Bayık tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Maneviyat, manevi bakım, dinsel ve bireysel bakım alt boyutlarından oluşan, beşli puanlama ile yanıtlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçek, maneviyat ve manevi bakım kavramlarının algılanma düzeyini ölçmektedir (Ergül ve Bayık 2004).

2.7. HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE “BAKIM”

Bilim ve sanattan oluşan hemşirelik mesleğinde eğitimin amacı, öğrencilerin mesleki rol ve sorumluluklarının bilincinde, sağlığı koruma ve geliştirmenin önemini kavramış, bireysel ve bütüncül yaklaşımla bakım verme davranışları edinmiş iyi nitelikte birer meslek üyesi olarak gelişimlerini sağlamaktır (Begum ve Slavin 2012, Wiesman 1994, Çelikkalp ve ark. 2010, AYTEKİN ve ark. 2009, Yanikkerem ve ark. 2006). Bu gelişim aynı zamanda hemşirelik uygulamasına temel oluşturan bilgi, beceri, tutum, davranış, karar verme ve eleştirel düşünme gibi mesleki biçimlenmeleri ortaya çıkartmalıdır (Beydağ ve ark. 2008).

Hemşireliğin özünü oluşturan bakım olgusunun temelinde, insana özgü iletişim örüntüleri, inanç, değer, tutum ve anlayışlar vardır (Begum ve Slavin 2012, Booth ve ark. 1997, Karagözoğlu 2005). Bir başka bireyin bakım sorumluluğunun üstlenilmesi, bakım hizmeti sunan kişiye bu sorumluluğun yerine getirilme biçimi ve bakım verilene etkisi açısından ahlaki bir sorumluluk yükler. Bakımın bu ahlaki boyutunun ve duyuşsal özelliğinin, insana yönelik eyleme dönüştürülmesi ve onun hemşireliğe özgü bir hizmet şeklinde konumlandırılması hemşirelik eğitiminin önemli bir boyutunu oluşturur (Dinç 2009). Öğrenme süreci öğrenci hemşirede, meslek üyeleri ile paylaştığı normları, değerleri, bilgileri, becerileri, davranışları özümleyerek mesleğe ait olma, mesleğe bağlanma ve sorumluluk duygusunu içeren ahlaki boyutu da geliştirir (Velioğlu 1994). Bu nedenle hemşirelik eğitim programlarının öğrencilerde bakım davranışlarının kazandırılarak geliştirilmesinde, öğrencilerin mesleki değerleri kavramasını ve benimseyerek içselleştirmesini sağlayacak biçimde oluşturulması önemlidir.

Hughes (1995), gelecekte hemşirelerin bakıma ve bakımda bireysellik üzerine odaklanmaları gerektiğini, bir hemşirenin sadece gelişen sağlık teknolojilerini değil aynı zamanda hasta ile doğru iletişim kurma ve insancıl bir bakım sağlama üzerine odaklanmaları gerektiğini vurgulamaktadır. Bunun için geleceğin hemşirelerinin bakım davranışlarına sahip olmasında, eğitim sürecinin etkisinin önemini ve insan gereksinimlerinin karşılanması, kişilerarası iletişimin geliştirilmesinin yanı sıra mesleğe bağlılığın aktarılacak öğretilenilebileceğini ifade eder. Cohen (1993) ise, bu amaca ulaşmak için hemşirelik eğitiminin bakıma yönelik uygun değerleri içeren bakım modellerini yansıtmaları gerektiğini belirtir (Begum ve Slavin 2012, Bassett 2001). Simonson'un (1996) bakımın önemi ve değerlerin öğretilmesinde öğretim stratejileri belirlemek amacı ile 12 lisans düzeyinde hemşirelik öğrencisi ve 6 öğretim üyesi ile yaptığı bir

çalışma sonucunda bakım davranışlarının geliştirilmesinde Watson'un iyileştirici faktörleri ile uyumlu olan 4 ana tema belirlenmiştir. Bu temalar;

1. “Hümanistik-alturistik değer sisteminin oluşturulması”
2. “Kişinin kendisi ve diğer bireyler için duyarlılığını geliştirilmesi”
3. “Kişilerarası öğrenme- öğretmenin teşvik edilmesi”
4. “Koruyucu, destekleyici ve/veya iyileştirici zihinsel, fiziksel, sosyo-kültürel ve spiritüel bir çevrenin sağlanması”nı içerir.

Hemşirelik öğrencilerinin davranışlarında bu değişimlerin oluşmasında en temel faktör eğitici-öğretici arasındaki etkileşimdir. Etkileşim, sınıf ortamında bakımın temelini oluşturan kuramsal bilgilerin kazanılması ile başlar, edinilen bu bilgilerin klinik ortamda uygulamaya aktarılması ile devam eder (Booth ve ark. 1997, Karagözoğlu 2005, Yanikkerem ve ark. 2006). Nitekim, gerçekleştirilen bir çalışmanın sonucunda, öğrencinin öğrenme sürecinde etkin konumda olması ve yaparak-yaşayarak öğrenmesi, gerçek uygulama alanlarında yaşam odaklı öğrenim yaşantıları kazanmasının eğitimin kalıcı olmasında etkili olabileceği değerlendirilmiştir (Ortabağ ve ark. 2010). Eskimez ve ark. (2005)'nin hemşireler ve hemşirelik öğrencileri ile yaptığı bir çalışmada öğretim elemanlarından beklenen en önemli özelliklerin sırası ile iyi bir iletişim becerisi, mesleki bilgi yüküne sahip olmasının yanı sıra iyi bir rol modeli oluşturma olduğu belirlenmiştir. Birinci sırada ve en önemli özellik olarak belirtilen “iyi bir iletişim”, tüm kişilerarası ilişkilerin birincil özelliğidir. Etkili bir iletişimde bulunabilmek için kişilerin empati becerisini geliştirmesi gerekir. Empati becerisi, bireyin kendisini karşısındaki kişinin yerine koyarak onun duygu, düşünce, algı ve hissettiklerini doğru olarak anlama ve bu durumu ona iletme sürecidir (Ercoskun ve ark. 2006, Gülseren 2001). Empati becerisi, hemşireliğin temel becerilerdendir ve tüm hemşirelerin bu becerilere etkin olarak sahip olmaları gerekir. Empati becerisi gelişmiş hemşireler, hastayı anlayabilir ve yardım edici ilişkiyi kurarak sürdürebilirler. Empati kurma, verilen bakımın niteliğini belirlemesi ve bakımın amacına ulaşması dolayısı ile bakım davranışının kazanılmasında önemli olduğu için hemşire olmaya aday öğrencilerde de geliştirilmesi gereken bir beceridir. Empati, eğitim yolu ile geliştirilebilen bir beceridir ve hemşireliğin temel ve hizmet-içi eğitim programlarında yer alması gerekir (Manav 2008).

Öğrencinin insancıl ve bütüncül yaklaşım ile bireye özgü bakım verme becerilerini ve davranışlarını geliştirebilmesi, öğrenci tarafından hemşire eğitimcilerin

gözlenmesi, eğitimcinin mesleki davranış örneklerinin algılanması, benimsenmesi ve davranışa dönüştürülmesi önemli yer tutar (Yanikkerem ve ark. 2006). Nitekim, Nelms, Jones ve Gray'in (1993), eğitimde bakım davranışlarını öğrenme yöntemini araştırdığı bir çalışmada, öğrencilere açık uçlu sorular yöneltilerek görüşleri elde edilmiştir. Öğrenciler, bakım için zaman ayrılması, iletişim, fiziksel ve duyuşsal konularda kendilerinin farkındalık içinde olmaları gerektiğini; aynı zamanda öğrenciler, bakımı, öğretim elemanı-öğrenci, öğretim elemanı-öğrenci-hasta, öğrenci-hemşire ve öğrenci-öğrenci ilişkileri sürecinde öğrendiklerini ve deneyimlediklerini ifade etmişlerdir (Nelms ve ark. 1993).

Bakım gereksinimlerinin bireyden bireye farklılık göstermesi, sürekli gelişimi ve değişimi dikkate alındığında, öğrencilerde yaratıcılık ve eleştirel düşünme yeteneklerinin geliştirilmesi ve desteklenerek güçlendirilmesi önem kazanır. Yaratıcılık ve eleştirel düşünme yeteneği öğrencilerin karşılaştığı durumlarla ilgili analiz-sentez yapabilme, neden-sonuç ilişkileri kurabilme, tümevarım ve tümdengelim mantığı ile düşünebilme, durumları yorumlama gibi entelektüel yeteneklerini geliştirerek bağımsız karar vermeye yöneltir (Tulum ve Memiş 2006). Nitekim, Öztürk ve Ulusoy'un (2008) lisans ve yüksek lisans öğrencilerinin sınıflarına göre eleştirel düşünme beceri düzeylerinin incelediği çalışmasında, sınıf düzeyi yükseldikçe eleştirel düşünme beceri düzeylerinin az da olsa arttığı, özellikle yüksek lisans tez döneminde en yüksek seviyeye ulaştığı ve öğrenci grublarının eleştirel düşünme düzeyi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlenmiştir (Öztürk ve Ulusoy 2008).

Literatürde Babadağ (2010), hemşirenin, bakımın içeriğinin önemli olduğunu göz önünde bulundurması, hemşireliğin bağımsız işlevi olan bakım verme eylemini, mesleki bilgi, beceri, yetenek ve deneyimleri ile gerçekleştirmesi gerektiğini vurgular ve bakım verebilmede gerekli öğeleri;

- * Değer sistemi oluşturma,
- * İnanç ve tutum oluşturma,
- * Terapötik bir etkileşimle güvene dayalı bir ilişki geliştirme,
- * Öğrenme ve öğretmeyi geliştirme,
- * Hemşirelik süreci, araştırma süreci, liderlik süreci ve etik sorunlarda karar

vermede, bilimsel sorun çözümlenmeye ilişkin sistematiği kullanma olarak belirtir.

Bu nedenle hemşirelerin kaliteli bakım sunabilmesi için gerekli bilgi ve becerilere sahip, bakımın insani ve ahlaki yönü konusunda duyarlı olması, mesleki yeterliliğini sürekli geliştirmesi ve meslek ahlakına uygun hizmet etmesi önemlidir (Babadağ 1997a, Babadağ 1997b).

Kuramsal ve uygulamalı öğretim ve öğrenim yaşantılarını içeren bir eğitim olan hemşirelik eğitiminde öğrenci, bir taraftan okulda hemşirelik ve hemşirelik bakımına yönelik gerekli olan kuramsal bilgileri alırken, diğer taraftan da edindiği bu bilgileri uygulama alanlarında davranışa dönüştürmeye çalışır ve eğitimci-öğrenci ilişkisinin önemli bir kısmı, kuramsal bilgilerin uygulamayla bütünleştiği klinik ortamlarda yaşanır. Bu ilişki ve etkileşimin var olduğu hem okul ve hem de uygulama ortamlarında, öğrencinin hemşirelik bakımı için gerekli profesyonel bakım davranışlarını kazanması, geliştirmesi, bakımın sistematik bir yaklaşımla nasıl verilmesi gerektiğini bilmesi, bakım davranışlarının geliştirilminde oldukça önemli etkenlerdir (Eskimez ve ark. 2005, Velioğlu, 1999). Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri süresince bakım davranışlarında farkındalığın gelişmesi için bakım davranışlarını nasıl ve ne düzeyde algıladıklarının ve bakım algılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hemşirelik mesleği ve mesleğin özünü oluşturan bakımın geleceğine ışık tutacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırma, hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarına yönelik algılarını belirlemek, öğrencilerin bakım davranış algılarını etkileyen faktörleri incelemek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda eğitim programının içeriğine katkı sağlayabileceği düşünülen çözüm önerileri getirmek ve bu araştırmada yararlanılan Bakım Değerlendirme Ölçeği- BDÖ'nün (Caring Assessment Questionnaire-Care-Q) Türkçe şeklinin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacı ile planlandı.

3.2. ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Bakım Değerlendirme Ölçeği- BDÖ'nün Türkçe şekli Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
2. Öğrencilerin bakım davranışlarını algılama durumu nedir?
3. Öğrencilerin bakım davranışlarını uygulama sıklığına göre en çok önemli ve en az önemli gördükleri bakım davranışları hangileridir?
4. Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri bakım davranışları algısına etki eder mi?

3.3. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Araştırma, Bakım Değerlendirme Ölçeği-BDÖ'nün Türkçe şeklinin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacı ile metodolojik, hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarına yönelik algılarını belirlemek amacı ile tanımlayıcı ve ilişkilendirici türde bir araştırmadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, İstanbul İlinde, hemşirelik eğitimi veren devlet üniversitelerine bağlı okullarda uygulandı. Devlet okullarına bağlı okulların seçilme nedeni, eğitim programlarının benzerliğinin yanı sıra öğrenci sayılarının fazla olması idi.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırmanın evrenini, Nisan- Aralık 2010 tarihleri arasında İstanbul İlinde bulunan devlet üniversitelerine bağlı bir hemşirelik yüksekokulu, bir sağlık bilimleri fakültesi ve bir sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümünde öğrenimlerini sürdüren öğrenciler oluşturdu.

Araştırmanın örneklem grubunun seçiminde; en az bir yarıllık klinik uygulamayı tamamlamış olmak kriter olarak belirlendi. Bu durumda örneklem grubu 2., 3. ve 4. sınıf öğrencilerinden oluştu.

Araştırmanın metodolojik aşamasının örneklem grubu, Nisan-Haziran 2010 tarihleri arasında, evren içinden çalışma kriterini karşılayan 821 öğrenciden tabakalı örneklem yöntemi ile seçilen öğrencilerden oluştu. Metodolojik araştırmalarda örneklem hacminin hesaplanmasında, ölçek madde sayısının 5- 10 kat büyüklüğünün dikkate alınması gerekliliğini vurgulayan literatür doğrultusunda araştırmanın metodolojik aşamasının örneklemini 250 öğrenci oluşturdu (Harrington 2009, Gözüm ve Aksayan 2002, Akgül ve Çevik 2005, Erefe 2002, Karasar 1995, Şimşek 2007).

Araştırmanın tanımlayıcı aşamasının örneklem grubu, Ekim-Aralık 2010 tarihleri arasında, evren içindeki çalışma kriterini karşılayan 821 öğrenci içinden verilerin toplandığı gün okulda bulunan ve bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 594 öğrenciden oluştu.

3.6. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

3.6.1. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgi Formu ve Bakım Değerlendirme Ölçeği- BDÖ (Caring Assessment Questionnaire-Care-Q) kullanıldı.

3.6.1.1. Bilgi Formu

Hemşirelik öğrencilerinin tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı Bilgi Formu; demografik özellikler (yaş, cinsiyet, mezun olduğu okul, kaçınıcı sınıfta olduğu, medeni durum, aile tipi, kardeş sayısı), hemşirelik mesleğine yönelik görüşleri (mesleği seçme nedeni, geleceğe yönelik mesleki amacı, hastanede yatma durumu, bakım deneyimleri, bakıma ilişkin görüşü) olmak üzere 17 sorudan oluştu (Ek-1).

3.6.1.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği- BDÖ (Caring Assessment Questionnaire/Care-Q)

Bakım Değerlendirme Ölçeği (Caring Assessment Questionnaire-Care-Q), Patricia Jean Larson tarafından 1981 yılında geliştirilmiş ve hemşirelik literatüründe yer alan ilk kantitatif bakım değerlendirme aracıdır (Ek-2). Bu ölçek, çok uzun zamandır bilinen ve farklı gruplarla (hemşire, hasta ve öğrenci) çalışmalarda kullanılan bir ölçektir (Larson 1981, Watson 2009).

Larson (1981), Care-Q'nun zorunlu- seçim formatını ve Q metodolojisinin bazı sınırlılıklar getirdiğini ve bakım maddeleri arasından en önemlilerini belirlemede zorlanmalar oluştuğunu belirtmiştir. Care-Q'nun tamamlanmasında gereken zamanın uzunluğu ve katılımcıların belirtilen seçimlere göre maddeleri sınıflandırmasında yaşanan sorunları dile getirmiştir (Watson, 2009). Bunun üzerine Lee, Larson ve Holzemer 2006 yılında, Care-Q'yu 50 madde içerecek biçimde uyarlayarak metodolojik bir yaklaşımla modifiye etmiştir (Lee ve ark. 2006). Modifiye Care-Q, Orijinal Care-Q'ya temellendirilmiştir ve Q metodoloji yerine 7'li Likert tip ölçek ile bakım davranışlarındaki sıklık değerlendirilerek bakım davranışlarının önemini gösteren algılar ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Larson ve arkadaşları, bir bakım davranışının uygulanma sıklığının bu bakım davranışına verilen önemi gösterdiğini dolayısı ile bu davranışa ilişkin alguları yansıttığını belirtir. Nitekim ölçeğin kullanıldığı çalışmaların bazılarında, Larson ve arkadaşlarının yukarıda belirtilen bakış açısı doğrultusunda ölçekteki likert ifadelerini “en az önemli- en çok önemli” arasında derecelendirdiği dikkati çekmektedir. Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça, bakım davranışlarını uygulama sıklığı ve algılamaları olumlu yönde artar (Larson 1981, 1984, 1986, Lee ve ark. 2006, Mangold 1991, Watson 2009, Kyle 1995, Khademian ve Vizehsfar 2008, von Essen ve Sjöden 2003). Her bir davranışın yanıt sınıflandırması, Hiç (1), Hemen Hemen Hiç (2), Nadiren (3), Bazen (4), Genellikle (5), Hemen Hemen Her Zaman (6) ve Her Zaman (7) şeklindedir. Modifiye Care-Q'nun kullanımının, yanıtlardaki farklılıklar açısından daha kullanışlı olduğu ve sonuçların analiz edilmesinin daha kolay olduğu belirtilmiştir ve önerilmiştir (Larson 1981, Lee ve ark. 2006, Watson 2009).

Larson ve arkadaşlarının bakım kavramı ile ilgili tümevarımsal çalışmalarının sonucu olarak geliştirilen Modifiye Care-Q (Bakım Değerlendirme Ölçeği- BDÖ), 50 maddeden oluşan bakım davranışlarını içerir. Bakım Değerlendirme Ölçeği- BDÖ'nün içerdiği altboyutlar;

1. Ulaşılabilirlik (6 madde)
2. Açıklamalar ve Olanaklar (6 madde)
3. Konfor (9 madde)
4. Beklentiler (5 madde)
5. Güven Verici İletişim (16 madde)
6. Gözlemler ve İzlemler (8 madde)

Ölçeğin puanlandırılması her bir bakım davranışına verilen yanıtı gösteren rakamsal değerler dikkate alınarak (1 puan – 7 puan arası) hesaplanır. Ölçek toplam puanı, maddenin puanlarının toplanarak madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 50, en yüksek toplam puan ise 350 dir. Altboyut puanlarının hesaplanmasında da ölçekte yer alan bakım davranışları, 7 maddeli Liket Tip Ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin uygulandığı bireyler, her bir bakım davranışı için uygulama sıklıkları doğrultusunda algıladıkları önem derecesine göre 1 (en az önemli bakım davranışı)- 7 (en çok önemli bakım davranışı) arasında puanlandırmıştır. Ölçek toplam puanı, 50 maddenin puanının toplanması ile elde edilir. Toplam ham puan madde sayısına (50 madde) bölünür, 1-7 arasında toplam ölçek puanı elde edilir. Altboyutların puanlarının hesaplanmasında da benzer şekilde, her bir altboyutu oluşturan madde puanları toplanarak madde sayısına bölünür. Altboyutlardan alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar; Ulaşılabilirlik 1- 6 puan, Açıklamalar ve Olanaklar 1- 6 puan, Konfor 1- 9 puan, Beklentiler 1- 5 puan, Güven Verici İletişim 1- 16 puan, Gözlemler ve İzlemler 1- 8 puandır. Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça, bakım davranışlarını uygulama sıklığı ve algılamaları olumlu yönde artar (Larson 1981, Lee ve ark. 2006, Watson 2009, Kyle 1995, Khademian ve Vizeşfar 2008, Essen ve Sjöden 2003).

3.6.1.3. Ölçeğin (BDÖ) Dil ve Kapsam-İçerik Geçerliği

Bakım Değerlendirme Ölçeği- BDÖ'nün (Caring Assessment Questionnaire/Care-Q) bu araştırmada kullanılabilmesi için, ölçeği geliştiren Patricia Jean Larson ile yazışma yapıldı ve yazılı izin alındı (Ek-1).

Ölçeğin dil eşdeğerliliğinin sağlanması için üç dil uzmanı tarafından Türkçe'ye çevirisi yapıldı. Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçek formu, danışman öğretim üyesi, Türk dili ve edebiyatı uzmanı ile incelenerek her madde için en uygun çeviri benimsendi. Daha sonra, her iki dili (Türkçe ve İngilizce) anlayan ve bilen başka bir dil uzmanı tarafından Türkçe ölçeğin İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. Orjinal ölçek ile geri çevirisi yapılan ölçekteki maddeler karşılaştırıldı ve anlam bütünlüğü sağlandı (Akgül ve Çevik 2005, Gözüm ve Aksayan 2002, Erefe 2002).

Türkçe'ye çevrilen ölçeğin kapsam-içerik geçerliği açısından uygunluğunu belirlemede Kapsam Geçerlilik İndeksi-KGİ (Content Validity Index- CVI) kullanıldı. BDÖ'nün dil eşdeğerliliği sağlandıktan sonra ölçeğin Türkçe formu kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için, hemşirelik mesleğinde uzman 12 öğretim üyesinin (Ek-5) görüşüne sunuldu. Uzmanlardan maddelerin uygunluğuna göre; 1 puan: uygun değil, 2 puan: biraz uygun (maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli), 3 puan: uygun (ufak değişiklikler gerekli), 4 puan: çok uygun şeklinde puan vererek değerlendirme yapmaları istendi. Yapılacak yüzdellik değerlendirmede, ölçek maddelerinin %80'inin uzmanlar tarafından "uygun" veya "çok uygun" şeklinde değerlendirilmesi beklendi (Erefe 2002, Talbot 1995, Gözüm ve Aksayan 2002, Yurdugül 2005, Karasar 1995, Şimşek 2007, Harrington 2009, Akgül ve Çevik 2005).

3.6.1.4. Ölçeğin Yapı Geçerliği

Ölçeğin (BDÖ) yapı geçeliği faktör analizi tekniği kullanılarak değerlendirildi. Bu amaçla Kaiser-Meyer Olkin (KMO) değeri ve Barlett's testi sonuçları incelendi. BDÖ'nün Türkçe'ye uyarlanmasında faktörlerin uyumunu doğrulamak amacı Doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory Factor Analysis) uygulandı. Buna göre tüm maddelerin faktör yüklerinin 0,30 ve üzerinde olması beklendi (Harrington 2009, Şimşek 2007, Erefe 2002).

3.6.1.5. Ölçeğin Güvenirliği

BDÖ'nün güvenilirlik analizinde, zamana karşı değişmezliğini değerlendirmek için aralıklı uygulanan test-tekrar test sonuçları karşılaştırıldı. Madde güvenilirliği için madde toplam puan korelasyonları değerlendirildi. Homojenliğin belirlenmesi için iç tutarlık analizinden Cronbach Alfa değerlendirmesi yapıldı (Erefe 2002, Harrington 2009, Akgül ve Çevik 2005).

3.6.2. Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmaya, öncelikle Bakım Değerlendirme Ölçeği-BDÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışması için gerekli olan verilerin toplanması ile başlandı. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması ile Türk toplumuna uyarlanan BDÖ kullanılarak hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışları algılarını belirlemek üzere tanımlayıcı aşamanın verileri toplandı.

Araştırmanın metodolojik aşamasına ilişkin verilerin toplanması

Ölçeğin Test-tekrar test/ zamana göre değişmezlik güvenilirliği için, ölçek formu iki hafta ara ile 75 öğrenciye uygulandı. İlk uygulamada öğrencilere bilgi formu ve ölçek formu birlikte verildi. Ölçek formuna bir rumuz yazmaları ve bunu unutmamaları istendi. İki hafta sonra aynı öğrenci grubu ile gerçekleştirilen İkinci uygulamada ise, öğrencilere sadece ölçek formu verilerek ilk uygulamada yazdıkları rumuzlarını form üzerine belirtmeleri istendi.

BDÖ'nün geçerlik ve güvenilirlik çalışması için ölçeğin madde sayısı dikkate alınarak (toplam 50 madde) bu sayının 5 katı olan 250 öğrenciye ulaşıldı. Bu öğrenciler, araştırmanın evrenini oluşturan okullardan bir hemşirelik yüksekokulunun 2., 3. ve 4. sınıf öğrencilerinden oluştu. Verilerin toplandığı gün okulda bulunan ve çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere bilgi formu ve ölçeği nasıl dolduracaklarına ilişkin gerekli açıklamalar yapıldı.

Araştırmanın tanımlayıcı aşamasına ilişkin verilerin toplanması

Çalışmanın evreni (N=821) içinden, verilerin toplandığı gün okulda bulunan, çalışma kriterini karşılayan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilere (n=594) bilgi formu ve ölçeği nasıl dolduracaklarına ilişkin gerekli açıklamalar yapıldı.

Veri toplama aşamalarının her ikisinde de veriler, öğrencilerin eğitim-öğretim programlarını aksatmayacak biçimde ders saatleri arasında toplandı. Araştırma formlarının doldurulması sürecinde araştırmacı, öğrencilerin yanından ayrılmadı ve öğrencilerden gelen soruları yanıtladı. Öğrenciler formları 25 dakikalık bir sürede içinde tamamladı.

3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmanın sadece İstanbul il sınırları içinde bulunan, devlet üniversitelerinin hemşirelik bölümlerinde yapılması,
- Özel üniversitelerin ya da vakıf üniversitelerinin araştırma kapsamına alınmaması,
- Araştırma sonuçlarının, bütün üniversite düzeyindeki hemşirelik okullarına ve öğrencilerine genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

3.8. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNÜ

Türk toplumunda öğrencilerde bakım algısını bir ölçek ile değerlendiren ilk çalışma olması araştırmanın güçlü yönünü oluşturdu.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNLERİ

- Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Türk toplumuna uyarlanması ve kullanılabilmesi için Patricia Jean Larson'dan yazılı izin alındı (Ek-4).
- Araştırmanın yürütülebilmesi için, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü, Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne araştırmanın amacı ve araştırmada kullanılacak veri toplama araçlarının da ek olarak yer aldığı bir dilekçe ile müracaat edilerek yazılı izin alındı (Ek-3).
- Öğrencilere, araştırmaya katılma ya da katılmaya karar vermede özgür oldukları, katılımlarını herhangi bir noktada sonlandırabilecekleri ve bilgi vermeyi reddetme hakkı açıklanarak **otonomi** ilkesine saygı gösterildi.

- Araştırmanın örneklemini oluşturan öğrencilere, araştırmanın amacı, veri toplama gereçleri, süresi hem sözlü hem de anket yönergesinde yazılı ifadelerle açıklanarak **isteklilik ve gönüllülük ilkesi** ışığında araştırmaya katılmaları için **bilgilendirilmiş izinleri** alındı.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden, **bireysellik ve insan onuruna saygı ilkesi** doğrultusunda isim alınmadı ve verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı belirtildi. Kendilerinden alınan bilgilerin, araştırmacının dışında başka hiç kimseye açıklanmayacağı ya da bu bilgilere başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek **sadakat- gizlilik** ilkesine bağlı kalındı.
- **Zarar vermeme- yarar sağlama** ilkesine özen gösterilerek, araştırma verilerinin toplanması sırasında öğrencilerin ders saatlerini ve eğitim-öğrenimlerini etkilememesi sağlandı.

3.10. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Verilerin değerlendirilmesinde, T.C. İstanbul Üniversitesi lisanslı SPSS for Windows (Statistical Package for Social science for Windows, Version 10.0) paket programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < ,05$ olarak kabul edildi. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde kullanılan istatistik yöntemleri Tablo 3-1’de özetlendi.

Tablo 3-1: Araştırma Verilerinin İstatistiksel Analizi

BDÖ’nün faktör gruplarının incelenmesi	Faktör analizi Barlett Test Kaiser-Meyer Olkin Testi
BDÖ’nün iç tutarlılığı	Cronbach α güvenilirlik katsayısı
BDÖ’nün madde-toplam-madde puan analizi	Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi
BDÖ’nün zamana göre değişmezliği (tes-tekrar test analizi)	Pearson korelasyon analizi, Bağımlı gruplarda t testi
Parametrik (sürekli) değişkenlerin değerlendirilmesi	Aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler
Nonparametrik (süresiz) değişkenlerin değerlendirilmesi	Frekans ve yüzdelik
İki grup ortalamasının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda t-testi
İkiden fazla grup ortalamasının karşılaştırılması	Bağımsız gruplarda tek yönlü varyans analizi (ANOVA),
İkiden fazla grupların puan ortalamaları arasındaki ilişkilerin belirlenmesi	Pearson Korelasyon analizi kullanıldı

4. BULGULAR

Bu bölümde; hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarına yönelik algılarını belirlemek ve Bakım Değerlendirme Ölçeği- BDÖ'nün Türkçe şeklinin ülkemiz için geçerlik ve güvenilirliğini değerlendirmek amacı ile planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunuldu.

1. BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN (BDÖ) GEÇERLİK-GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

- Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulgular
- Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular olmak üzere iki bölümde ele alındı.

2. HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BAKIM DAVRANIŞLARINI ALGILAMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

- Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular,
- Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri ve Bakıma İlişkin Görüşlerini İçeren Bulgular,
- Öğrencilerin Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulgular,
- Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulgular
- Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri, Bakıma İlişkin Görüş ve Deneyimlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulgular olmak üzere beş bölümde ele alındı.

4.1. BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN (BDÖ) GEÇERLİK-GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) geçerlik- güvenirlik çalışmasını gerçekleştirmek üzere 250 öğrenciden elde edilen ve araştırmanın metodolojik aşamasını oluşturan bulgulara yer verildi (Tablo 4-1, Tablo 4-2, Tablo 4-3, Tablo 4-4, Tablo 4-5 ve Şekil 4-1).

Çalışmada, BDÖ'nün geçerlik-güvenirlik çalışmasına katılan 250 öğrencinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%85.2) kız öğrencilerden oluştuğu, öğrencilerin yaş ortalamasının 21.20 ± 1.2 (min:19, max: 27) yıl olduğu, öğrencilerin %99.6'sının bekar, %43.6'sının düz lise ve %42.0'nın anadolu lisesi mezunu olduğu bulgularıdır.

4.1.1. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulgular

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) geçerlik çalışmasına ilişkin bulgular Şekil 4-1 ve Tablo 4-1'de açıklandı.

4.1.1.1. Ölçeğin (BDÖ) Dil ve Kapsam-İçerik Geçerliği

Dil eşdeğerliliğinin sağlanması için Türkçe'ye çevirisi yapılan BDÖ'nün orijinal ölçeğe göre anlam değişikliği olup olmadığı değerlendirildi. Dil geçerliği çalışmaları sonucu Türkçe'ye çevrilen BDÖ ifadelerinin, her iki dili (Türkçe ve İngilizce) anlayan ve bilen başka bir dil uzmanı tarafından İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. Orijinal ölçek ile geri çevirisi yapılan ölçekteki maddeler karşılaştırıldı ve anlam bütünlüğü sağlanarak dil geçerliği tamamlandı.

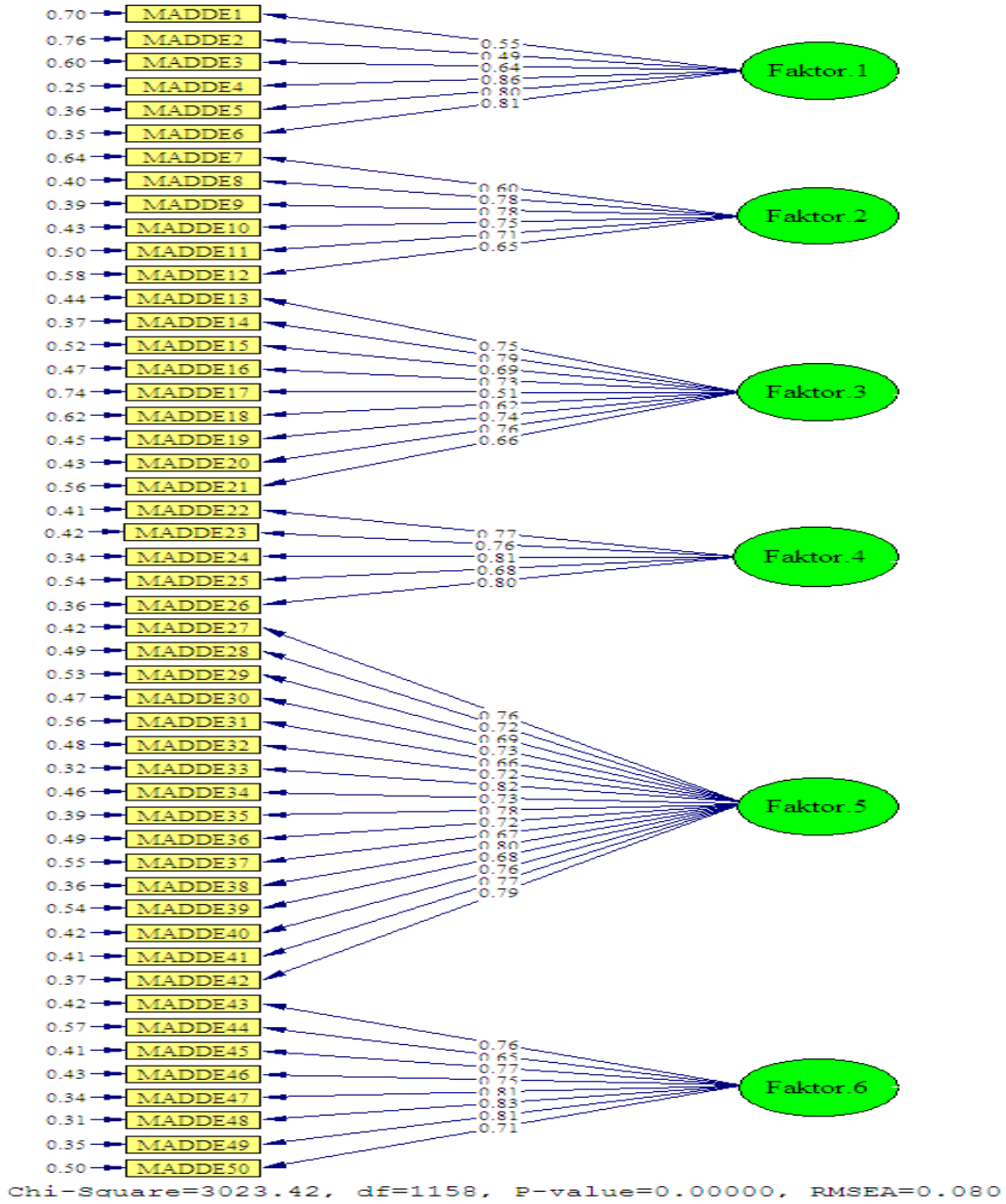
BDÖ'nün kapsam-içerik geçerliği açısından uygunluğunu belirlemede Kapsam Geçerlilik İndeksi-KGİ (Content Validity Index- CVI) kullanıldı. Uzman görüşlerine göre maddelerin büyük çoğunluğu (%94.66) "uygun" ve "çok uygun" şeklinde puanlandı ve KGİ=.95 olarak bulundu. Gelen öneriler doğrultusunda ölçek maddelerinde ifade bütünlüğü sağlandı. Ölçeğin düzenlenmiş son hali, Türkçe okunabilirlik ve anlaşılabilirliği açısından 15 kişilik bir grupta pilot uygulama ile değerlendirilerek ölçeğin kapsam-içerik geçerliği tamamlandı.

4.1.1.2. Yapı Geçerliği

Ölçeğin yapı geçerliğinden önce Kaiser-Meyer Olkin (KMO) değeri ve Barlett's testi sonuçlarına bakıldı. KMO=0,935, Barlett's testi için $X^2=7977,731$ olarak saptandı. Her iki test sonucu p= 0,000 anlamlılık düzeyinde bulundu.

Kaiser-Mayer Olkin ve Barlett's Testi Sonuçları

KMO Değeri	0,935
Barlett's Testi	$X^2= 7977,731$ P= 0,000



Şekil 4-1: Bakım Değerlendirmenin Ölçeği'nin (BDÖ) Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanmasında faktörlerin uyumunu doğrulamak amacı ile ikincil olarak doğrulayıcı faktör analizi uygulandı (Şekil 4-1). Şekilde soldaki değerler, herbir maddeye ait hata varyanslarını, ortadaki değerler faktör yüklerini gösterir. Buna göre tüm maddelerin yükleri 30'un üzerinde olup 0,49- 0,86 arasında idi.

BDÖ'nün yapı geçerliğinin değerlendirildiği doğrulayıcı faktör analizi bulguları Tablo 4.1'de verildi.

Tablo 4-1: Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonucunda Uyumluluk Değerleri

DFA Uyumluluk Değerleri	İlk DFA Analizi	Modifikasyon Sonrası Doğrulayıcı Faktör Analizi
Ki- kare / p değeri	3339.63/p = 0.00 (p<0.05)	3023.42/p = 0.00 (p<0.05)
Serbestlik Derecesi	1160	1158
Ki- kare değeri: serbestlik derecesi	3339.63:1160=2,88	3023.42:1158=2,61
RMSEA (Yaklaşık artık kareler ortalamasının karekökü - Root mean Square Error of Aproximation) / p	0.087 (p< 0.05)	0.080 (p< 0.05)
SRMR (Standartlaştırılmış Kalıntı Kareleri Ortalamasının Karekökü)	0.069	0.066
CFI (Karşılaştırmalı uyum indeksi - Comparative Fit Index)	0.97	0.98
NNFI (Normlanmış uyum indeksi- (Normed Fit Index)	0.97	0.98
GFI (Uyum iyiliği indeksi - Goodness Fit Index)	0.65	0.67
AGFI (Uyarlanmış uyum iyiliği indeksi-Adjusted Goodness-of-Fit-Index)	0.62	0.64

Tablo 4-1 incelendiğinde, ilk analizde bazı uyum değerlerinin istendik düzeyde olmaması nedeni ile yapılan modifikasyon sonrası analizde elde edilen uyum indekslerinin yeterli düzeyde olduğu görüldü (p<0,05). Bu çalışmada ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi sonucu elde edilen modelin uyum indeksleri incelendiğinde; Ki-kare uyum istatistiği değeri 2.61 olarak bulundu. Uyum iyiliği testi olan RMSEA (Yaklaşık Artık Kareler Ortalamasının Karekökü) değeri ise anlamlı ve 0,080'e eşitti.

4.1.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulgular

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) güvenilirliğini incelemek için test-tekrar test yöntemleri kullanıldı. Ayrıca altboyutların birbiri ve ölçek toplam puanı ile korelasyonlarına bakıldı. Bulgular Tablo 4-2, Tablo 4-3, Tablo 4-4, Tablo 4-5'de verildi.

4.1.2.1. Test- Tekrar Test Güvenirliği

Tablo 4-2: Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) ve Alt Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Korelasyonları (n= 75)

Ölçek Alt Boyutları	İlk Uygulama Ort±SS	İkinci Uygulama Ort±SS	r	P
1. Ulaşılabilirlik	4,55 ± 1,08	4,77 ± 1,06	0,57	0,000
2. Açıklamalar ve Olanaklar	4,39 ± 1,37	4,59 ± 1,23	0,42	0,000
3. Konfor	5,58 ± 0,79	5,41 ± 0,81	0,47	0,000
4. Beklentiler	4,10 ± 1,52	4,38 ± 1,46	0,52	0,000
5. Güven Verici İletişim	5,78 ± 0,76	5,64 ± 0,93	0,59	0,000
6. Gözlemler ve İzlemler	5,26 ± ,99	5,41 ± 1,05	0,55	0,000

BDÖ'nün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,005$) (Tablo 4-2).

BDÖ'nün zamana göre değişmezliğini değerlendirmek üzere yapılan test-tekrar test ölçümlerinden elde edilen toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; alt boyutlarında sırasıyla $r= 0,57$ (*Ulaşılabilirlik*), $r= 0,42$ (*Açıklamalar ve Olanaklar*), $r=0,47$ (*Konfor*), $r=0,52$ (*Beklentiler*), $r=0,59$ (*Güven Verici İletişim*), $r=0,55$ (*Gözlemler ve İzlemler*) olarak, orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0,001$) (Tablo 4-2).

4.1.2.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Madde Analizi

BDÖ'nün madde- altboyut toplam puan korelasyonları Tablo 4-3'de verildi.

Tablo 4-3: Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyonları (N= 250)

Ölçek Maddeleri	Madde-Alt Boyut Toplam Puan Korelasyon Katsayısı	
	r	P
Faktör 1. Ulaşılabilirlik	0,79	
1. Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.	0.73	0.000
2. Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.	0.66	0.000
3. Hastanın tedavisi ve ilaçlarını zamanında uygulamak	0.74	0.000
4. Hastayı sık sık kontrol etmek	0.85	0.000
5. Hastanın çağrılarını kısa zamanda yanıtlamak	0.76	0.000
6.Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirmek	0.75	0.000
Faktör 2. Açıklamalar ve Olanaklar	0,79	
7. Hastaya mevcut destek sistemlerini anlatmak, örn; kendi kendine yardım grupları ve benzer hastalığa sahip diğer bireyler vb.	0.69	0.000
8. Hastaya yeterli bilgi vererek kendisini kötü/eksik hissetmemesini sağlamak	0.80	0.000
9. Hastaya tedavisi ve hastalığı ile ilgili bilmesi gereken önemli konuları anlaşılır bir dille anlatmak	0.80	0.000
10. Mümkün olduğunda, hastaya kendi kendine bakımını nasıl yapacağını öğretmek	0.76	0.000
11. Hekimine sorması için hastaya sorular önermek	0.79	0.000
12. Tıbbi durumu hakkında hastaya karşı dürüst olmak	0.74	0.000
Faktör 3. Konfor	0,86	
13.Temel konfor önlemlerini almak, örn; uygun aydınlatma, gürültünün kontrolü, uygun giyim/örtünme vb.	0.75	0.000
14. Hastaya, durumu ve tedavisi ile ilişkili olumlu öğeleri tanımlayarak cesaret vermek	0.78	0.000
15. Zor beğenen hastalara bile hoşgörülü olmak	0.73	0.000
16. Güler yüzlü olmak	0.77	0.000
17. Hasta ile oturmak	0.62	0.000
18. Rahatlama gereksinimi olduğunda hastaya dokunmak	0.70	0.000
19. Hastayı dinlemek	0.80	0.000
20. Hasta ile konuşmak	0.81	0.000
21. Hastanın ailesi ve onun için önemli olan diğer bireyleri bakımına dahil etmek	0.71	0.000
Faktör 4. Beklentiler	0,78	
22. Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak	0.81	0.000
23. Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak	0.83	0.000

24. Hastanın “bunaldığını” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.	0.85	0.000
25. Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığıında, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.	0.78	0.000
26. Hasta için ilklerin, en zor zamanlar olacağını anlamak ve bu günler süresince hastaya özel dikkat göstermek	0.82	0.000
Faktör 5. Güven Verici İletişim	0,92	
27. Hasta ile birlikte iken, sadece o hastaya yoğunlaşmak	0.78	0.000
28. Kriz veya kritik bir dönem içinde olduğunda bile hasta ile ilgilenmeyi sürdürmek	0.74	0.000
29. Hastaya, kabul edilebilir alternatifler sunmak, örn: görüşme zamanlarının, banyo zamanlarının seçimi vb.	0.72	0.000
30. Gerçekçi hedefler saptamada hastaya yardım etmek	0.75	0.000
31. Durumdaki değişiklikleri hasta ile konuşmak için en uygun zamanı hasta ile birlikte belirlemek.	0.70	0.000
32. Herhangi bir eyleme başlamadan önce, hastanın durumunu, hasta ile birlikte gözden geçirmek	0.75	0.000
33. Hastanın hastalığı ve tedavisine ilişkin düşüncelerini açık bir şekilde anlatmasına yardım etmek	0.83	0.000
34. Bakımın planlanması ve yönetiminde, hastanın kendisini ne zaman en iyi ve uygun hissettiğinin farkında olmak	0.75	0.000
35. Hastayı sorular sorabileceği konusunda cesaretlendirmek	0.79	0.000
36. Her ne olursa olsun önceliği hastaya vermek	0.74	0.000
37. Hastanın ailesi ve önem verdiği diğer kişiler ile cana yakın ve içten olmak	0.70	0.000
38. Hastaya, tüm tedavisi ve hastalığı ile ilgili duygularını açıklamasına izin vermek ve bilgileri gizli tutmak	0.81	0.000
39. Hastaya, hitap etmek için tercih ettiği ismi sormak	0.72	0.000
40. Hasta ile tutarlı bir yaklaşım içinde olmak	0.78	0.000
41. Hastayı bir birey olarak kabul etmek	0.78	0.000
42. Kendini tanıştırmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak	0.80	0.000
Faktör 6. Gözlemler ve İzlemler	0,83	
43. Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve tanıtıcı kimlik takmak	0.76	0.000
44. Röntgen, özel işlemler vb. gibi profesyonel randevu planının, hastanın durumu ve koşullar için uygun olduğundan emin olmak	0.73	0.000
45. İyi organize olmak	0.80	0.000
46. Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek	0.80	0.000
47. Sakin olmak	0.82	0.000
48. Hastaya iyi fiziksel bakım vermek	0.84	0.000
49. Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak	0.84	0.000
50. Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek	0.77	0.000

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) altı alt boyutunun güvenilirlik çalışması için madde analizleri, alt boyut madde puanları ile alt boyut toplam puanları Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının “Ulaşılabilirlik” boyutunda $r= 0.66$ ile 0.85 , “Açıklamalar ve Olanaklar” boyutunda $r= 0.69$ ile 0.80 , “Konfor” boyutunda $r= 0.62$ ile 0.81 , “Beklentiler” boyutunda $r= 0.78$ ile 0.85 , “Güven Verici İletişim” boyutunda $r= 0.70$ ile 0.83 , “Gözlemler ve İzlemler” boyutunda ise $r= 0.73$ ile $.84$ arasında olduğu görüldü ve altboyut madde puanları ile altboyut toplam puanları arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p<0.001$, Tablo 4-3).

Tablo 4-4: Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları ile Korelasyonları (n= 250)

Ölçek Alt Boyutları	Toplam Ölçekle Korelasyon Katsayıları	
	r	p
1. Ulaşılabilirlik	0,79	0,000
2. Açıklamalar ve Olanaklar	0,79	0,000
3. Konfor	0,86	0,000
4. Beklentiler	0,78	0,000
5. Güven Verici İletişim	0,92	0,000
6. Gözlemler ve İzlemler	0,83	0,000

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyut puanlarının toplam ölçek puanları ile ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının $r=0,78$ ile $0,92$ arasında değiştiği, altboyut puanlarının toplam ölçek puanı ile ilişkisinin pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu görüldü ($p<0.001$, Tablo 4-4).

4.1.2.3. İç Tutarlılık

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) iç tutarlılığının değerlendirildiği Cronbach alfa güvenirlik katsayıları Tablo 4-5'de verildi.

Tablo 4-5: Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları (n= 250)

Ölçek ve Alt Boyutları		α
Bakım Davranışları Ölçeği (Toplam)		0.97
Alt Boyutlar	1. Ulaşılabilirlik	0.84
	2. Açıklamalar ve Olanaklar	0.86
	3. Konfor	0.89
	4. Beklentiler	0.88
	5. Güven Verici İletişim	0.95
	6. Gözlemler ve İzlemler	0.92

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) ve alt boyutlarının güvenirlik göstergelerinden biri olan içtutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = 0.97$ bulundu. Bakım Değerlendirme Ölçeği (Care-Q)'nin "Ulaşılabilirlik" boyutunda $\alpha = 0.84$, "Açıklamalar ve Olanaklar" boyutunda $\alpha = 0.86$, "Konfor" boyutunda $\alpha = 0.89$, "Beklentiler" boyutunda $\alpha = 0.88$, "Güven Verici İletişim" boyutunda $\alpha = 0.95$, "Gözlemler ve İzlemler" boyutunda $\alpha = 0.92$ idi. Saptanan bu değerler, ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu gösterdi (Tablo 4-5).

4.2. HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BAKIM DAVRANIŞLARINI ALGILAMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, öğrencilerde bakım davranışlarına yönelik algıları belirlemek üzere 594 öğrenciden elde edilen, araştırmanın tanımlayıcı aşamasını oluşturan özelliklere ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4-6, Tablo 4-7, Tablo 4-8, Tablo 4-9, Tablo 4-10, Tablo 4-11, Tablo 4-12, Tablo 4-13, Tablo 4-14).

4.2.1. Öğrencilerin Bireysel Özellikleri

Çalışma kapsamına alınan hemşirelik öğrencilerinin bireysel özelliklerinin dağılımı Tablo 4-6' da verildi.

Tablo 4-6: Öğrencilerin Bireysel Özellikleri (n=594)

Bireysel Özellikler	Sayı	%
Yaş X ± SS	21 ± 1,41 (En düşük: 19 – En yüksek: 27)	
Cinsiyet		
Kız	507	85,4
Erkek	87	14,6
Medeni Durum		
Evli	9	1,5
Bekar	585	98,5
Mezun Olduğu Okul		
Sağlık Meslek Lisesi ve Ön Lisans	44	7,4
Diğer Okullar	550	92,6
Sınıf Düzeyi		
2. Sınıf	187	31,5
3. Sınıf	199	33,5
4. Sınıf	208	35,0
Kaldığı Yer		
Ailesinin Yanında	146	24,6
Akrabasının Evinde	68	11,4
Arkadaşları ile Evde	173	29,1
Yurtta	207	34,8
Aile Yapısı		
Çekirdek Aile	475	80,0
Geniş Aile	106	17,8
Parçalanmış Aile	13	2,2
Kardeş Sayısı		
1 (Tek çocuk)	19	3,2
2 Kardeş	147	24,8
3 Kardeş	202	34,0
4 Kardeş ve Üzeri	226	38,0
Kaçıncı Çocuksunuz?		
1. Çocuk	267	44,9
2. Çocuk	162	27,3
3. Çocuk ve üzeri	165	27,8

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması $21 \pm 1,41$ yıl idi. Öğrencilerin %85,4'ünün (n=507) kız, %98,5'inin (n=585) bekar, sadece %7,4'ünün (n=44) SML ve ön lisans mezunu, %31,5'inin (n=187) 2. sınıf, %33,5'inin (n=199) 3. sınıf, %35'inin (n=208) 4. sınıf öğrencisi olduğu, % 34,8'inin (n=207) yurttta kaldığı, %80'inin (n= 475) çekirdek aile yapısında, %38'inin (n=226) dört ve üzeri kardeşe sahip, %44,9'unun (n=267) ailenin ilk çocuğu olduğu saptandı (Tablo 4-6).

4.2.2. Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri ve Bakıma İlişkin Görüşleri

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin mesleki düşünceleri ve hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerini içeren bulgular Tablo 4-7, Tablo 4-8, Tablo 4-9'da ele alındı.

Tablo 4-7: Öğrencilerin Mesleği Seçme Nedenine İlişkin Bulgular (n= 594)

Özellikler	Sayı	%
Hemşirelik Mesleğini Seçme Nedeni (n=263)		
İsteyerek	263	44,3
İstemedenden	331	55,7
Mesleği İstemedenden Seçenlerin Seçme Nedeni (n= 331)		
İş İmkkanı	221	66,8
Aile İsteği	59	17,8
Puanım Bu Bölüme Yettiği İçin	51	15,4

Öğrencilerin %44,3'ünün (n=263) hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %55,7'inin (n=331) gibi büyük çoğunluğunun ise istemedenden seçtiği belirlendi. Hemşireliği istemedenden seçenlerin (n= 221) mesleği seçme nedeninin ise büyük oranda iş imkanı (%66,8) olduğu saptandı (Tablo 4-7).

Tablo 4-8: Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri ve Hemşirelik Bakımına İlişkin Görüşleri

Mezun Olunca Yapacağı İş	Sayı	%
Hemşire Olarak Çalışmak/	301	50,7
Hemşirelikte Akademik Kariyer Yapmak	143	24,1
Farklı Bir Bölüm Okumak	150	25,2
“Bakım Verme Hemşirenin Birincil Görevidir?”		
Katılıyorum	413	69,5
Katılmıyorum	181	30,5

Öğrencilerin %74,7’sinin (n=444) mezuniyet sonrasına ilişkin mesleki düşünceleri incelendiğinde %50,7’sinin (n=301) hemşire olarak çalışmak, % 25,2’sinin (n=150) farklı bir bölüme geçmek istediği belirlendi.

Bakım verme hemşirenin birincil görevidir ifadesine katılanların oranının %69,5 (n=413) olduğu saptandı (Tablo 4-8).

Tablo 4-9: Öğrencilerin Bakım Deneyimlerini İçeren Bulgular (n= 594)

	Deneyimleri	Sayı	%
ÖNCESİ	Daha Önce Hastanede Yatma		
	Evet	153	25,8
	Hayır	441	74,2
	Hastanede Yatanların Yatış Süresi (n= 153)		
	1-7 gün	121	79,1
	7 günden fazla	32	20,9
EĞİTİM	Hasta Bir Birey Olarak Bakım Alma Deneyimi*		
	Evet	135	22,7
	Hayır	459	77,3
	Bir Yakınına Bakım Verme Deneyimi*		
	Evet	311	52,4
	Hayır	283	47,6
EĞİTİM SONRASI	Bakım Sürecinde Olumsuz Bir Deneyim Yaşama Durumu		
	Evet	175	29,5
	Hayır	419	70,5

*Öğrencilerin meslek öncesi bakım alma ya da bakım verme deneyimlerini içermektedir.

Öğrencilerin %74,2'sinin (n=441) öğrenimlerini sürdürdükleri okula başlamadan önce hastane deneyimi olmadığı, hastane deneyimi olanların ise (n=153) %79,1'inin 1-7 gün arasında hastanede kaldıkları, %77,3'ünün (n=459) hasta bir birey olarak bakıma gereksinim duymadığı, %52,4'ünün (n=311) meslek öncesi hasta bir bireye bakım verme deneyimi yaşadığı saptandı. Hemşirelik eğitimine başladıktan sonra öğrencilerin %70,5'inin (n=419) hasta bireye bakım verme sürecinde kendisini rahatsız eden herhangi bir olumsuz deneyim yaşamadıkları belirlendi. Bu deneyimi yaşadığını ifade eden öğrencilerin ise (%29,5) buna bir açıklama getirmediği görüldü (Tablo 4-9).

4.2.3. Öğrencilerin Bakım Davranışlarını Algılama Durumları

Öğrencilerin bakım davranışını algılamalarını yansıtan BDÖ puan ortalamaları ve bakım davranışlarının sıklığına ilişkin bulguların dağılımı Tablo 4-10 ve Tablo 4-11'de verildi.

Tablo 4-10: Öğrencilerinin Bakım Değerlendirme Ölçeği'nden (BDÖ) Aldıkları Puanlar (n= 594)

Ölçek ve Alt Boyutları*	Minimum Puan	Maximum Puan	Ortalama	Standart Sapma	
BDÖ (Toplam Puan)	2,48	7,00	5,26	0,79	
Alt boyutlar	1. Ulaşılabilirlik	1,83	7,00	5,00	0,97
	2. Açıklamalar ve Olanaklar	1,50	7,00	5,00	1,05
	3. Konfor	2,56	7,00	5,36	0,84
	4. Beklentiler	1,00	7,00	4,72	1,22
	5. Güven Verici İletişim	2,81	7,00	5,44	0,85
	6. Gözlemler ve İzlemler	2,25	7,00	5,50	0,92

*Toplam ve alt boyutlarından alınabilecek olası puan aralığı 1-7 arasındadır.

Öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalaması $5,26 \pm 0,79$ idi. Alt boyutlara bakıldığında puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla, “Gözlemler ve İzlemler” ($5,50 \pm 0,92$), “Güven Verici İletişim” ($5,44 \pm 0,85$), “Konfor” ($5,36 \pm 0,84$), “Ulaşılabilirlik” ($5,00 \pm 0,97$), “Açıklamalar ve Olanaklar” ($5,00 \pm 1,05$) ve “Beklentiler” ($4,72 \pm 1,22$) alt boyutunda olduğu saptandı (Tablo 4-10).

Tablo 4-11: Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) Maddelerinin Sıklık-Önem Sıralamasına İlişkin Bulgular (n= 594)

Bakım Değerlendirme Ölçeği(Care-Q)'nin Maddeleri	Önem sırası	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	\bar{X}	SS
16. Güler yüzlü olmak	1	3	7	6,10	1,09
42. Kendini tanıştırmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak	2	3	7	6,09	1,10
43. Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve tanıtıcı kimlik takmak	3	3	7	6,03	1,15
41. Hastayı bir birey olarak kabul etmek	4	3	7	6,00	1,10
19. Hastayı dinlemek	5	3	7	5,92	1,07
20. Hasta ile konuşmak	6	3	7	5,87	1,13
38. Hastaya, tüm tedavisi ve hastalığı ile ilgili duygularını açıklamasına izin vermek ve bilgileri gizli tutmak	7	3	7	5,79	1,12
47. Sakin olmak	8	2	7	5,70	1,18
40. Hasta ile tutarlı bir yaklaşım içinde olmak	9	3	7	5,69	1,10
46. Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek	10	1	7	5,66	1,36
35. Hastayı sorular sorabileceği konusunda cesaretlendirmek	11	3	7	5,65	1,12
6. Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirmek	12	2	7	5,62	1,23
5. Hastanın çağrılarını kısa zamanda yanıtlamak	13	3	7	5,57	1,09
36. Her ne olursa olsun önceliği hastaya vermek	14	3	7	5,53	1,12
48. Hastaya iyi fiziksel bakım vermek	15	1	7	5,50	1,28
27. Hasta ile birlikte iken, sadece o hastaya yoğunlaşmak	16	2	7	5,48	1,23
3. Hastanın tedavisi ve ilaçlarını zamanında uygulamak	17	1	7	5,47	1,61
4. Hastayı sık sık kontrol etmek	18	1	7	5,46	1,29
33. Hastanın hastalığı ve tedavisine ilişkin düşüncelerini açık bir şekilde anlatmasına yardım etmek	19	1	7	5,45	1,28
45. İyi organize olmak	20	1	7	5,44	1,25
34. Bakımın planlanması ve yönetiminde, hastanın kendisini ne zaman en iyi ve uygun hissettiğinin farkında olmak	21	1	7	5,39	1,21
37. Hastanın ailesi ve önem verdiği diğer kişiler ile cana yakın ve içten olmak	22	1	7	5,35	1,34
50. Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek	23	1	7	5,33	1,40
9. Hastaya tedavisi ve hastalığı ile ilgili bilmesi gereken önemli konuları anlaşılır bir dille anlatmak	24	1	7	5,32	1,34
10. Mümkün olduğunda, hastaya kendi kendine bakımını nasıl yapacağını öğretmek	25	1	7	5,30	1,33
21. Hastanın ailesi ve onun için önemli olan diğer bireyleri bakımına dahil etmek	26	2	7	5,29	1,21
49. Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak	27	1	7	5,28	1,29
8. Hastaya yeterli bilgi vererek kendisini kötü/eksik hissetmemesini sağlamak	28	1	7	5,27	1,38
32. Herhangi bir eyleme başlamadan önce, hastanın durumunu, hasta ile birlikte gözden geçirmek	29	1	7	5,21	1,35
15. Zor beğenen hastalara bile hoşgörülü olmak	30	1	7	5,19	1,36
28. Kriz veya kritik bir dönem içinde olduğunda bile hasta ile ilgilenmeyi sürdürmek	31	1	7	5,15	1,38
14. Hastaya, durumu ve tedavisi ile ilişkili olumlu öğeleri tanımlayarak cesaret vermek	32	1	7	5,14	1,31
30. Gerçekçi hedefler saptamada hastaya yardım etmek	33	2	7	5,14	1,22
31. Durumundaki değişiklikleri hasta ile konuşmak için en uygun zamanı hasta ile birlikte belirlemek	34	1	7	5,13	1,33

13. Temel konfor önlemlerini almak, uygun aydınlatma, gürültünün kontrolü, uygun giyim/örtünme vb.	35	1	7	5,12	1,35
29. Hastaya, kabul edilebilir alternatifler sunmak, örn: görüşme zamanlarının, banyo zamanlarının seçimi vb.	36	1	7	5,11	1,40
44. Röntgen, özel işlemler vb. gibi profesyonel randevu planının, hastanın durumu ve koşullar için uygun olduğundan emin olmak	37	1	7	5,05	1,54
22. Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak	38	1	7	4,96	1,51
26. Hasta için ilklerin, en zor zamanlar olacağını anlamak ve bu günler süresince hastaya özel dikkat göstermek	39	1	7	4,94	1,45
39. Hastaya, hitap etmek için tercih ettiği ismi sormak	40	1	7	4,93	1,64
12. Tıbbi durumu hakkında hastaya karşı dürüst olmak	41	1	7	4,85	1,43
17. Hasta ile oturmak	42	1	7	4,82	1,46
7. Hastaya mevcut destek sistemlerini anlatmak, kendi kendine yardım grupları ve benzer hastalığa sahip diğer bireyler vb.	43	1	7	4,76	1,43
18. Rahatlama gereksinimi olduğunda hastaya dokunmak	44	1	7	4,76	1,44
24. Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.	45	1	7	4,66	1,59
25. Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığında, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.	46	1	7	4,61	1,67
11. Hekimine sorması için hastaya sorular önermek	47	1	7	4,51	1,65
23. Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak	48	1	7	4,45	1,64
1. Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.	49	1	7	4,02	1,75
2. Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.	50	1	7	3,89	1,65

Öğrencilerin uygulama sıklığına göre BDÖ'deki bakım davranışlarından en önemli gördükleri bakım davranışlarının ilk beş sırada sırasıyla $6,10 \pm 1,09$ ortalama ile “Güler yüzlü olmak”, $6,09 \pm 1,10$ ortalama ile “Kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak”, $6,03 \pm 1,15$ ortalama ile “Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve kimlik takmak”, $6,00 \pm 1,10$ ortalama ile “Hastayı bir birey olarak kabul etmek”, $5,92 \pm 1,07$ “Hastayı dinlemek” olduğu; uygulama sıklığına göre en az önemli olarak gördükleri bakım davranışlarının son beş sırada sırasıyla $3,89 \pm 1,65$ ortalama ile “Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.”, $4,02 \pm 1,75$ ortalama ile “Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.”, $4,65 \pm 1,64$ ortalama ile “Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak”, $4,51 \pm 1,65$ ortalama ile “Hekimine sorması için hastaya sorular önermek”, $4,61 \pm 1,67$ ortalama ile

“Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığıında, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.” olduğu saptandı (Tablo 4-11).

4.2.4. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine Göre Bakım Davranışını Algılama Durumları

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin BDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının bireysel özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4-12’de verildi.

Tablo 4-12: Öğrencilerin Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=594)

Bireysel Özellikler	Sayı	Bakım Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı $\bar{x} \pm SS$	Bakım Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları					Gözlemler ve İzlemler $\bar{x} \pm SS$
			Ulaşılabilirlik $\bar{x} \pm SS$	Açıklamalar ve Olanaklar $\bar{x} \pm SS$	Konfor $\bar{x} \pm SS$	Beklentiler $\bar{x} \pm SS$	Güven Verici İletişim $\bar{x} \pm SS$	
1.Cinsiyet								
Kız	507	5,31±0,77	5,05±0,95	5,04±1,05	5,42±0,82	4,76±1,22	5,50±0,83	5,56±0,91
Erkek	87	4,94±0,80	4,73±1,01	4,77±1,02	5,00±0,87	4,53±1,15	5,09±0,87	5,13±0,92
<i>t</i> (sd: 592)		4,118	2,886	2,251	4,391	1,607	4,221	4,125
<i>P</i>		0,000	0,004	0,025	0,000	0,109	0,000	0,000
2.Mezun Olduğu Okul								
Sağlık M. Lisesi ve Önlisans	44	5,60±0,76	5,38±0,76	5,31±1,03	5,60±0,81	5,21±1,37	5,76±0,85	5,93±0,84
Diğer Okullar	550	5,23±0,78	4,97±0,97	4,98±1,05	5,34±0,84	4,69±1,19	5,42±0,85	5,47±0,92
<i>T</i> (sd: 592)		3,037	3,305	2,040	1,997	2,765	2,587	3,208
<i>P</i>		0,002	0,002	0,042	0,046	0,006	0,010	0,001
3.Sınıf Düzeyi								
2.Sınıf	187	5,31±0,72	5,12±0,89	5,05±0,94	5,41±0,80	4,88±1,03	5,50±0,81	5,44±0,95
3.Sınıf	199	5,26±0,79	5,02±0,96	5,03±0,98	5,34±0,84	4,67±1,23	5,45±0,85	5,51±0,88
4.Sınıf	208	5,21±0,84	4,88±1,03	4,93±1,19	5,32±0,86	4,64±1,35	5,38±0,89	5,53±0,95
<i>F</i> (sd:2/591/593)*		0,885	3,020	0,743	0,576	2,216	0,973	0,504
<i>P</i>		0,413	0,050	0,476	0,563	0,110	0,378	0,605
4.Kaçıncı Çocuğunuz?								
1. Çocuk	267	5,32±0,77	5,08±0,99	5,07±1,01	5,40±0,82	4,81±1,18	5,50±0,83	5,58±0,87
2. Çocuk	162	5,19±0,77	4,90±0,94	4,93±1,09	5,35±0,84	4,57±1,23	5,40±0,86	5,42±0,93
3.ve ↑	165	5,22±0,83	4,98±0,95	4,96±1,06	5,29±0,86	4,75±1,25	5,39±0,87	5,44±1,01
<i>F</i> (sd:2/591/593)*		1,661	1,755	1,060	0,841	2,008	1,106	1,865
<i>P</i>		0,191	0,174	0,347	0,432	0,135	0,332	0,156

* Varyans analizinde serbestlik derecesi, Gruplararası sd/Grup İçi Sd/Toplam Sd sırasıyla verildi.

Öğrencilerin *cinsiyetine* göre BDÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında; kız öğrencilerin ($5,31 \pm 0,77$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla erkek öğrencilerden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görüldü. BDÖ alt boyutları incelendiğinde; “*Beklentiler*” altboyutu puan ortalaması dışında ($p > 0,05$), kız öğrencilerin “*Ulaşılabilirlik*”, “*Açıklamalar ve Olanaklar*”, “*Konfor*”, “*Güven Verici İletişim*”, “*Gözlemler ve İzlemler*” altboyutlarındaki puan ortalamalarının erkek öğrencilerin puan ortalamalarından anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Öğrencilerin *mezun olduğu okula* göre, Sağlık Meslek Lisesi ve önlisans sağlık yüksekokulundan mezun olan öğrencilerin bakım değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması ve tüm altboyutlarının puan ortalamalarının diğer lise mezunu öğrencilerden anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$).

Öğrencilerin *sınıf düzeyi ve kardeşler arasındaki çocuk sıralamasına* göre (*kaçıncı çocuk olduğuna göre*) bakım değerlendirme ölçeği ve altı altboyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4-12).

4.2.5. Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri, Bakıma İlişkin Görüş ve Deneyimlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumları

Öğrencilerin mesleki düşünceleri, bakıma yönelik görüş ve deneyimleri ile BDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4-13 ve Tablo 4-14’de verildi.

Tablo 4-13: Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri ve Bakıma İlişkin Görüşlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılamaları (n=594)

Görüşler	Sayı	Bakım Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları						
		Bakım Değerlendirme Ölçeği		Açıklamalar ve Beklentiler		Güven Verici Gözlemler ve İzlemler		
		$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	
Hemşirelik Mesleğini Seçme Nedeni								
İsteyerek	263	5,36±0,74	5,07±0,95	5,11±0,96	5,48±0,78	4,87±1,15	5,55±0,82	5,57±0,92
İstemeden	331	5,18±0,81	4,95±0,97	4,91±1,11	5,26±0,87	4,61±1,26	5,36±0,87	5,44±0,93
<i>t</i> (sd: 592)		2,859	1,432	2,348	3,298	2,686	2,651	1,698
<i>p</i>		0,004	0,153	0,019	0,001	0,007	0,008	0,090
Mezuniyet Sonrasına İlişkin Görüşleri								
* Hemşire Olarak Çalışmak/Hemşirelikte Akademik Kariyer Yapmak	444	5,25±0,80	4,99±0,97	4,99±1,03	5,34±0,85	4,73±1,21	5,43±0,87	5,51±0,94
* Farklı Bir Bölüm Okumak	150	5,28±0,75	5,04±0,96	5,03±1,09	5,40±0,80	4,71±1,24	5,47±0,79	5,46±0,88
<i>t</i> (sd: 592)		0,292	0,525	0,345	0,717	0,127	0,455	0,612
<i>p</i>		0,770	0,600	0,730	0,473	0,899	0,649	0,540
"Bakım Verme Hemşiresinin Birincil Görevidir" Görüşüne Katılımları								
Katılmıyorum	413	5,30±0,77	5,04±0,95	5,06±1,03	5,39±0,81	4,76±1,22	5,48±0,83	5,57±0,90
Katılıyorum	181	5,16±0,82	4,92±1,01	4,86±1,08	5,28±0,88	4,64±1,21	5,36±0,90	5,34±0,97
<i>t</i> (sd: 592)		2,098	1,379	2,164	1,404	1,166	1,641	2,822
<i>p</i>		0,036	0,168	0,031	0,161	0,244	0,101	0,005

Öğrencilerin *hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin seçme* nedenleri ile BDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hemşireliği isteyerek seçenlerin puan ortalaması istemeden seçenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Her iki grup arasında, BDÖ'nün "*Ulaşılabilirlik*" ve "*Gözlemler ve İzlemler*" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), ancak mesleği isteyerek seçtiğini ifade eden öğrencilerin "*Açıklamalar ve Olanaklar*", "*Konfor*", "*Beklentiler*", "*Güven Verici İletişim*" olmak üzere dört alt boyuttaki puan ortalamalarının mesleği istemeden seçtiğini ifade edenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Öğrencilerin *mezuniyet sonrasında ilişkin görüşlerine* göre grupların BDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; mezun olduktan sonra hemşire olarak çalışmak ya da hemşirelikte kariyer yapmak isteyen öğrenciler ile mezun olmadan ya da mezun olduktan sonra da hemşirelik dışında başka bir bölümde okumak istediğini ifade eden öğrencilerin toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Öğrencilerin "*bakım verme hemşirenin birincil görevidir*" görüşüne katılma durumuna göre grupların BDÖ toplam puan ve "*Açıklama ve Olanaklar*" ile "*Gözlemler ve İzlemler*" alt boyutlarına ilişkin puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu ($p<0,05$), diğer dört alt boyutun puan ortalaması arasında ise anlamlı farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Öğrencilerden "*bakım hemşirenin birincil görevidir*" görüşüne katılanların BDÖ toplam puan, "*Açıklama ve Olanaklar*" ve "*Gözlemler ve İzlemler*" puan ortalamaları katılmayanlardan anlamlı farklılıkla daha yüksek bulundu (Tablo 4-13).

Tablo 4-14: Öğrencilerin Bakıma İlişkin Deneyselmlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılamaları (n=594)

Deneyselmler	Sayı	Bakım Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları						
		Bakım Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı	Ulaşılabilirlik	Açıklamalar ve Olanaklar	Konfor	Beklentiler	Güven Verici İletişim	Gözlemler ve İzlemler
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Daha Önce Hastanede Yatma								
Evet	153	5,30±0,82	5,03±0,99	5,05±1,02	5,42±0,86	4,74±1,28	5,48±0,90	5,54±0,95
Hayır	441	5,25±0,77	5,00±0,96	4,99±1,06	5,33±0,83	4,72±1,19	5,43±0,84	5,48±0,92
<i>t</i> (sd: 592)		0,735	0,326	0,611	1,154	0,184	0,629	0,647
<i>P</i>		0,463	0,745	0,542	0,249	0,854	0,530	0,518
Hasta Bir Bireye Bakım Verme Deneyselmlerini Yaşama								
Evet	311	5,24±0,80	4,92±0,97	5,00±1,05	5,33±0,89	4,67±1,23i	5,44±0,86	5,50±0,95
Hayır	283	5,28±0,77	5,09±0,95	5,00±1,05	5,38±0,77	4,79±1,20	5,43±0,85	5,49±0,89
<i>t</i> (sd: 592)		0,632	2,146	0,038	0,780	1,206	0,033	0,156
<i>P</i>		0,327	0,032	0,970	0,436	0,228	0,938	0,876
Hasta Bir Birey Olarak Bakım Gereksinimini Yaşama								
Evet	135	5,30±0,77	5,02±0,94	5,09±1,06	5,37±0,78	4,78±1,24	5,49±0,82	5,52±0,87
Hayır	459	5,25±0,79	5,00±0,97	4,97±1,04	5,35±0,85	4,71±1,21	5,43±0,86	5,49±0,94
<i>t</i> (sd: 592)		0,665	0,246	1,154	0,213	0,614	0,698	0,356
<i>P</i>		0,506	0,805	0,249	0,832	0,339	0,486	0,722
Bakım Sürecinde Olumsuz Bir Deneyselmlerini Yaşama								
Evet	175	5,18±0,76	4,98±0,92	4,97±1,03	5,28±0,83	4,68±1,17	5,33±0,84	5,40±0,87
Hayır	419	5,29±0,80	5,01±0,98	5,01±1,06	5,39±0,84	4,74±1,24	5,49±0,85	5,54±0,95
<i>t</i> (sd: 592)		1,487	0,317	0,446	1,366	0,588	2,040	1,655
<i>P</i>		0,137	0,751	0,656	0,172	0,557	0,042	0,098

EĞİTİM ÖNCESİ

EĞİTİM SIRASI

Öğrencilerin “*daha önce hastanede yatma*”, “*hasta bir birey olarak bakım alma deneyimi yaşama durumu*” na göre BDÖ toplam puan ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Öğrencilerin meslek öncesi “*hasta bir bireye bakım verme deneyimi yaşama*” durumuna göre, *evet* yanıtını veren öğrencilerin BDÖ’nün yalnız “*Ulaşılabilirlik*” alt boyutunun puan ortalamasınının *hayır* yanıtını verenlerden anlamlı olarak daha düşük olduğu ($p<0,05$), grupların toplam puan ve diğer beş alt boyutun puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$).

Öğrencilerden “*bakım sürecinde olumsuz bir deneyim yaşayanların*” BDÖ’nün “*Güven Verici İletişim*” alt boyutunun puan ortalamaları olumsuz bir deneyim yaşamayan öğrencilerden anlamlı farklılık ile daha düşüktü ($p<0,05$). Bakım sürecinde olumsuz bir deneyim yaşama durumuna göre grupların BDÖ toplam puan ortalaması ve diğer beş altboyutun puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4-14).

5. TARTIŞMA

Hemşirelik mesleğine ve dolayısı ile hemşirelere duyulan gereksinim evrenseldir. Hemşireler, sağlığı yeniden kazanma ve yükseltme, koruma, hastalıkları önleme ve yetersizlikler ile baş etmeyi kolaylaştırmada sağlıklı/hasta birey, aile ve topluma yardım eden yegane meslek üyeleridir (Potter ve Perry 2009, Heath 1995, Şahin 2006). Hemşirelik mesleğini diğer mesleklerden ayrıcalıklı kılan özelliği ise özünde bakım eylemini barındırmasıdır (Potter ve Perry 2009, Heath 1995). 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. Bu bağlamda, hemşirelik meslek adaylarının hemşireliğin felsefesi ve etik ilkeleri ışığında, bakımın temelini oluşturan sağlıklı/hasta birey ile doğru, etkili bir iletişim kurabilme, bireyin kültürel özellikleri dolayısı ile inançları, değerleri, tutumları, alışkanlıkları, tercihleri ve haklarını dikkate alarak insancıl ve bütüncül bakım verebilmeleri üzerine odaklanarak profesyonel bakım davranışlarının geliştirilmesi oldukça önemlidir (Begum ve Slavin 2012, Bassett 2001).

Geleceğin hemşirelerinin bakım davranışları ve tutumlarının kazandırılmasında ve geliştirmesinde, hemşireliğin bilimsel boyutunun yanı sıra sanat boyutunu içeren bilgi ve becerilerin öğretilmesi üzerine temellenen eğitimi almaları kaçınılmaz bir gerekliliktir. Cohen (1993), bu amaca ulaşmak için hemşirelik eğitim programının bakıma yönelik mesleki değerler ve etik ilkeleri içermesi, bakım modellerini ve bakımın özelliklerini içeriğinde barındırması gerektiğini belirtir (Begum ve Slavin 2012, Bassett 2001). Hemşirelik öğrencilerinin insancıl ve bütüncül yaklaşım ile bireye özgü bakım verme beceri ve davranışlarının geliştirilmesinde ise öğrenci tarafından hemşire eğitimcilerin gözlenmesi, eğitimcinin bakım davranış modellerinin algılanması, benimsenmesi ve içselleştirilerek tutum ve davranışa dönüştürülmesi önemli bir yer tutar (Yanikkerem ve ark. 2006). Bakım davranışı kazanma sürecinde, öğrencilerin klinik uygulama alanlarında çalışan mezun hemşireler de sorumluluk üstlenerek eğitime katkı sağlamalıdır.

Bu bilgiler ışığında çalışma, hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarına yönelik algılarını ve öğrencilerin bakım davranış algılarını etkileyen faktörleri belirlemek ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda eğitim programının içeriğine katkı sağlayabileceği düşünülen öneriler getirmek amacı ile gerçekleştirildi. Bununla birlikte, bu amaca ulaşmada öğrencilerin bakım davranışlarını değerlendirmek için kullanılacak, Larson ve arkadaşları (1981) tarafından geliştirilen Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışması ile Türk toplumuna uyarlanması ve ülkemizde yapılacak olan çalışmalar için kaynak oluşturması hedeflendi. Çalışmadan elde edilen bulgular iki ana başlık altında tartışıldı.

1. BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN (BDÖ) GEÇERLİK-GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

- Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması,

- Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması olmak üzere iki bölümde ele alındı.

2. HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BAKIM DAVRANIŞLARINI ALGILAMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

- Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması ,

- Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri ve Bakıma İlişkin Görüşlerini İçeren Bulguların Tartışılması,

- Öğrencilerin Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması,

- Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması,

- Öğrencilerin Mesleki Düşünce, Bakıma İlişkin Görüş ve Deneyimlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması olmak üzere beş bölümde ele alındı.

5.1. BAKIM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ'NİN (BDÖ) GEÇERLİK-GÜVENİRLİĞİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, Bakım Değerlendirme Ölçeği'ni (BDÖ) geçerlik- güvenirlilik çalışmasını gerçekleştirmek üzere 250 öğrenciden elde edilen ve araştırmanın metodolojik aşamasını oluşturan verilerin oluşturduğu bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4-1, Tablo 4-2, Tablo 4-3, Tablo 4-4, Tablo 4-5 ve Şekil 4-1).

Hemşirelik bilim ve sanatında bakım kavramı ve eylemini açıklama ve tanımlama çalışmaları uzun yıllardır süregelmektedir (Devineni 2008). Hemşirelik bakımı ile ilgili araştırmalar son yıllarda giderek hız kazanmakla birlikte bakım kavramı ve eylemine yönelik belirsizlikler hala devam etmektedir. Bununla birlikte, bakım verme eylemi/ davranışlarını değerlendirmeye yönelik çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir. Oysa, hemşirelik mesleğinin özünü oluşturmanın ötesinde varoluş nedeni olan bakım verme eylemlerinin mesleki eğitim sürecinde kazandırılarak tutum ve davranışa dönüştürülmesi ve hem bu süreçte yer alan öğrencilerde hem de mezun hemşirelerde bu davranışlara yönelik algıların somut veriler sağlayan ölçme araçları ile değerlendirilmesi mesleğin gelişimine önemli katkılar sağlayacaktır. Bu amaçla, geliştirilen ölçeklerden biri de, Bakım Değerlendirme Ölçeği'dir (BDÖ) (Caring Assessment Questionnaire-Care-Q). BDÖ, Patricia Jean Larson tarafından 1981 yılında geliştirilmiş, hemşirelik literatüründe yer alan ilk kantitatif bakım değerlendirme aracıdır (Ek-2) (Larson 1981). BDÖ, hasta örneklem grubu ile çalışılarak geliştirilmesine karşın hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışına yönelik algılarını ölçmede kullanılan bir araçtır (Larson 1981, Lee ve ark. 2006, Watson 2009, Essen ve Sjöden 2003).

Ülkemizde bakım davranışlarını hemşire ya da hastaların bakış açısından değerlendiren BBS-Hasta (Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- Hasta), BBS-Hemşire (Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- Hemşire) ve HHBAÖ (Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği) olmak üzere üç ölçek bulunmasına karşın hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışına yönelik algılarını değerlendiren ölçek ve çalışmaya rastlanmamıştır (Acaroğlu ve Şendir 2012, Çoban 2006). Bu gerekçeden yola çıkarak, bu çalışmada Bakım Değerlendirme Ölçeği -BDÖ (Caring Assessment Questionnaire-Care-Q) ile öğrencilerin bakım davranışı algıları değerlendirilmiştir. Ancak BDÖ'nün orijinal şeklinin farklı bir kültüre özgü geliştirilmiş olması, öncelikle onun

toplumumuza uyarlama çalışmasının yapılmasını zorunlu kılmıştır. Çünkü veri toplama araçlarının geçerlik, güvenilirlik, duyarlılık, uygunluk ve nesnellik olarak sıralayabileceğimiz değişik özellikleri bulunmaktadır ve bu özellikler aynı zamanda geliştirildiği kültürün özelliklerini yansıtır (Erefe 2002).

5.1.1. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Geçerlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, BDÖ'nün geçerlik çalışmasına ilişkin bulgular tartışıldı (Şekil 4-1 ve Tablo 4-1).

Geçerlik, bir veri toplama aracının, incelenmesi amaçlanan kuram, kavram ya da değişkenle ilgili bileşenleri ne ölçüde kapsadığını ya da yansıttığını gösteren önemli bir niteliktir (Gözüm ve Aksayan 2002, Talbot 1995, Karasar 1995). Geçerlik çalışmaları toplumsal uyarlamalarda dil, içerik ve yapı geçerliliği çalışmaları ile gerçekleştirilir (Erefe 2002).

Bu çalışmada, Türkçe'ye çevrilen Bakım Değerlendirme Ölçeğinin ifadeleri ile ölçeğin orijinal formu Caring Assessment Questionnaire ifadelerinin eşdeğer olduğu saptandı. Ölçeğin dil eşdeğerliliğinin sağlanması için üç dil uzmanı tarafından Türkçe'ye çevirisi yapıldı. Türkçe'ye çevirisi yapılan ölçek formu, danışman öğretim üyesi, Türk dili ve edebiyatı uzmanı ile incelenerek her madde için en uygun çeviri benimsendi. Daha sonra, her iki dili (Türkçe ve İngilizce) anlayan ve bilen başka bir dil uzmanı tarafından Türkçe ölçeğin İngilizce'ye geri çevirisi yapıldı. Orijinal ölçek ile geri çevirisi yapılan ölçekteki maddeler karşılaştırıldı ve anlam bütünlüğü sağlandı.

Türkçe'ye çevrilen ölçeğin kapsam-içerik geçerliği açısından uygunluğunu belirlemede Kapsam Geçerlilik İndeksi-KGİ (Content Validity Index- CVI) kullanıldı (Talbot 1995, Gözüm ve Aksayan 2002, Erefe 2002, Harrington 2009, Akgül ve Çevik 2005). BDÖ'nün dil eşdeğerliliği sağlandıktan sonra ölçeğin Türkçe formu kapsam geçerliğinin değerlendirilmesi için, hemşirelik mesleğinde uzman 12 öğretim üyesinin görüşüne sunuldu (Ek-5). Uzmanlardan maddelerin uygunluğuna göre; 1 puan: uygun değil, 2 puan: biraz uygun (maddenin ve ifadenin uygun şekle getirilmesi gerekli), 3 puan: uygun (ufak değişiklikler gerekli), 4 puan: çok uygun şeklinde puan vererek değerlendirme yapmaları istendi. Yapılacak yüzdelik değerlendirmede, literatür bilgisi doğrultusunda ölçek maddelerinin %80'inin uzmanlar tarafından "uygun" veya "çok

uygun” şeklinde değerlendirilmesi beklendi (Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2002, Yurdugül 2005, Karasar 1995, Harrington 2009, Akgül ve Çevik 2005).

Uzman görüşlerine göre maddelerin büyük çoğunluğu (%94.66) “uygun” ve “çok uygun” şeklinde puanlandı ve $KGI=.95$ olarak bulundu. Gelen öneriler doğrultusunda ölçek maddelerinde ifade bütünlüğü sağlandı. Ölçeğin düzenlenmiş son hali, Türkçe okunabilirlik ve anlaşılabilirliği açısından 15 kişilik bir grupta pilot uygulama ile değerlendirilerek ölçeğin kapsam-içerik geçerliği ölçütü karşılandı (Harrington 2009, Akgül ve Çevik 2005, Talbot 1995, Gözüm ve Aksayan 2002, Yurdugül 2005, Erefe 2002).

Geçerliliğin sınanmasında ölçütlerden bir diğeri yapı geçerliliğidir. Yapı geçerliliğini belirlemek üzere faktör analizi yapılır. Ancak Faktör analizi öncesi ölçek maddelerine bu analizin yapılıp yapılmayacağıın belirleyicisi olan örneklem büyüklüğünün yeterliği Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testleri ile değerlendirilir. KMO, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. KMO ölçütü 0.90 - 1.00 olduğunda mükemmel, 0.80 - 0.89 arasında olduğunda çok iyi, 0.70 - 0.79 arasında olduğunda iyi, 0.60 - 0.69 arasında olduğunda orta, 0.50 - 0.59 arasında olduğunda zayıf ve 0.50'nin altında olduğunda ise kabul edilmez ölçütler olarak değerlendirilir (Akgül ve Çevik 2005, Talbot 1995). Çalışmada, KMO testi sonucu 0.935 ve Barlett Test sonucunda ise $X^2= 7977,731$ olarak saptandı ve her iki test sonucu da $p=0.000$ önem düzeyinde anlamlı bulundu. KMO ve Barlett testleri sonuçları, örneklem büyüklüğünün faktör analizi için yeterli olduğunu gösterdi.

Faktör analizinde amaç; ölçekteki madde sayısının alt gruplara indirgenmesidir. Aynı faktörü ölçen maddeler bir araya gelerek çeşitli gruplar oluşturur. Her faktör grubuna, içinde bulunan maddelerin özelliğine göre bir faktör adı verilir. Ölçek uyarlamalarında faktörlerin alt boyut içerikleri ya da faktörlerde yer alması gereken ifadelerin/maddelerin bilinmesi nedeni ile genellikle ölçekteki maddelerin yapısı hakkında var olan bir hipotezi sınanan doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi yapılır. Doğrulayıcı faktör analizi kuramsal bir temele dayanarak çeşitli değişkenlerden oluşturulan faktörlerin gerçek verilerle ne derece uyum gösterdiğini değerlendirme amacı ile kullanılır. Kısaca, doğrulayıcı faktör analizinde önceden belirlenmiş ve

kurgulanmış bir yapının toplanan verilerle ne ölçüde doğrulandığı incelenir (Erefe 2002, Karasar 1995, Akgül ve Çevik 2005).

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Türkçe'ye uyarlanmasında yapı geçerliği için ölçeğin orjinal formunda bulunan faktörlerin uyumunu doğrulamak amacıyla her bir boyut için doğrulayıcı faktör analizi yapıldı (Şekil 4-1). Ölçeğin altboyutları ve maddeleri arasındaki faktör yükleri 0,49-0,86 arasında idi. Maddelerin altboyutlar ile ilişkisini açıklayan bir katsayı olan faktör yük değerinin en az 0.30 ve üzerinde olması gerekir. Bu çalışmada, tüm maddelerin faktör yüklerinin 30'un üzerinde bulunması maddelerin yer aldıkları altboyutlara dağılımının uygun olduğunu gösterdi.

Doğrulayıcı faktör analizi uyum iyiliği istatistiklerinin istenilen düzeyde olması önemlidir. Bu amaçla farklı testlerden yararlanılır. Bunlar;

1-Ki-kare uyum istatistiği: Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir, ancak uygulamada genellikle anlamlı çıktığı görülür, çünkü bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki-kare değeri serbestlik derecesine bölünerek modifikasyon yapılır. Bunun sonucunda elde edilen değer iki ya da altında olması modelin iyi bir model olduğunu, beş ya da daha altında olması modelin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Akgül ve Çevik 2005, Şimşek 2007, Gözüm ve Aksayan 2002, Erefe 2002, Karasar 1995, Harrington 2009). Bu çalışmada, Ki-kare değerinin 2,61 olması ölçeğin kabul edilebilir bir uyum değerine sahip olduğunu gösterdi.

2- Sık kullanılan diğer uyum iyiliği testleri: RMSEA (Yaklaşık artık kareler ortalamasının karekökü), SRMR (Standartlaştırılmış Kalıntı Kareleri Ortalamasının Karekökü), CFI (Karşılaştırmalı uyum indeksi), NNFI (Normlanmış uyum indeksi), GFI (Uyum iyiliği indeksi), AGFI'dır (Uyarlanmış uyum iyiliği indeksi) (Şimşek 2007, Harrington 2009).

RMSEA'nın 0,08'e eşit ya da küçük olması ve p değerinin 0,05'den küçük olması uyumun iyi olduğunu, 0,10'a eşit ya da küçük olması ise uyumun zayıf olduğunu gösterir (Akgül ve Çevik 2005, Şimşek 2007, Harrington 2009). SRMR'nin 0,10'dan küçük olması, CFI, GFI, NNFI değerlerinin 0,90'a eşit ya da üstünde olması, AGFI'nin 0,80'e eşit ya da üstünde olması faktör uyumun olduğuna işaret eder (Şimşek 2007, Harrington 2009).

Bu çalışmada, doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen modelin uyum indeksleri incelendiğinde, RMSEA değerinin anlamlı ve 0.080'e eşit bulunması uyumun iyi olduğunu ve modelin kabul edilebilir bir model olduğunu gösterirken SRMR (0,069), CFI (0,98), NNFI (0,98) değerlerine göre uyumun olduğu ancak GFI (0,67) ve AGFI (0,64) değerlerinin düşük olduğu görüldü (Tablo 4-1). Bu durumun, madde sayısının çok olmasından kaynaklandığı düşünüldü.

BDÖ'nün doğrulayıcı faktör analizi ile elde edilen uyum indeksi sınırları göz önüne alındığında modelin orta düzey de uyum verdiği ve ölçeğin orijinal faktör yapısının Türkçe şeklinin faktör yapısı ile uyduğu saptandı.

5.1.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Güvenirlik Çalışmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Ölçeğin (BDÖ) güvenirliliğinin değerlendirilmesinde, ölçeğin zamana karşı değişmezliğini değerlendirmek için aralıklı uygulanan test-tekrar test güvenirliliği, madde güvenirliliği için madde toplam puan korelasyonları, homojenliğin belirlenmesi için iç tutarlık analizinden Cronbach Alfa değerlendirmesi yapıldı (Tablo 4-2, Tablo 4-3, Tablo 4-4, Tablo 4-5).

Güvenirlik, ölçme aracının verileri doğru topladığını ve yinelenebilir olduğunu belirler. Diğer bir ifadeyle, aynı değişkenin bağımsız ölçümleri arasındaki kararlılıktır (Erefe 2002, Gözüm ve Aksayan 2002). Güvenirliliği test etmek için kullanılan analizlerden biri test-tekrar test analizidir. Test-tekrar test güvenirliliği, bir ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı sonuçlar verebilme ve zamana göre değişmezlik gösterebilme gücüdür. Test-tekrar test güvenirliliğini bulabilmek için iki uygulamadan elde edilen puanlar arasındaki korelasyon hesaplanır. Bu işlem ile elde edilen korelasyon, testin tekrar güvenirlilik katsayısını verir. Test puanları sürekli değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığı için güvenirliliğin bulunmasında genellikle "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Eşitliği" kullanılmaktadır. Korelasyon katsayısı (r) "0" ile "1" arasında değişen değerler alabilmektedir. Korelasyon (r) yükseldikçe, ifadenin etkililik düzeyi artar, azaldıkça düşer. Literatürde korelasyon katsayısının gücünün $r = 0,00-0,25$ (Çok Zayıf), $r = 0,26-0,49$ (Zayıf), $r = 0,50-0,69$ (Orta), $r = 0,70-0,89$ (Yüksek) ve $r = 0,90-1,00$ (Çok Yüksek) olarak

değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Yeteri kadar yüksek bir korelasyon katsayısı, testten elde edilen ölçümlerin kararlılığına ve iki uygulama arasındaki zaman içinde ölçülen nitelikte fazla bir değişme olmadığına işaret eder (Gözüm ve Aksayan 2002, Erefe 2002, Karasar 1995, Şimşek 2007, Harrington 2009).

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) zamana göre değişmezliğini değerlendirmek üzere 75 öğrenciye iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test ölçümlerinden elde edilen BDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; alt boyutlarında sırasıyla $r= 0,57$ “Ulaşılabilirlik”, $r= 0,42$ “Açıklamalar ve Olanaklar”, $r=0,47$ “Konfor”, $r=0.52$ “Beklentiler”, $r=0.59$ “Güven Verici İletişim”, $r=0.55$ “Gözlemler ve İzlemler” olarak, orta düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.001$) (Tablo 4-2). Elde edilen korelasyon katsayılarının ilk ve ikinci uygulama sonuçları arasındaki tutarlılığı, ölçeğin zamana göre değişmezliğinin ağırlıklı olarak orta düzeyde olduğunu gösterdi. Bu durum, ölçek içindeki madde ifadelerinin duygu, tutum ve davranışlara yönelik olmasından kaynaklandığını düşündürdü ve bu özelliklerin iki ölçüm arasında değişim gösterebileceğini vurgulayan literatür bilgisi ile uyum gösterdi (Erefe 2002).

Güvenirlilik çalışmalarından bir diğeri olan Madde analizi, ölçme aracındaki her bir maddenin aldığı değer ile ölçme aracının tümünden alınan toplam değer arasındaki ilişkiyi ifade eden bir korelasyon analizidir. Ölçeğin madde toplam puan korelasyonlarını değerlendirirken, ölçekteki maddeler, eşit ağırlıkta ve bağımsız üniteler şeklinde ise, her madde ile toplam değerler arasındaki korelasyon katsayısının yüksek olması beklenir. Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise o maddenin ölçülmek istenen nitelikle ilişkisi o derece yüksektir. Madde toplam puan korelasyon katsayısının hangi ölçütün altına düşünce güvenirliliğinin yetersiz sayılacağı konusunda belirli bir standart olmamakla birlikte; korelasyonların negatif olmaması ve hatta 0,25 veya 0,30'un üzerinde olması öngörülür. Korelasyon katsayısı ne kadar yüksek ise, maddelerin güvenirliliği o kadar iyidir (Talbot 1995, Akgül ve Çevik 2005, Karasar 1995, Gözüm ve Aksayan 2002). Bu çalışmada, Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) altı alt boyutunun güvenirlilik çalışması için alt boyut madde puanları ile alt boyut toplam puanları Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, güvenirlilik katsayılarının “Ulaşılabilirlik” boyutunda $r= 0.66$ ile 0.85 , “Açıklamalar ve Olanaklar” boyutunda $r= 0.69$ ile 0.80 , “Konfor” boyutunda $r= 0.62$ ile 0.81 , “Beklentiler” boyutunda $r= 0.78$ ile 0.85 , “Güven Verici İletişim” boyutunda $r= 0.70$ ile 0.83 , “Gözlemler ve İzlemler”

boyutunda ise $r= 0.73$ ile 0.84 olduğu görüldü ve altboyut madde puanları ile altboyut toplam puanları arasında yüksek düzeyde, pozitif yönde ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p<0.001$) (Tablo 4-3). Bu bulgular BDÖ'nün madde toplam puan korelasyon değerlerinin uygun güvenilirlik ölçütlerinde olduğunu gösterdi.

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) alt boyut puanlarının toplam ölçek puanları ile ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının $r=0,78$ ile $0,92$ arasında değiştiği, altboyut puanlarının toplam ölçek puanları ile ilişkisinin pozitif yönde, yüksek ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunması maddelerin güvenilirliğinin iyi olduğunu gösterdi ($p<0.001$, Tablo 4-4).

Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) iç tutarlılığını değerlendirmek için likert tipi ölçeklere uygun bir yöntem olan Cronbach alfa tekniği kullanıldı. Alfa yöntemi ölçekte yer alan maddelerin varyansları toplamının genel varyansa oranlaması ile bulunan 0 ile 1 arasında değerler alan bir ağırlıklı standart değişim ortalaması olup ölçekte yer alan maddelerin homojen bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırır. Ölçeğin alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır. Alfa katsayısı, 0.40 'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, $0.40-0.59$ arası düşük güvenilirlikte, $0.60-0.79$ arası oldukça güvenilir, $0.80-1.00$ arası ise yüksek derecede güvenilir kabul edilir (Akgül 2005, Talbot 1995, Akgül ve Çevik 2005, Karasar 1995).

Lee, Larson ve Holzemer'in (2006) BDÖ'nün modifiye formunu geliştirdikleri çalışmada, toplam ölçek için Cronbach Alpha katsayısı $0,97$ bulunmuştur. Aynı çalışmada, BDÖ'nün alt boyutlarına ilişkin alfa değerlerinin ise, "*Ulaşılabilirlik*" için $0,82$, "*Açıklamalar ve Olanaklar*" için $0,86$, "*Konfor*" için $0,92$, "*Beklentiler*" için $0,92$, "*Güven Verici İletişim*" için $0,89$, "*Gözlemler ve İzlemler*" için $0,91$ olduğu saptanmıştır (Lee ve ark. 2006). Von Essen ve Sjoden'in (1991) İsviçre'de hasta ve hemşireler ile gerçekleştirdiği geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, BDÖ'nün toplamı için Cronbach Alpha katsayısı $0,95$, alt boyutlarına ilişkin alfa değerleri ise, "*Ulaşılabilirlik*" için $0,76$, "*Açıklamalar ve Olanaklar*" için $0,59$, "*Konfor*" için $0,86$, "*Beklentiler*" için $0,72$, "*Güven Verici İletişim*" için $0,86$, "*Gözlemler ve İzlemler*" için $0,79$ bulunmuştur. Watson'un belirttiği üzere, Widmark-Paterson ve arkadaşlarının

1996 yılında hasta ve hemşireler ile gerçekleştirdiği geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, BDÖ'nün toplamı için Cronbach Alpha değerinin 0,94; alt boyutlarına ilişkin alfa değerlerinin ise sırasıyla, “Ulaşılabilirlik” için 0,59, “Açıklamalar ve Olanaklar” için 0,60, “Konfor” için 0,78, “Beklentiler” için 0,60, “Güven Verici İletişim” için 0,86, “Gözlemler ve İzlemler” için 0,59 olduğu görülmüştür (Watson 2009). Bir ölçeğin başka bir kültüre uyarlanmasında, uyarlanan ölçeğin önemli bir göstergesi olarak kabul edilen Cronbach Alpha değeri, iç tutarlılığın dolayısı ile güvenilirliğinin sağlandığının bir göstergesi olarak kabul edilir. Bu çalışmada $\alpha = 0.97$ dir. BDÖ'nün alt boyutlarına ilişkin Cronbach Alpha değerleri ise “Ulaşılabilirlik” boyutunda $\alpha = 0.84$, “Açıklamalar ve Olanaklar” boyutunda $\alpha = 0.86$, “Konfor” boyutunda $\alpha = 0.89$, “Beklentiler” boyutunda $\alpha = 0.88$, “Güven Verici İletişim” boyutunda $\alpha = 0.95$, “Gözlemler ve İzlemler” boyutunda $\alpha = 0.92$ dir (Tablo 4-5). Elde edilen alfa değerleri incelendiğinde, çalışmada kullanılan ölçeğin alt boyut ve toplam iç tutarlılık katsayılarının oldukça yüksek düzeyde olduğu görüldü.

Çalışmanın metodolojik aşamasını oluşturan bulgular doğrultusunda, BDÖ'nün Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu saptandı ve “Araştırma Sorusu 1” yanıtlandı.

5.2. HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN BAKIM DAVRANIŞLARINI ALGILAMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Bu bölümde, öğrencilerin bakım davranışlarına yönelik algılarını belirlemek üzere 594 öğrenciden elde edilen ve araştırmanın tanımlayıcı aşamasını oluşturan verilerin oluşturduğu bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.6, Tablo 4-7, Tablo 4-8, Tablo 4-9, Tablo 4-10, Tablo 4-11, Tablo 4-12, Tablo 4-13, Tablo 4-14).

5.2.1. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması $21 \pm 1,41$ yıl idi (Tablo 4-6). Öğrencilerin üniversite ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinden oluşmasının doğal bir sonucu olarak değerlendirilen bu bulgu literatür bilgisi ile uyum gösterdi (Çelikalp ve ark. 2010, Kızıtuğ ve Ergöl 2011, Tunç ve ark. 2010).

Çalışma kapsamında yer alan öğrencilerin büyük çoğunluğunu (%85.4) kız öğrenciler oluşturdu (Tablo 4-6). Bu durum, hemşireliğin ülkemizde daha çok bir kadın mesleği olarak algılanmasının yanı sıra lisans düzeyinde hemşirelik eğitime erkek öğrencilerin kabul edilmesine ilişkin yasal düzenlemenin henüz yakın bir geçmişte yapılmış olmasının bir sonucu olarak değerlendirildi. Bununla birlikte, literatür incelendiğinde, gerek ulusal gerekse uluslararası hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da cinsiyet açısından benzer bulgulara rastlandı (Law ve Arthur 2003, Khademian ve Vizeshfar 2008, Kızıtuğ ve Ergöl 2011, Langford 2007, Tunç ve ark. 2010, Mangold 1991).

Öğrencilerde hemşirelik eğitiminde bilimsel bilginin yanı sıra bakım davranışlarına yansıyan hemşirelik değerlerinin kazandırılmasında önemli bir yeri olan hazıroluşluk durumunun göstergelerinden olabileceği düşünülen özellikler incelendiğinde (Tablo 4-6); öğrencilerin %92,6'sının Sağlık Meslek Lisesi ya da ön lisans programları gibi hemşirelik eğitimi veren okulların dışındaki diğer okullardan mezun olduğu, %31,5'inin 2. sınıf, %33,5'inin 3. sınıf, %35'inin 4. sınıf öğrencisi olduğu, % 34,8'inin yurttan kaldığı ve %29,1'inin arkadaşları ile aynı evi paylaştığı; %80'inin çekirdek aileye sahip olduğu; %38'inin kardeş sayısının dört ve üzeri olduğu; %44,9'unun ailenin ilk çocuğu olduğu görüldü (Tablo 4-6). Genellikle öğrencilerin kültürel özelliklerini yansıtan bu değişkenler ilerleyen bölümlerde öğrencilerin bakım davranışı algısı açısından incelendi.

5.2.2. Öğrencilerin Mesleki Düşünceleri ve Bakıma İlişkin Görüşlerini İçeren Bulguların Tartışılması

Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin %55,7 (n= 331) oranında yarıdan fazlasının hemşirelik mesleğini istemeden seçtiği ve bu öğrencilerin mesleği seçme nedeninin iş bulma imkanından (%66,8) kaynaklandığı saptandı (Tablo 4-7). Bireyin hayatında verdiği önemli kararlardan biri olan meslek seçimi, bireyin kendini ifade etme ve kendini gerçekleştirme yoludur. Bu nedenle meslek seçiminde temel amaç; kişinin mutlu olabileceği ve hizmet sunduğu bireyleri de mutlu edebileceği bir seçim yapabilmesidir. Meslek, insanların kendilerini, yeteneklerini, becerilerini geliştirmelerini, kimlik oluşturmalarını, bireyin iletişim ihtiyacını karşılamasını, çevresine, dünyaya ve insanlara farklı bakış açısı ile bir bağ kurmalarını sağlar (Eskimez ve ark. 2008). Bununla birlikte, bireyin aile yapısı, çevre koşulları, ekonomik

olanakları, bireysel özellikleri gibi birçok etmen meslek seçiminin belirleyicileridir (Özpancar ve ark. 2008). Bireyin, seçim yaptığı mesleğin çalışma koşullarını ve çalışma alanlarını tanıyıp isteyerek seçmesi, o mesleğe özgü davranışları benimseyerek mesleğin gereğini tam anlamıyla yerine getirmesini ve verdiği hizmetten doyum almasını sağlarken aynı zamanda hizmet sunulan bireylerin de yarar görmesini ve hoşnut olmasını sağlar (Yücel ve ark. 2011, Şirin ve ark 2008). Benzer şekilde yapılan çalışmalarda öğrencilerin mesleği istemeden seçtiği ve meslek seçiminde etkili olan faktörler arasında çoğunlukla iş bulma imkanının gösterildiği ve ailelerin yönlendirmesinin seçimlerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Buzlu ve Kutlu 1997, Özpancar ve ark. 2008, Turgay ve ark. 2005, Tüfekçi ve Yıldız 2009, Şirin ve ark 2008, Law ve Arthur 2003, Kızıtuğ ve Ergöl 2011, Yiğitbaş ve Yetkin 2003, Özbaş 2011, Karakaya 2000). Ülkemizde hemşirelik mesleğinin gelişimi, statüsünün istenilen duruma ulaşması, hemşirelik hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi için mesleğe yeni katılacak olan öğrencilerin hemşirelik mesleğini araştırarak, meslek üyelerinin sorumluluklarını öğrenerek, bilinçli bir şekilde mesleği seçmeleri, özellikle de insana yardım etmeye gönüllü olmaları ve insanı sevmeleri oldukça önemlidir. Bu çalışmada, örnekleme oluşturan öğrencilerin yarısından fazlasının (%55,7) mesleği istemeden tercih etmesi, bu anlamda hemşirelik mesleğinin geleceği açısından oldukça düşündürücü bir bulgudur. Ülkemizde son yıllarda sağlık bölümleri dışındaki mesleklerden mezun olanların iş imkanlarının kısıtlılığına karşın sağlık bakım hizmetlerinde çalışanlara özellikle de hemşirelere gereksinim fazla olduğu ve hemşirelerin çalışma alanlarının geniş olduğu bilinen bir gerçektir. Bu durum, çalışma kapsamındaki öğrencilerin meslek seçimlerinde, mesleğin gerekliliklerinden çok mezun olduktan sonra iş bulma imkanına yönelmelerinin gerekçesi olarak değerlendirildi.

Öğrencilerin çoğunluğunun mezuniyet sonrasına ilişkin düşüncelerinin büyük oranda (%50,7) hemşire olarak çalışmak ya da akademik kariyer yapmak (%24,1) ifadeleri (toplam %74,7) ile hemşirelik mesleğini sürdürmek olduğu saptandı (Tablo 4-8). Bu bulgu, literatürde hemşirelik öğrencilerinin mezuniyet sonrası görüşlerinin incelendiği araştırmalar ile desteklenmekte idi (Law ve Arthur 2003, Şirin ve ark. 2008, Tüfekçi ve ark. 2009, Beydağ ve ark. 2008, Çam 1999, Buzlu ve Kutlu 1997). Öğrencilerin büyük çoğunluğunun mezuniyet sonrası mesleğe devam etmek istemesi, mesleği içselleştirdiklerini ve bu düşüncelerinin meslek yaşantılarında hem bireysel hem de mesleğin gelişimine yönelik olumlu sonuçlar getireceğini düşündürdü.

Öğrencilerin %69,5'i bakım vermek hemşirenin birincil sorumluluğudur görüşüne katılırken, %30,5'inin bu görüşe katılmadığı saptandı (Tablo 4-8). Oysa bakım ve bakım verme hemşirelik ile özdeş tutulan bir kavram ve eylemdir. Öğrencilerden bakım vermenin hemşirenin birincil görevi olduğuna katılmadığını ifade edenlerin, hemşireliği istemeden seçen (%55,7), farklı bir bölüme geçerek eğitimlerini sürdürmek (%25,2) isteyen öğrencilerin olumsuz duygu ve düşüncelerini yansıtan bir sonuç olabileceği düşünüldü. Literatür incelendiğinde, Özpancar ve arkadaşlarının (2008) hemşirelik 1. Sınıf öğrencileri ile gerçekleştirdiği bir çalışmada, bu çalışma sonucuna benzer şekilde öğrencilerin büyük bölümünün (%88,8) hemşireyi hastanın bakımında önemli rolü olan kişi, Karaöz'ün (2002) hemşirelik 1. sınıf öğrencileri ile gerçekleştirdiği çalışmada, öğrencilerin hemşireliğe giriş dersinden sonra hemşireliğin rol ve işlevlerinde bakım vermenin öncelikli olduğu görüşünü daha büyük oranda ifade ettikleri, Tan ve arkadaşlarının (2007) üniversite öğrencilerinin hemşireliğe ilişkin görüşlerini incelediği çalışmada, öğrencilerin hemşireyi bakım veren kişi gördüğü, Bozkır ve arkadaşlarının (2008) genel lise son sınıf ve erkek hemşire öğrencilerle gerçekleştirdiği çalışmada ise her iki grup öğrencilerin de büyük çoğunluğunun hemşirelik mesleğinin insana bakım vermek görüşünde oldukları belirtilmiştir. Nitekim, hemşirelik öğrencilerinin aynı zamanda mesleğe uzak olan farklı okullardaki öğrencilerin de hemşirenin görevini bakım olarak algılamaları hemşirelik bakımının gelişiminde geleceğe ışık tutan umut verici bulgular olarak düşünüldü.

Öğrencilerin %74,2'sinin öğrenimlerini sürdürdükleri okula başlamadan önce hastanede yatmadığı, %77,3'ünün hasta bir birey olarak bakıma gereksinim duymadığı, %52,4'ünün meslek öncesi hasta bir bireye bakım verme deneyimi yaşadığı saptandı (Tablo 4-9). Öğrencilerde, hemşirelik bakım eyleminin gerçekleştirilmesinde hasta-hemşire arasındaki ilişkinin anahtar öğelerinden olan empati kurmanın değerini hissetmelerine yardım edeceği düşünülerek sorgulanan bu deneyimi yaşayan öğrenci oranının fazla olmadığı görüldü.

Hemşirelik eğitimi sırasında öğrencilerin %29,5'inin klinik uygulama alanlarında hasta bireye bakım verme sürecinde rahatsız edici olumsuzluklar yaşadığı saptandı (Tablo 4-9). Ancak öğrencilerden rahatsız edici durumun neler olduğunu belirtmeleri istendiğinde bir açıklama yapmadıkları görüldü ve bu nedenle bu bulgu yorumlanamadı.

5.2.3. Öğrencilerin Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan öğrencilerin BDÖ puan ortalamaları ile ölçeğin orijinalinde belirtildiği gibi bakım davranışlarına verdikleri önemi göstereceği vurgulanan uygulama sıklığına ilişkin bulgular tartışıldı (Tablo 4-10, Tablo 4-11).

Öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalaması $5,26 \pm 0,79$ idi. Alt boyutlara bakıldığında puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla, “Gözlemler ve İzlemler” ($5,50 \pm 0,92$); “Güven Verici İletişim” ($5,44 \pm 0,85$); “Konfor” ($5,36 \pm 0,84$); “Ulaşılabilirlik” ($5,00 \pm 0,97$); “Açıklamalar ve Olanaklar” ($5,00 \pm 1,05$) ve “Beklentiler” ($4,72 \pm 1,22$) alt boyutunda olduğu saptandı (Tablo 4-10).

Khademian ve Vizesfar’ın (2007), İran’da hemşirelik öğrencilerinin bakım davranış algılarını incelediği çalışmada, öğrencilerin alt boyutlardan aldığı en yüksek puan ortalamasının “Gözlemler ve İzlemler” alt boyutundan ve en düşük puan ortalamasının ise “Beklentiler” alt boyutundan olduğu belirlenmiştir. Greenhalgh ve arkadaşlarının (1998) Finlandiya’da hemşireler ve hemşirelik öğrencileri ile yaptığı benzer çalışmada da, alt boyutlardan alınan en yüksek puan ortalamasının “Gözlemler ve İzlemler” alt boyutundan, en düşük puan ortalamasının ise “Beklentiler” alt boyutundan olduğu bulgulanmıştır. Çalışmanın bu bulguları, Khademian ve Vizesfar (2007) ve Greenhalgh ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan çalışmaların bulguları ile paralellik göstermiştir. Mangold (1991) Tayvan’da hemşirelik öğrencileri ile yaptığı bir araştırmada, çalışmanın bu bulgusunun aksine, öğrencilerin alt boyutlardan aldığı en yüksek puan ortalamasının “Konfor” alt boyutunda ve en düşük puan ortalamasının ise “Güven Verici İletişim” alt boyutunda olduğunu saptamıştır. BDÖ kullanarak hemşirelerin bakım algısının incelendiği farklı çalışmalarda da (Larson 1984, 1986, von Essen 1991a, 1991b, 1993), en çok puan ortalamasının sırasıyla “Konfor”, “Beklentiler” ve “Güven Verici İletişim” altboyutundan olduğu belirlenmiştir. Tuckett’in (2009), BDÖ ölçeğinin geçerlik çalışmasını gerçekleştirdiği hemşirelerde en önemli olarak algılanan bakım davranışının “Gözlemler ve İzlemler”, en az önemli olarak puanladıkları bakım davranışının ise “Açıklama ve Olanaklar” altboyutundan olduğu bulgulanmıştır. Bu çalışma sonuçlarındaki farklılıkların, kültürel özelliklerdeki farklılıklardan, ülkelerin hemşirelik eğitim programları ve bakım hizmetlerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünüldü.

BDÖ'nün içerdiği bakım davranışlarına ilişkin madde ifadeleri incelendiğinde, basitten karmaşık bir yapıya giden özellikleri içeren bakım eylemlerinin yer aldığı görülmektedir.

BDÖ altboyutlarından öğrencilerin en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu "*Gözlemler ve İzlemler*" altboyutundaki ifadeler dikkate alındığında (Tablo 4-10), elde edilen bulgu, öğrencilerin, psiko-motor becerilere yönelik bakım davranışlarını içeren eylemleri önemli olarak algıladıklarını düşündürdü. Hemşirelik eğitimi bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayan bir sistemdir. Bilişsel alan düşünceye dayalı eğitsel hedeflerin sınıflanması, duyuşsal alan insanın duygularını içeren davranışları, psikomotor alan duyu organları, zihin, hisler ve kasların birlikte çalışması sonucu ortaya çıkan davranışları içerir (Morgan 2006, Goldsmith ve ark. 2006, Mete ve Uysal 2009). Bakım salt bilişsel ve psikomotor becerilere dayalı olduğunda, yani duyuşsal özelliğinden uzaklaştırıldığında, hemşirelik hizmeti bireye yaklaşımında insancıl ve bütüncül bakışı temel alan felsefesinden uzaklaşır (Dinç 2009). Bu çalışma sonucunu destekler nitelikte Milligan ve Wiles (2010), bakımın uygulamalı aşaması ile birlikte duygusal destek olmayı içeren yanının iki önemli özellik olduğunu belirtmiştir.

Bir başka altboyut olan "*Güven Verici İletişim*" kapsamındaki ifadeler dikkate alındığında (Tablo 4-10); bu bakım davranışı ifadelerinin sözlü ve sözsüz iletişim kurularak gerçekleştirilen karmaşık olmayan bakım davranışlarını içerdiği görüldü. Öğrencilerin bu davranışları ikinci sırada önemli olarak algılamaları, hasta ile profesyonel bir ilişkiyi başlatma ve sürdürme, hastanın yanında varolma, bireyselliğine saygı duyarak onu kabul etme gibi bakımı başlatmada önemli olan bu davranışları içselleştirmeye başladıklarını düşündürdü. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisinin değerlendirildiği birçok çalışmada, öğrencilerin bakımda iletişim becerisi düzeylerinin iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bingöl ve Demir 2011, Arifoğlu ve Razi 2011, Tutuk ve ark. 2002). Grams ve arkadaşlarının (1997) hemşirelik öğrencilerinin bakıma yönelik duygularını araştırdığı çalışmada, öğrencilerin bakımı en fazla iletişim ve etkileşim yolu ile deneyimledikleri ve hastaların ancak insancıl bir yaklaşımla anlaşılabilirliğini ifade ettikleri belirtilmiştir. Hemşire-hasta iletişiminin etkili olabilmesi dolayısı ile etkileşimin sağlanabilmesi için öncelikle sağlıklı/hasta bireyin

bütüncül yaklaşımla kabul edilip anlaşılması ve bu doğrultuda gereksinimlerinin yanıtlanması önemlidir.

“*Konfor*” altboyutunun madde ifadeleri dikkate alındığında (Tablo 4-10), öğrencilerin bu davranışları üçüncü sırada önemli olarak algılamaları, bireye insancıl ve bütüncül yaklaşımı ve bireyselliği içeren bakım ilişkisi ile hasta bireyi rahatlatmaya yönelik davranışları yönlendiren mesleki tutumları benimsemeye başladıkları izlenimini uyandırdı. Literatürde, hemşireliğin yardım etme amaçları arasında yer alan rahatlatma işlevi üzerine temellendirdiği konfor kavramı, bireye bütüncül yaklaşım ile onu ferahlatma, bireyin huzura kavuşmasını sağlama ve temel insan gereksinimlerini karşılama olarak tanımlanmıştır (Kolcoba 1994, Karabacak ve Acaroğlu 2011). Chipman (1991), hemşirelik uygulamalarında bakımın değeri ve anlamını belirlemeye yönelik hemşirelik öğrencileri ile gerçekleştirdiği kalitatif çalışmada, öğrencilerin bakım davranışlarını büyük çoğunlukta insancıl terimlerle tanımladıkları, aynı zamanda bu çalışma bulgusu ile benzer şekilde “Hasta ve ailesi için konfor gereksinimlerini sağlama”yı yanıtlarında üçüncü sırada önemli olarak tanımladıkları, acı, keder, korku ve depresyon gibi sorunları rahatlatma, huzur verici ve sakinleştirici bir çevre sağlama gibi davranışları bakımın merkezinde gördükleri belirtilmiştir. Tennant (1999), grand teori yaklaşımını kullanarak dokuz hemşirelik öğrencisinin bakıma yönelik algılarını araştırdığı çalışmada, öğrencilerin konfor sağlayıcı yaklaşımları hastalar için önemli olarak algıladıkları bulgulanmıştır.

Öğrencilerin benzer ortalamalar ile “*Ulaşılabilirlik*” ve “*Açıklamalar ve Olanaklar*” altboyutlarını dördüncü sırada önemli olarak algıladığı görüldü. Bu altboyutların madde ifadeleri incelendiğinde (Tablo 4-10); ağırlıklı olarak bilişsel ve duyuşsal becerilere yönelik bakım davranışlarının yer aldığı görüldü. Literatürde bakımın bilimsel bilgi, beceri, tutum ve değerlerin kazanılması ve davranışa dönüştürülmesi ile geliştirilebileceği ve profesyonelleşmenin sağlanabileceği belirtilmiştir (McCance ve ark. 1997, Tontipoonwinai 2009). Öğrencilerin bu davranışları içeren becerilere dördüncü sırada önem vermeleri, henüz mesleki eğitim sürecinde olmaları dolayısı ile bireyi anlamada yeterli bilişsel ve duyuşsal alanlara ilişkin deneyim ve tutumları istendik düzeyde kazanamamalarının bir sonucu olarak değerlendirildi.

Öğrencilerin en az önemli olarak algıladığı altboyutun “Beklentiler” olduğu bulguları (Tablo 4-10). “*Beklentiler*” altboyutunda, diğer altboyutlara ek olarak klinik karar verme, eleştirel düşünme becerilerini içeren bakım davranışlarının yer aldığı görüldü. Öğrencilerin bu altboyutu en az önemli görmeleri, henüz eğitim süreçlerini tamamlamamış olmaları, mesleki deneyimlerinin az olması ve klinik alanda bire bir sorumluluk almayı, karar vermeyi gerektiren durumlar ile karşılaşmamış olmalarına bağlandı. Nitekim, Tosun ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, öğrencilerin uygulamalarda çoğunlukla klinik hemşirelerine (%95.7) ve öğretim elemanlarına (%91.4) danışarak hasta bakım sorunlarını çözümledikleri belirlenmiştir. Bunun yanı sıra Tennant (1999), öğrencilerin deneyimi arttıkça hemşirelik bakımı hakkında daha derin bir içgörü, anlayış, oldukça yüksek duygusal ve psiko-sosyal bakış kazanabileceklerini belirtmiştir. Çalışmanın bu bulgusu yukarıdaki çalışmaların sonuçları ile benzerlik gösterdi. Hemşirelik mesleğinde eleştirel düşünme ve karar verme becerileri, bireyi ve sorunlarını anlayabilmek, bu sorunlara yönelik uygun ve doğru çözüm yolları oluşturabilmek dolayısı ile hemşirelik bakımında başarıya ulaşmak için oldukça önemli bakım davranışlarıdır ve öğrencilerden, eğitimleri sırasında bu becerileri kazanarak mezuniyet sonrası geliştirmeleri beklenir (Tutuk ve ark. 2002, Hodges 1991).

Çalışmanın bu bulguları doğrultusunda, Ölçeğin toplam puan ortalaması $5,26 \pm 0,79$ ile öğrencilerin bakım davranışları algılarının iyi olduğu saptandı ve “Araştırma Sorusu 2” yanıtlandı.

Öğrencilerin BDÖ’deki bakım davranışlarını uygulama sıklıklarına göre en önemli algıladıkları bakım davranışlarından ilk beş sırayı “*Güler yüzlü olmak*” ($6,10 \pm 1,09$; Konfor altboyutu); “*Kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak*” ($6,09 \pm 1,10$; Güven Verici İletişim altboyutu); “*Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve tanıtıcı kimlik takmak*” ($6,03 \pm 1,15$; Gözlemler ve İzlemler altboyutu); “*Hastayı bir birey olarak kabul etmek*” ($6,00 \pm 1,10$; Güven Verici İletişim altboyutu); “*Hastayı dinleme*”nin ($5,92 \pm 1,07$; Konfor altboyutu) aldığı saptandı. Öğrencilerin bakım davranışlarından uygulama sıklıklarına göre en az önemli algıladıkları bakım davranışlarından son beş sırayı ise “*Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.*” ($3,89 \pm 1,65$; Ulaşılabilirlik altboyutu), “*Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.*”

(4,02±1,75; Ulaşılabilirlik altboyutu), “*Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak*” (4,65±1,64; Beklentiler altboyutu), “*Hekimine sorması için hastaya sorular önermek*” (4,51±1,65; Açıklama ve Olanaklar altboyutu), “*Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığımda, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.*” (4,61±1,67; Beklentiler altboyutu) bakım davranışlarının aldığı saptandı (Tablo 4-11). Bu sonuçlar doğrultusunda, öğrencilerin bakım davranışlarından sıklıklarına göre en önemli gördükleri bakım davranışlarının hastanın rahatlatılmasına yönelik ifadelerde yoğunlaştığı görüldü. Öğrencilerin uygulama sıklığına göre en az önemli gördükleri bakım davranışlarının ağırlıklı olarak karar vermeyi gerektiren bilişsel becerileri içerdiği görüldü. Ülkemizde, öğrencilerin bakım davranışları algılarını inceleyen ve tek çalışma olan Karaöz’ün (2005) çalışmasında, hemşirelik öğrencilerine göre bakım davranışlarında en önemli kavramların “konfor”, iletişim”, “saygı”, “ilgi” ve “şefkat” olduğu belirlenmiştir. Bakım kavramının anlamının ve bakım algısının çeşitli literatür incelenerek araştırıldığı bir çalışmada, hemşirenin/ hemşirelik öğrencilerinin, hastaların ve hasta yakınlarının hemşirelik bakımını çoğunlukla, ilişkisel bir kavram, umursama, şefkat, duyarlılık, değer verme, ahlaki davranma, terapötik uygulama, bilgi verme, iletişim, etkileşim temalarını içeren bir kavram olarak algıladıkları belirtilmiştir (Altıok ve ark. 2011). Mangold’un (1991) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrenciler tarafından algılanan en önemli bakım davranışının “*hastayı dinlemek*”, en az önemli bakım davranışlarının ise “*profesyonel bir görünüm içinde olmak*”, “*hasta önceliklerini ele almak*” olduğu; en az önemli bakım davranışının ise bu çalışma bulgusuna benzer şekilde “*Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.*” olduğu bulgulanmıştır. Khademian ve Vizeshtar (2007)’in BDÖ’yü kullanarak gerçekleştirdiği çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin en önemli olarak algıladıkları bakım davranışlarından birinci sırada “*Hastanın tedavisi ve ilaçlarını zamanında uygulamak*”, ikinci sırada “*Mümkün olduğunda, hastaya kendi kendine bakımını nasıl yapacağını öğretmek*”, üçüncü sırada “*İyi organize olmak*” olduğu; en az önemli olarak algıladıkları bakım davranışlarının ise sırasıyla “*Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.*” olduğu belirlenmiştir. Mlinar’ın (2010), hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını incelediği çalışmasında,

öğrencilerin hastaya saygılı olma, onlara yardım etme ve değer vermeyi hemşirelik bakımının temel yapı taşları olarak tanımladıklarını bildirmiştir. Greenhalgh ve arkadaşlarının (1998) gerçekleştirdikleri çalışmada, hemşirelerin “*Hastanın tedavisi ve ilaçlarını zamanında uygulamak*” davranışını en önemli bakım davranışı olarak algıladıkları bulgulanmıştır. Hemşirelerin bakım davranış algılarının incelendiği farklı çalışmalarda, “*Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek*” davranışının en önemli bakım davranışı olarak algılandığı bulgulanmıştır (von Essen ve Sjoden 1991b, Rosenthal 1992, Smith ve Sullivan 1997, Larsson ve ark. 1998). Wilkes ve Wallis’in (1998), Avustralya’lı hemşirelik öğrencileri ile bakımın yapısını incelediği çalışmada, öğrencilerin bakımı oluşturan temel kavramları, şefkat, iletişim, ilgi, beceri, sadakat ve güven olarak ifade ettikleri bulgulanmıştır.

Literatür bilgilerine benzerlik gösteren bu çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde, öğrencilerin sıklıkla uyguladıkları ve önemli gördükleri bakım davranışlarının, bakım eyleminin bileşenlerinden iletişim, empati, bakımda var olmak ya da hazıroluşluk, bireyin inançları, değerleri ve kültürel özelliklerinin dikkate alınmasını gerektiren bireysellik, insancıl ve bütüncül yaklaşıma önem verilmesi gibi bakım özellikleri çerçevesinde toplandığı görüldü ve bu durum öğrencilerde hemşirelik bakımının gelişimi açısından önemli algılar olarak düşünüldü.

Çalışmada, öğrencilerin uygulama sıklığına göre en önemli gördükleri bakım davranışının “*Güler yüzlü olmak*” (6,10±1,09); en az önemli gördükleri bakım davranışının ise “*Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb*” (3,89±1,65) olduğu saptandı ve “Araştırma Sorusu 3” yanıtlandı.

5.2.4. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, öğrencilerin BDÖ ve alt boyut puan ortalamalarının bireysel özelliklerine göre karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışıldı (Tablo 4-12).

Öğrencilerin *cinsiyetine* göre BDÖ toplam puan ortalamalarına bakıldığında; kız öğrencilerin ($5,31 \pm 0,77$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıkla erkek öğrencilerden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu görüldü. BDÖ alt boyutları incelendiğinde; “Beklentiler” altboyutu puan ortalaması dışında ($p > 0,05$), kız öğrencilerin “Ulaşılabilirlik”, “Açıklamalar ve Olanaklar”, “Konfor”, “Güven Verici İletişim”, “Gözlemler ve İzlemler” altboyutlarındaki puan ortalamalarının erkek öğrencilerin puan ortalamalarından anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p < 0,05$) (Tablo 4-12). Bu bulgudan farklı olarak, Khademian ve Vizesfar’ın (2007) hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını incelediği çalışmada, kız ve erkek öğrencilerin bakım davranışlarını algılamalarında önemli bir fark bulunmadığı belirtilmiştir. Bu çalışma bulgusuna benzer olarak, Greenhalgh ve arkadaşlarının (1998) hemşirelerin bakım davranışlarını incelediği çalışmada, hemşirelerden cinsiyeti kadın olanların “konfor”, “güven verici iletişim” ve ulaşılabilirlik” alt boyut puanlarının erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Özbaşaran ve arkadaşlarının (2002) hastaların kendilerine bakım verenlerin cinsiyeti konusunda düşüncelerini inceledikleri çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun kendilerine hemşirelerden cinsiyeti kadın olanların bakmasını istedikleri ve bunun nedeni olarak da “daha dikkatli, becerikli, güler yüzlü, fedakar, uyumlu, ilgili, samimi, şefkatli, yetenekli ve kadınlara daha çok yakıştığı için” görüşünde oldukları belirtilmiştir. Yapılan çalışmalarda, hemşirelik bakım tutum ve davranışlarında erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre daha yetersiz oldukları vurgulanmıştır (Codier ve MacNaughton 2012, Boughn 2001). Bu çalışma sonucunda, kız öğrencilerin ölçeğin altı altboyutundan neredeyse tamamına yakın olan beş alt boyutunda da (Ulaşılabilirlik, Açıklamalar ve Olanaklar, Konfor, Güven Verici İletişim, Gözlemler ve İzlemler) puan ortalamalarının dolayısı ile bakım davranışları algılarının yüksek bulunması, toplumumuzda kadınların daha şefkatli ve duyarlı davranabilme, yakın ve güçlü ilişkiler kurabilme becerilerine sahip olduklarını vurgulayan literatür bilgisi ile örtüştü (Şahin ve ark. 2009). Öğrencilerin sürdürdükleri hemşirelik eğitimine

karşın baskın olarak hala toplumsal yapının etkisi altında kaldıklarını gösteren bu bulgu hemşirelik eğitimi adına düşündürücü bulundu.

Öğrencilerin *mezun olduğu okula* göre, Sağlık Meslek Lisesi ve önlisans sağlık yüksekokulundan mezun olan öğrencilerin bakım değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması ve tüm altboyutlarının puan ortalamalarının diğer lise mezunu öğrencilerden anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-12). Mesleklerin pek çoğunda bireyin başarılı olabilmesi için önemli etkenlerden biri de mesleği, mesleğin içeriğini ve mesleğe ait rol ve sorumlulukları bilerek seçmiş olmalarıdır. Bunun yanı sıra meslek seçiminde, mesleğe uyum sağlamada bireyin o mesleğe yatkın olması, ruhsal ve zihinsel bir hazırlık içinde olması da gereklidir (Beydağ ve ark. 2008). Literatürde, mesleki davranışları yönlendiren içsel güdülenme açısından meslek lisesi mezunları ile Anadolu ve düz lise mezunları arasındaki anlamlı farklar görüldüğü ve sağlık meslek liselerinden mezun öğrencilerin içsel güdülenmelerinin diğer liselerden mezun olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Gayef ve Sarıkaya 2012, Gülerci ve Oflaz 2010). Bu çalışma sonucu ise, SML ve ön lisans mezunu öğrencilerin, diğer lise mezunu olan ve hemşirelik mesleğine veya diğer sağlık konularına yönelik herhangi bir mesleki eğitim almamış öğrencilerden daha fazla hazıroluşluk içinde bu okullara geldiklerini dolayısı ile mesleğin bilincinde ve isteyerek seçmiş olduklarını, bu durumun da öğrencilerin bakıma yönelik algılarını olumlu yönde, etkileyerek geliştirmiş olabileceğini düşündürdü.

Öğrencilerin *sınıf düzeyine* göre bakım değerlendirme ölçeği ve altı altboyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-12). Bu bulguya benzer şekilde, lisans düzeyinde eğitim gören hemşirelik öğrencilerinin bakım algısının incelendiği bir çalışmada, bakım davranışlarının algılanmasında sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (Khademian ve Vizeshtar 2007). Watson ve arkadaşlarının çalışmasında ise, hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri süresince bakım ile ilgili ideallerini kayb ettikleri ve bakımın sadece teknik ve görev yönü ile ilgilendikleri belirtilmiştir (Watson ve ark. 1999, Watson ve ark. 2001). Benzer şekilde Mackintosh'un (2006) çalışmasında da, hemşirelik son sınıf öğrencilerinin, bakım ile ilgili idealizmlerinin kaybolduğu ve bakıma yönelik olumsuz tutum sergiledikleri saptanmıştır. Bu çalışma sonucunun aksine, Eklund-Myrskog'un (2000) hemşirelik öğrencilerinin bakım bilimini anlamalarını araştırdığı çalışmada, hemşirelik

öğrencilerinin eğitimlerinin son yılında, bakım bilimini anlamada daha çok derinleştikleri belirtilmiştir. Bu çalışmada ise BDÖ puan ortalamaları açısından sınıflar arasında anlamlı farklılık bulunmamakla birlikte sınıf düzeyi yükseldikçe BDÖ puan ortalamalarının düştüğü dikkati çekmiştir. Oysa beklenen sonuç, sınıf düzeyi yükseldikçe öğrencilerin bakım davranışları algılarının daha çok gelişmiş olması ve sınıflar arasında da anlamlı farklılık göstermesidir. Oldukça şaşırtıcı olan bu bulgu, BDÖ madde ifadelerinin temel bakım davranışlarını içermesinin bir sonucu olarak yorumlandı.

Öğrencilerin *kardeşler arasındaki çocuk sıralamasına göre (kaçıncı çocuk olduğuna göre)* bakım değerlendirme ölçeği ve altı altboyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4-12). Bu bulgunun, özellikle ailenin birinci çocuklarının diğer kardeşlere göre daha çok sorumluluk duygusu taşıyor olabilecekleri, dolayısı ile insana yardım, insan sevgisi, görev bilinci ve sorumluluk gerektiren hemşirelik bakımını algılamalarının diğerlerine göre daha iyi olabileceği düşüncesini desteklemediği görüldü.

5.2.5. Öğrencilerin Mesleki Düşünce, Bakıma İlişkin Görüş ve Deneyimlerine Göre Bakım Davranışlarını Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, öğrencilerin mesleki düşünce, bakıma ilişkin görüş ve deneyimlerine göre bakım davranışlarını algılama durumlarına ilişkin bulgular tartışıldı (Tablo 4-13, Tablo 4-14).

Öğrencilerin *hemşirelik mesleğini isteyerek seçenlerin* seçim nedenleri ile BDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında hemşireliği isteyerek seçenlerin puan ortalaması istemeden seçenlere göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-13). Her iki grup arasında, BDÖ'nün "Ulaşılabilirlik" ve "Gözlemler ve İzlemler" alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ($p>0,05$), ancak mesleği isteyerek seçtiğini ifade eden öğrencilerin "Açıklamalar ve Olanaklar", "Konfor", "Beklentiler", "Güven Verici İletişim" olmak üzere dört alt boyuttaki puan ortalamalarının mesleği istemeden seçtiğini ifade edenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4-13). Günümüzde meslek seçimleri, bir yandan öğrenci ailesinin beklentileri, mesleğin ekonomik boyutu öte yandan öğrencinin gerçekten yetenekli olduğu, istediği ve sevdiği mesleği tercih etme durumu arasında çatışmalara yol açabilmektedir. Oysa kişinin

yaşama bakış açısını biçimlendiren kişisel değerleri ile uyum içinde en iyi yapabileceğini düşündüğü ve kendisini maksimum doyuma ulaştıracağına, verimli olacağına inandığı alana yönelebilmesi onun en doğal hakkı olmalıdır. Bu anlayış ile yapılan seçimlerde, meslek üyelerinin/adaylarının mesleki davranışları benimseyerek kişisel yaşamı ile tümleştirmesi kuşkusuz çok daha kolay olacaktır. Bu çalışma sonuçlarını destekler nitelikte, hemşirelik mesleğine yönelik görüşlerin incelendiği farklı çalışmalarda (Ünsar ve ark. 2011, Karamanoğlu ve ark. 2009, Beydağ ve Arslan 2008), mesleği sevdiğini ifade eden hemşirelerin, mesleği sevmeyenlere göre mesleki profesyonelliklerinin ve meslek algılarının daha iyi olduğu belirtilmiştir. Safadi ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise, hemşirelik mesleğini isteği ve ilgisi doğrultusunda seçen öğrencilerin diğerlerine göre klinik uygulamalarda daha başarılı olduğu ve mesleğinden daha fazla doyum aldığı vurgulanmıştır.

Öğrencilerin *mezuniyet sonrasına ilişkin görüşlerine* göre grupların BDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları incelendiğinde; mezun olduktan sonra hemşire olarak çalışmak ya da hemşirelikte kariyer yapmak isteyen öğrenciler ile mezun olmadan ya da mezun olduktan sonra da hemşirelik dışında başka bir bölümde okumak istediğini ifade eden öğrencilerin toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-13). Bu bulgunun aksine Ünsal'ın (2010) çalışmasında, hemşirelik öğrencilerinden akademik kariyer yapmak isteyenlerin amacının “kendini geliştirerek daha iyi bir bakım vermek” olduğu vurgulanmıştır. Mezuniyet sonrası mesleki görevlerde yer almanın büyük olasılıkla mesleği isteyerek seçme ile ilişkili olduğu düşünüldüğünde ve çalışmada hemşireliği isteyerek gelen öğrencilerin BDÖ puan ortalamalarının anlamlı farklılıkla yüksek olduğu dikkate alındığında bu bulgu, çelişki yaratan bir durum olarak ele alındı ve öğrencilerin mezuniyet sonrasına ilişkin planlarında kararsızlık yaşadıklarını düşündürdü.

Öğrencilerden “*bakım verme hemşirenin birincil görevidir*” görüşüne katılanların BDÖ toplam puan ortalaması katılmayanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4-13). Bakım, hemşirelik mesleğinin varoluş nedeni ve en önemli yapı taşı olup hemşirelik bilim ve sanatının odağını oluşturur (Acaroğlu 2003, Babadağ 1997, Potter ve Perry 2009, Devineni 2008). Bakım verme eylemi, hemşirenin mesleki bilgi, beceri, yetenek ve deneyimler ile gerçekleştirdiği bağımsız bir işlevdir. Norveç’de yapılan bir çalışmada da, hemşirelik 3. sınıf öğrencileri, mesleki bakım uygulamalarından edindikleri bilgiler doğrultusunda, hemşireliği “bakım bilimi” olarak

tanımlamışlardır (Granum 2004). Bu bulgu, bakımı hemşirenin birincil görevi olarak kabul etmenin, öğrencilerin bakım kavramının hemşirelik mesleğindeki yerini ve önemini kavramaları ve bunu bakım davranışına yansıtılmalarını kolaylaştırdığını düşündürdü. Nitekim, “Açıklama ve Olanaklar” ve “Gözlemler ve İzlemler” puan ortalamalarının “*bakım verme hemşirenin birincil görevidir*” görüşüne katılan öğrencilerde anlamlı olarak daha yüksekti. Bu altboyutların içeriğine bakıldığında, bilgilendirme ile bireyin otonomisine saygıyı dolayısı ile bireyselliği dikkate alan beceriler, bakım ilişkisini başlatan ve sürdüren iletişim becerilerinin yanı sıra kolay uygulanabilecek psikomotor becerileri kapsayan ve bakım eyleminin karmaşık olmayan boyutunu içeren bakım davranışlarından oluşması öğrencilerin, bakımı hemşirenin birincil görevi olarak görmeleri ile örtüştü. Bu görüşte olmanın öğrencilerin bakım davranışlarını benimsemelerine olumlu etkisi olduğu düşünüldü.

Öğrencilerin “*daha önce hastanede yatma*”, “*hasta bir birey olarak bakım alma deneyimi yaşama durumu*”na göre grupların BDÖ toplam puan ortalaması ve tüm alt boyutların puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-14). Bu bulgunun aksine, Ortabağ ve arkadaşlarının (2010) hemşire öğrenciler ile gerçekleştirdiği çalışmada, hastanede yatma deneyiminin öğrencilerin sağlık ve hastalık kavramlarını anlamalarını ve içselleştirmelerini kolaylaştırdığı, hastane ortamının bazı bireysel gereksinimlerin karşılanmasında yarattığı güçlükleri, empati ve iletişimin önemi, sağlığın değeri gibi konularda farkındalıklarını artırdığı belirtilmiştir. Literatürde, hemşirelik öğrencisinin ya da yakınının hastalık/ hastane yatma deneyimi yaşamasının ve bu süreç içinde bakımları ile ilgilenen hemşireye ilişkin algılarının öğrencinin, hemşirelik mesleğine ilişkin algılarını yaşadığı bu deneyime paralel olarak olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Larsen ve ark. 2003). Bu çalışma sonucunda, öğrencilerin hastane deneyimlerinin olmasının ve meslek öncesi bakım alma deneyimi yaşamalarının bakım davranışlarına yönelik algılarını etkileyeceği düşünülmekteydi. Beklenen bir sonuca ulaşılmaması, bu deneyimleri yaşayan öğrenci sayısının az olmasının yanı sıra öğrencilerin bu süreçte etkilendikleri faktörlerin sorgulanmamasına bağlandı.

Öğrencilerin meslek öncesi “*hasta bir yakınına bakım verme*” durumuna göre, *evet* yanıtını veren öğrencilerin BDÖ’nün yalnız “*Ulaşılabilirlik*” alt boyutunun puan ortalamasının *hayır* yanıtını verenlerden anlamlı farklılıkla daha düşük olduğu ($p<0,05$), grupların toplam puan ve diğer beş alt boyutun puan ortalamaları arasında ise anlamlı

farklılık olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4-14). Bu bulgudan farklı olarak, yapılan bir çalışmada öğrencilerin hasta bir aile üyesinin, arkadaşının ya da yakınının bakımına yönelik geçmiş deneyimlerinin öğrencilerin tutumlarını olumlu yönde etkilediği ve öğrencinin hasta birey ile bakım ilişkisi içerisine girme becerisini geliştirdiği saptanmıştır (Cunningham ve ark. 2006, Crigger 2001). Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir ve büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, kişisel gelişim, ilişkilerin gelişmesi, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğün de yaşanmasına yol açabilmektedir. Aile içi bakım verenler kendi sağlıkları ve yaşamları açısından bakıldığında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan güçlükler ve sorunlar yaşamaktadır (Fultner ve Raudonis 2000, Şahin ve ark. 2009). Bu çalışma sonucunda, hasta bir yakınına bakım verme deneyimi yaşayan öğrencilerin bakım davranışları algılarında fark olmaması bu deneyimi yaşayan ve yaşamayan öğrencilerin hemen hemen birbirine yakın oranlarda olmasına bağlandı. Bununla birlikte bilişsel özellikli bakım uygulamalarına yönelik tutumları içeren bakım davranışlarının yer aldığı “Ulaşılabilirlik” alt boyutu puan ortalamasının diğerlerinden anlamlı düzeyde düşük olması ($p<0,05$) ise çelişkili bir sonuç olarak görüldü.

Öğrencilerden meslek eğitimini sürdürürken “*bakım sürecinde olumsuz bir deneyim yaşayanların*” BDÖ’nün “*Güven Verici İletişim*” alt boyutunun puan ortalamaları olumsuz bir deneyim yaşamayan öğrencilerden anlamlı farklılık ile daha düşüktü ($p<0,05$). Bakım sürecinde olumsuz bir deneyim yaşama durumuna göre grupların BDÖ toplam puan ortalaması ve diğer beş altboyutun puan ortalamaları arasında ise anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$) (Tablo 4-14). Tutuk ve arkadaşlarının (2002) gerçekleştirdiği bir çalışmada, klinik uygulamadaki hemşire-hasta ilişkilerinde güçlük yaşamayan öğrencilerin bakımda empatik eğiliminin daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Tjia ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında, hemşirelerin hastalar ile iletişim yetersizliğinden dolayı bakımda zaman zaman sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Başka bir çalışmada, açık ve etkili kişilerarası ilişkilerin hasta bakımına olumlu yönde katkı sağladığı bulgulanmıştır (Dunsford 2009). Avşar ve Kaşıkçı’nın (2010) hemşirelik yüksekokulu öğrencileri ile gerçekleştirdiği çalışmada, iletişim becerileri ve eleştirel düşünme gibi özelliklerin hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasında etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Bu çalışmalardan farklı olarak, Kim’in (2007) hemşirelik öğrencilerinin klinik yeterliliklerini incelediği çalışmada, hemşire eğitimcilerin klinikte

rol modeli olmasının, öğrencilerin kişilerarası iletişim becerilerini artırarak bakımı tek başına başlatabilme ve sürdürebilmelerinde olumlu etken olduğu bulgulanmıştır. Yukarıdaki çalışmaların sonuçları ile uyumlu olduğu gözlenen bu çalışma bulgusu, öğrencilerin bakım sürecinde yaşadıkları olumsuz deneyimlerin hemşire-hasta iletişimine yönelik bakım davranışı algılarını da olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir. Oysa Joyce Travelbee (1960), hasta-hemşire arasındaki iletişim ve etkileşimin bakımda önemli olduğunu vurgulamaktadır (Velioğlu 1999, Birol 2005). Bakımın temel bir işlev olduğu hemşirelik mesleğinde, iletişim becerilerinin öğrenilmesi, öncelikle eğitim süreci içinde gerçekleşir ve meslek üyesi olacak öğrencilerin kendine güvenlerinin, saygılarının artması, kişisel ve mesleki yönden gelişmeleri hedeflenir (Suikkala 2001).

Çalışmada, öğrencilerin cinsiyet, mezun oldukları okul, hemşireliği isteyerek seçme gibi tanıtıcı özelliklerinin bakım algılarını etkilediği saptandı ve “Araştırma Sorusu 4” yanıtlandı.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma; Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin (BDÖ) Türk toplumunda kullanılabilmesi için geçerlik-güvenirlik çalışmasını yaparak Türk toplumuna kazandırmak, lisans eğitime devam eden hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarına yönelik algılarını değerlendirmek amacı ile metodolojik, tanımlayıcı ve ilişkilendirici türde bir araştırma olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Bu çalışmada;

- Ölçek maddelerine ait faktör yükleri 0,49- 0,86 arasında değer aldığı,
- Ölçeğin toplam madde korelasyon puanları 0.62 ile 0.85 arasında olduğu ve hiç biri 0.25'in altında olmadığı için ölçekten madde çıkartma işlemi yapılmadığı,
- Ölçeğin Cronbach α güvenirlik katsayısı 0.97 olduğu,
- Ölçeğin iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test ölçümlerinden elde edilen puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olmadığı ($p>0,05$) saptandı.

- Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin yaş ortalaması $21 \pm 1,41$ idi. Öğrencilerin %85,4'ünün kadın, %98,5'inin bekar, sadece %7,4'ünün SML ve ön lisans mezunu, %31,5'inin 2. sınıf, %33,5'inin 3. sınıf, %35'inin 4. sınıf öğrencisi olduğu, % 34,8'inin yurttta kaldığı, %80'inin çekirdek aile yapısında, %38'inin dört ve üzeri kardeşe sahip, %44,9'unun ailenin ilk çocuğu olduğu,
- Öğrencilerin %44,3'ünün hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği, %55,7'inin gibi büyük çoğunluğunun ise hemşirelik mesleğini istemeden seçtiği, istemeden seçenlerin (n= 221) mesleği seçme nedeninin ise büyük oranda iş imkanı (%66,8) olduğu,
- Öğrencilerin %50,7'sinin hemşire olarak çalışmak, % 25,2'sinin farklı bir bölüme geçmek istediği,
- Öğrencilerin %74,2'sinin öğrenimlerini sürdürdükleri okula başlamadan önce hastane deneyimi olmadığı, %77,3'ünün hasta bir birey olarak bakıma gereksinim duymadığı, %52,4'ünün meslek öncesi hasta bir bireye bakım verme deneyimi yaşadığı, %70,5'inin bakım sürecinde olumsuz bir deneyim yaşamadığı,
- Öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalaması $5,26 \pm 0,79$, alt boyutlar en yüksek puan ortalamasının ($5,50 \pm 0,92$) "*Gözlemler ve İzlemler*", en düşük puan ortalamasının ise ($4,72 \pm 1,22$) "*Beklentiler*" alt boyutunda olduğu,
- Öğrencilerin BDÖ'deki bakım davranışlarını uygulama sıklığına göre en önemli gördükleri bakım davranışlarından ilk üç sırada sırasıyla "*Güler yüzlü olmak*" ($6,10 \pm 1,09$); "*Kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak*" ($6,09 \pm 1,10$); "*Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve kimlik takmak*" ($6,03 \pm 1,15$) olduğu, uygulama sıklığına göre en az önemli gördükleri bakım davranışlarının son üç sırada sırasıyla "*Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb*" ($3,89 \pm 1,65$); "*Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.*" ($4,02 \pm 1,75$); "*Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak*" ($4,65 \pm 1,64$) olduğu,

- Kız öğrencilerin ($5,31 \pm 0,77$) anlamlı farklılıkla erkek öğrencilerden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu ($p < 0,05$),
- Öğrencilerin *mezun olduğu okula* göre, Sağlık Meslek Lisesi ve önlisans sağlık yüksekokulundan mezun olan öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalamasının diğer lise mezunu öğrencilerden anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu ($p < 0,05$),
- Öğrencilerin *sınıf düzeyi ve kardeşler arasındaki çocuk sıralamasına* göre BDÖ ve altboyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p > 0,05$),
- Hemşireliği isteyerek seçen öğrencilerin BDÖ puan ortalamasının istemeden seçenlere göre istatistiksel olarak anlamlı açıdan daha yüksek olduğu,
- Mezun olduktan sonra hemşire olarak çalışmak ya da hemşirelikte kariyer yapmak isteyen öğrenciler ile mezun olmadan ya da mezun olduktan sonra da hemşirelik dışında başka bir bölümde okumak istediğini ifade eden öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı ($p > 0,05$),
- Öğrencilerin *“bakım verme hemşirenin birincil görevidir”* görüşüne katılan öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalamasının bu görüşe katılmayan öğrencilerden anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu,
- *“Daha önce hastanede yatma”*, *“Hasta bir birey olarak bakım alma”* deneyimi yaşama durumuna göre grupların BDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0,05$),
- *“Hasta bir bireye bakım verme”* deneyimi yaşama durumuna göre öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p > 0,05$),
- *“Bakım sürecinde olumsuz bir deneyim yaşama”* durumuna göre öğrencilerin BDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık olmadığı saptandı ($p > 0,05$).

Elde edilen bu bulgular sonucunda;

- BDÖ'nün uzman görüşleri ve istatistiksel analizleri sonucunda geçerlilik ve güvenilirliğe sahip olduğu ve Türk toplumunda öğrencilerin bakım davranışları algılarını ölçmek amacıyla kullanılabilir bir ölçek olduğu saptandı ve ***“Araştırma Sorusu 1”*** yanıtlandı.
- Ölçeğin toplam puan ortalaması $5,26 \pm 0,79$ ile öğrencilerin bakım davranışları algılarının iyi olduğu görüldü ve ***“Araştırma Sorusu 2”*** yanıtlandı.
- Öğrencilerin uygulama sıklığına göre en önemli gördükleri bakım davranışının ***“Güler yüzlü olmak”*** ($6,10 \pm 1,09$); en az önemli gördükleri bakım davranışının ise ***“Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb”*** ($3,89 \pm 1,65$) olduğu belirlendi ve ***“Araştırma Sorusu 3”*** yanıtlandı.
- Öğrencilerin cinsiyet, mezun oldukları okul, hemşireliği isteyerek seçme gibi tanıtıcı özelliklerinin bakım algılarını etkilediği saptandı ve ***“Araştırma Sorusu 4”*** yanıtlandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik güvenilirliği gerçekleştirilen BDÖ'nün daha büyük ve farklı özelliklere sahip örneklem gruplarına uygulanarak geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin çalışmaların tekrar kontrol edilmesi,
- Ölçeğin farklı örneklem gruplarında tekrarlanarak sonuçların karşılaştırılması,
- Üniversite tercihini yapan öğrenci ve ailelerine hemşirelik mesleğinin tam ve doğru tanıtımının yapılması ve böylece bireylerin mesleği bilerek ve isteyerek tercih etmelerinin sağlanması,
- Öğrencilerde bakım davranış algılarını etkileyen eğitimle ilgili faktörlerin incelenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

Acaroğlu, R. (2003). Bakımda Etik. 2. Uluslararası- 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, 7-11 Eylül 2003.

Acaroğu, R. Şendir, M. Kaya, H. ve Sosyal, E. (2007). Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisi. *İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **15 (59)**, 61- 67.

Acaroğlu, R. ve Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirme Skalaları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, **20 (1)**, 10-16

Akgül, A. ve Çevik, O. (2005). *İstatistiksel Analiz Teknikleri*. Ankara: Emek Ofset.

Alpar, E.Ş., Tekin, N., Bahçecik, N. ve Ekizler, H. (1997). Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Lisans Öğrencilerinin Hemşirelik Rollerini Eğitimde Kazanabilme Durumunun İncelenmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Kıbrıs, 10-12 Eylül 1997; 329.

Alpar Ş., Atalay M., Çakırcalı E., Çeviker G., Dinç L., Khorshid L., ve ark. (Ed.). (1997). *Hemşirelik Esasları El Kitabı*. İstanbul: Birlik Ofset Ltd. Şti.

Altıok, H.Ö., Şengün, F., Üstün, B. (2011). Bakım:Kavram Analizi. *DEUHYO ED*, **4 (3)**, 137-140.

Arifoğlu, B. ve Razi, G. S. (2011). Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin empati ve iletişim becerileriyle iletişim yönetimi dersi akademik başarı puanı arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **4 (1)**, 7-11.

Alvsvag, H. (2006). Kari Martinsen: Philosophy of Caring. İçinde A. M. Tomey, M.R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.) United States of America: Mosby Inc.; 167-190.

Aslan, E. ve Akın, S. (2008). Kanser ve Palyatif Bakım. *STED*, **(17) 6**, 98-100.

Atalay, M. ve Tel, H. (1999). Gelecek Yüzyılda Hemşirelikte Lisans Eğitiminin Vizyonu. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **3 (2)**, 47- 54.

Avşar, G. ve Kaşıkçı, M. (2010). Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinde Duygusal Zeka Düzeyi. *Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilim Derg*, **13**,1-6.

Ay, FA. (2007). Kuram Nedir? Hemşirelik İle İlgili Kuramlar ve Hemşire Teorisyenler. İçinde F. Ay (Ed.), Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. (1.Baskı), İstanbul: Medikal Yayıncılık; 5-30.

Aytekin, S., Özer, F.G., Beydağ K.D.T. (2009). Denizli Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Klinik Uygulamalarda Karşılaştıkları Güçlükler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **4 (10)**, 137-149.

Babadağ, K. (1996). Hemşirelik Felsefesi ve Ahlak. *Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi*, **1 (1)**, 27.

Babadağ, K. (1997a). *Hemşirelik ve Değerler*. (1. Baskı). Ankara: İlksan Matbaası.

Babadağ, K. (1997b). Hemşirelik Eğitiminde Bakım Kavramı ve Etik. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Kıbrıs, 10-12 Eylül 1997; 74- 76.

Baldursdottir, G., Jonsdottir, H. ve Iceland, J. (2002). The importance of nurse caring behaviors as perceived by patients receiving care at an emergency department. *Heart ve Lung*, **31 (1)**, 67-75.

Bassett, C. (2001). Educating for care: a review of the literature. *Nurse Education in Practice*, **1 (2)**, 64- 72.

Baykara, Z.G. (2010). *Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Beck, T.C. (1999). Quantitative Measurement of Caring. *Journal of Advanced Nursing*, **30 (1)**, 24-32.

Begum, S. ve Slavin, H. (2012). Perceptions of “caring” in nursing education by Pakistani nursing students: An exploratory study. *Nurse Education Today*, **32**, 332-336.

Beydağ, D., Gündüz, A., Özer, F.G. (2008). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Eğitimlerine ve Mesleklerine Bakış Açıları, Meslekten Beklentileri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, **1(3)**, 137-142.

Beydağ, K.D. ve Arslan, H. (2008). Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **3(7)**, 75-87.

Birol, L. (2005). *Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*. (7. Baskı). İzmir: Etki Matbaacılık; 73-75.

Bingöl, G. ve Demir, A. (2011). Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. *Göztepe Tıp Dergisi*, **26(4)**,152-159.

Booth, K., Kenrick, M., Woods, S. (1997). Nursing Knowledge, Theory and Method Revisited, *Journal of Advanced Nursing*, **26**, 804–811.

Boughn, S. (2001). Why Women and Men Choose Nursing. *Nursing and Health Care Perspectives*, **22 (1)**, 14.

Brilowski, G.A. ve Wendler, W.C. (2004). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, **50(6)**, 641–650.

Buzlu, S. ve Kutlu, Y. (1997). İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşireliğe ve Mezuniyet Sonrasına İlişkin Düşünceleri. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu, Kıbrıs, 10-12 Eylül; 64-68.

Chipman, Y. (1991). Caring: its meaning and place in the practice of nursing. *Journal of Nursing Education*, **30(4)**,171–175

Cingil, D. ve Gözüm, S. (2008).Yaşlı bireyler için “Aile üyeleri tarafından verilen bakımı değerlendirme envanteri’nin geçerlilik ve güvenilirliği”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **1**, 5-18.

Connett, D.F. (2008). Qualitative convergence of three nursing concepts: art of nursing, presence and caring. *Journal of Advanced Nursing*, **63 (5)**, 527–534.

Covington, H. (2003). Caring Presence: Delineation of a Concept for Holistic Nursing. *Journal of Holistic Nursing*, **21 (3)**, 309-312.

Craven, R.F. ve Hirnle, C.J. (2003). *Fundamentals of Nursing: Human Health and Function* (4th ed.). Philadelphia; Lippincott Williams ve Wilkins.

Crigger, N. (2001). Antecedents to engrossment in Noddings’ theory of care. *Journal of Advanced Nursing*, **35 (4)**, 616-623.

Cunningham, S., Copp, G., Collins, B., Bater, M., (2006). Preregistration nursing students’ experience of caring for cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, **10 (1)**, 59-67.

Çam, M.O. (1999). Hemşirelik Öğrencilerinin Kişilik Özellikleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, **5(5)**, 31-37.

Çelikkalp, Ü., Aydın, A., Temel, M. (2010). Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Aldıkları Eğitime İlişkin Görüşleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **3 (2)**, 2-14.

Çetinkaya, B., Altundağ, S., Azak, A. (2007). Spiritüel Bakım ve Hemşirelik. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **8(1)**, 47-50.

Çimete, G. (1997). Hemşirelik Sanatı. *Türk Hemşireler Dergisi*, **7 (1)**.

Çoban, İ.G. (2006). *Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. T.C.Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Dalgıç, G. (1995). *Toplumun Hemşireliğe İlişkin Görüşleri*. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

DeLaune, S.C. ve Ladner, P.K. (2002). *Fundamentals of Nursing: Standards & Practice* (2th ed.). United States of America; Delmar Thomson Learning Inc.

Devineni, L.J. (2008). *An Investigation of The Perceptions Of Caring and Values In Professional Nurses From Three Generations*. Harry McLenighan, Ed.D., Dean, School of Education Capella University, PhD Thesis, USA.

Dinç, L. (2009). Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. *Hacettepe Tıp Dergisi*. **40**, 113-119.

Dunsford, J. (2009). Structured communication. improving patient safety with SBAR. *Nurs Womens Health*, **5**, 386-390.

Edwards, S.D. (2001). Benner and Wrubel on caring in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, **33(2)**, 167-171.

Edwards, S. (1997). What is The Philosophy of Nursing?. *Journal of Advanced Nursing*. **25**, 1089-1093.

Eklund-Myrskog E.D. (2000). Student nurses' understanding of caring science. *Nurse Education Today*, **20(2)**, 164–170.

Ercoşkun, M.H., Dilekmen, M., Nalçacı, A. (2006). Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Empatik Becerilerinin Aile İçi Değişkenler Açısından İncelenmesi. *KKEFD-JOKKEF*, **14**, 177-197.

Erefe, İ. (2002). Veri Toplama Araçlarının Niteliği. İçinde İ. Erefe (Ed.), *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri* (1. Baskı). İstanbul: Odak Ofset.

Eren, N. ve Uyer, G. (1993). Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı. (5. Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi; 52-92.

Ergül, Ş. ve Bayık, T. A. (2004). Maneviyat ve manevi bakım dereceleme ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Erişim 28.04.2009, <http://www.sosyalsiyaset.com/documents/maneviyat.htm>.

Eriksson, K. (2002). Caring Science in a New Key. *Nursing Science Quarterly*, **15** (1); 61-65.

Eskimez, Z., Öztunç, G., Alparlan, N. (2008). Lise Son Sınıfta Okuyan Kız Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **15** (1), 58–67

Eskimez, Z., Alparlan, N., Öztunç, G., Torun, S. (2005). Hemşirelerin Adana Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri ve Öğretim Elemanlarının Klinik Uygulamalarına İlişkin Görüşleri, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8** (3), 30-39.

Gayef, A. ve Sarıkaya, Ö. (2012). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinde Mesleki Güdülenme. *Tıp Eğitimi Dünyası*, **33**, 9-18.

Goldsmith, M., Stewart, L., ve Ferguson, L. (2006). Peer learning partnership: An innovative strategy to enhance skill acquisition in nursing students. *Nurse Education Today*, **26**, 123-130.

Gözüm, S. ve Aksayan, S. (2002). Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *HEMAR-GE*, **4**(2), 9-20.

Grams, K., Kosowski, M., Wilson, C. (1997). Creating a caring community in nursing education. *Nurse Educator*, **22**(3), 10–16

Granum, V. (2004) Nursing students' perceptions of nursing as a subject and a function. *Journal of Nursing Education*, **43**(7), 297–304.

Greenhalgh, J., Vanhanen, L., Kyngäs H. (1998). Nurse caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, **27**, 927- 932.

Gülerci, H. ve Oflaz, F. (2010). Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği Eğitimi Alan Öğrencilerin Öğrenme Stil ve Stratejilerinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **52**, 112-120.

Gülseren, Ş. (2001). Eşduyum (Empati): Tanımı ve Kullanımı Üzerine Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **12**(2), 133-145.

Hançerlioğlu, O. (1996). *Felsefe Sözlüğü*. (10. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.

Harrington, D. (2009). *Confirmatory Factor Analysis*. New York: Oxford University Pres.

Heath, H.B.M. (1995). *Potter and Perry's Foundation in Nursing Theory and Practice*. Philadelphia; Mosby-Year Book Inc.

İnci, F. H. ve Erdem, M. (2006). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Erişim 01.05.2009, http://sbe.pau.edu.tr/tezarsivi/hatice_emel_inci.pdf.

Karabacak, Ü. ve Acaroğlu, R. (2011). Konfor Kuramı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, (4) 1, 198-202.

Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9 (1), 6-14.

Karamanoğlu, A.Y., Özer, F.G. ve Tuğcu, A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 12-17.

Karaöz, S. (2002). Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında mesleğe ilişkin algılarındaki değişimin incelenmesi: Hemşireliğe giriş dersinin bu değişimdeki rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2),10-20.

Karaöz, S. (2005). Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Education Today*, 25(1), 31-40.

Karakaya, H. (2000). Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleğe Yönelimleri ve Değer Sistemleri Üzerine Bir Tutum Araştırması. 1. Uluslararası ve 8. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, 29 Ekim -2 Kasım 2000; 315-320.

Karasar N. (1995). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. 7. Baskı. Ankara: 3A Araştırma Eğitim Danışmanlık.

Kaya, H., Atar N.Y., Eskimez, Z. (2012). Hemşirelik Model ve Kuramları. İçinde Aştı, T.A. ve Karadağ, A. (Ed.), *Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilimi ve Sanatı* (1. Baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Khademian, Z. ve Vizeshfar, F. (2008). Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviors. *Advanced of Nursing*, 61(4), 456-462.

Khorsid, L. ve Arslan, G. G. (2006). Hemşirelik ve Spritüel Bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (1), 233-243.

Kıvanç, M.M. (2012). Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. İçinde Aştı, T.A. ve Karadağ, A. (Ed.), *Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilimi ve Sanatı* (1. Baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Kızıtuğ, S. ve Ergöl, Ş. (2011). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Hemşireliği Algılayışı Hemşirelik Rollerine ve Hemşireliğin Geleceğine Bakışı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (2), 10-15.

Kim, K.H. (2007). Clinical competence among senior nursing students after their preceptorship experiences. *J Prof Nurs*, **23**, 369-375.

Komorita, N.I., Doehring, K.M. ve Hirschert, P.W. (1991) Perceptions of caring by nurse educators. *Journal of Nursing Education*, **30(1)**, 23–29.

Kostak, A. M. (2007). Hemşirelik Bakımının Spritüel Boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2 (6)**, 106-115.

Kutlu, L. (2010). Yoğun Bakım Ünitelerinde Sağlık Ekibi Üyeleri, Hasta ve Yakınları ile İletişim. Erişim, 21.11.2010, <http://www.cayd.org.tr/Egitim/HemEg1.html>

Kyle, T.V. (1995). The concept of caring: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, **21**, 506-514.

Langford, C.M. (2007). *Student Nurse Perceptions of Faculty Caring: A Comparison of Students from Diverse Cultures and Traditional*. Students University of North Florida College of Education and Human Services, PhD. Thesis, USA.

Larsen, P.D., McGill, J.S., Palmer, S.J. (2003). Factors Influencing Career Decisions: Perspectives of Nursing Students in Three Types of Programs. *Journal of Nursing Educations*, **42 (4)**, 168-173.

Larson, P.J., 1981. Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. Doctoral Dissertation, University of California, San Francisco, University Microfilms No. 81-6511.

Larson, P.J., 1984. Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. *ONF* **11**, 46–50.

Larson, P.J., 1986. Cancer nurses' perceptions of caring. *Cancer Nursing*, **9**, 86–91.

Larsson, G., Windmark-Peterson, V., Lampic, C., von Essen L. ve Sjoden P.O. (1998). Cancer patient and staff ratings of importance of caring behaviors and their relations to patient anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, **27(4)**, 855–864.

Law, W. ve Arthur, D. (2003). What Factors Influence Hong Kong School Students In Their Choice of a Career In Nursing?. *Science Direct*, **40 (1)**, 23-32.

Lähdesmäki, I. ve Nyholm, L. (2007). Intensive Care and Eriksson's Theory of Caritative Caring in 2050. *Nursing Science Quarterly*, **20 (4)**;332-333.

Lee, M.H., Larson, P.J., Holzemer, W.L. (2006). Psychometric evaluation of the modified CARE-Q among Chinese nurses in Taiwan. *International Journal for Human Caring*, 10 (4), 8- 13.

Leninger, M. (1997) Future Directions in Transcultural Nursing in the 21st Century. *International Nursing Review*, **44 (1)**; 19-23.

Linberg, J.B., Hunter, M.L. ve Kruszewski, A.Z., (1990). *Introduction to Nursing*. Philadelphia: Lippincott Company.

Lindström, U.A., Lindholm, L. ve Joan, E.Z., (2006). Theory of Caritative Caring. İçinde A.M. Tomey ve M.R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work*. (6th ed.). United States of America: Mosby Inc.; 191-223.

Liu, J.E., Mok, E. ve Wong, T. (2006). Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, **15**, 188-196.

Lewis, J.J. (2010) Florence Nightingale Quotes. Erişim, 24.08.2010, <http://www.bookrags.com/research/nightingaleflorence-eorl-10>.

Mackintosh, C. (2000). "Is there a place for "care" within nursing?". *International Journal of Nursing Studies*, **37**, 321- 327.

Mackintosh, C. (2006). Caring: the socialisation of pre-registration student nurses: a longitudinal qualitative descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, **43(8)**, 935–962.

Manav, A.İ. (2008). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Becerilerinin Değerlendirilmesi*. T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Mangold, A.M. (1991). Senior nursing students' and professional nurses' perceptions of effective caring behaviors: a comparative study. *Journal of Nursing Education*, **30 (3)**, 134–139.

McCance, T.V., McKenna, H.P. ve Boore, J.R.P. (1997). Caring: dealing with a difficult concept. *International Journal Nursing Study*, **34 (4)**, 241-248.

McFarland, M. (2006). Madeleine Leininger: Culture Care Theory of Diversity and Universality. İçinde A.M.Tomey, M.R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.) United States of America: Mosby Inc; 472-496.

Mete, S ve Uysal, N. (2009). Hemşirelik Mesleksel Beceri Eğitiminde Bir Model Uygulaması, *DEUHYO ED*, **2(3)**, 115-123.

Milligan, C., Wiles J. (2010). Landscapes of care. *Progress in Human Geography*, **34(6)**, 736–754.

Mlinar S. (2010). First and Third-Year Student Nurses' Perceptions of Caring Behaviours. *Nursing Ethics*, **17(4)**, 491–500.

Morgan, R. (2006). Using clinical skills laboratories to promote theory–practice integration during first practice placement: an Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing*, **15**, 155–161.

Neil, R.M. ve Tomey, M.A. (2006). Jean Watson: Philosophy and Science of Caring. *Nursing Theorists and Their Work*. İçinde A.M.Tomey, M.R. Alligood (Ed.), (6th ed.) United States of America :Mosby Inc; 91-115.

Nelms,T., Jones, J. ve Grey, O.P. (1993). Role modeling: A method for teaching caring in nursing education. *Journal of Nursing Education*, **32 (1)**,18 - 23.

Nursing Theories (2010). *Jean Watson's Philosophy of Nursing*. Erişim, 27-06-2010, http://currentnursing.com/nursing_theory/Watson.htm.

Ortabağ, T., Tosun, N., Bebiş, H., Yava, A., Çiçek, H.S., Akbayrak, N. (2010). Yatağın diğer tarafı: Hemşirelik Yüksek Okulu birinci sınıf öğrencilerinin eğitim amaçlı hastaneye yatma deneyimleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, **52**, 189-197.

Ousey, K. ve Johnson, M. (2007). Being a real nurse- Concepts of caring and culture in the clinical areas. *Nurse Education in Practice*, **7 (3)**, 150-155.

Öğün, A. (1998). Sosyolojide Meta-Teorik Yaklaşım İlişkin Bir İnceleme. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, **15 (1)**, 137-145.

Özbaş, D. ve Buzlu, S. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hemşireliği Dersine ve Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Düşünceleri. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **14 (1)**, 31- 40.

Özbaşaran, F., Taşpınar, A., Çakmakçı, A. (2002). Hastalar Kendilerine Bakım Verenlerin Cinsiyeti Konusunda Ne Düşünüyorlar? *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5 (2)**.

Özpancar, N., Aydın, N., Akansel, N. (2008). Hemşirelik 1. Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12 (3)**, 9-17.

Öztunç, G. (2012). Hemşireliğin Doğası. İçinde Aştı, T.A. ve Karadağ, A. (Ed.), Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilimi ve Sanatı (1. Baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Öztürk, C. (2003). Kültür ve Hemşirelik Uygulamaları. Kültür ve Hemşirelik Sempozyumu, Kapadokya, 4-5 Temmuz 2003; 47-53.

Öztürk, N., ve Ulusoy, H. (2008). Lisans ve yüksek lisans hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme düzeyleri ve eleştirel düşünmeyi etkileyen faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **1(1)**, 15-25.

Perry, A.G. (2009). Theoretical Foundations of Nursing Practice. İçinde P.A. Potter, A.G. Perry (Ed.), *Fundamentals of Nursing* (7th ed.) St. Louis: Mosby Elseiver; 44- 52.

Potter, P.A. ve Perry, A.G. (2009). Caring in Nursing Practice. *Fundamentals of Nursing*. (7th ed.) St. Louis: Mosby Elseiver; 95-105.

Purnell, M.J. (2006). Anne Boykin and Savina O. Schoenhofer: Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice. İçinde A.M. Tomey, M.R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work* (6th ed.) United States of America: Mosby Inc.; 405-427.

Rafael, A.R.F. (2000). Watson's Philosophy, Science, and Theory of Human Caring as a Conceptual Framework for Guiding Community Health Nursing Practice. *Advances In Nursing Science*, **23 (2)**, 34- 49.

Roach, S. (2008). *Florida Atlantic University Christine E. Lynn College of Nursing Archives of Caring in Nursing*. Erişim 01.05.2009, http://nursing.fau.edu/uploads/docs/527/M_S_Roach_ARC-005.pdf.

Rosenthal, K.A. (1992). Coronary care patients' and nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart and Lung*, **21(6)**, 536–539.

Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G. ve Atabek, T. (1996). *Hemşirelik Esasları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları; 27-29.

Safadi, R.R., Saleh, M.Y.N., Nassar, O.S., Amre, H.M. ve Froelicher E.S. (2011). Nursing students' perceptions of nursing: a descriptive study of four cohorts. *International Nursing Review*, **58**, 420–427.

Smith, M.K. ve Sullivan, J.M. (1997). Nurses' and patients' perceptions of most important behaviors in a long-term care setting. *Geriatric Nursing*, **18(2)**, 70–73.

Suikkala, A. (2001). Nursing student-patient relationship: a review of the literature from 1984 to 1998. *Journal of Advanced Nursing*, **33(1)**, 42-6.

Şahin, N.H., Bayram, G.O. ve Avcı, D. (2009). Kültürlere Duyarlı yaklaşım: Transkültürel Hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **6 (1)**, 2-7.

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.

Şanlı, B. (1988). *Hemşirelik Mesleği Hakkında Toplumsal Görüşün Analizi*. T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Şendir, M. (2012). Hemşirelik Felsefesi. İçinde Aştı, T.A. ve Karadağ, A. (Ed.), *Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilimi ve Sanatı* (1. Baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Şentürk, S.E. (2011). *Hemşirelik Tarihi*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 3.

Şimşek, Ö.F. (2007). Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları, Ankara: Cem Web Ofset.

Şirin, A., Öztürk, R., Bezci, G., Çakar, G., Çoban, A. (2008). Hemşirelik Öğrencilerinin Meslek Seçimi ve Mesleği Uygulamaya Yönelik Görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, **83**, 69-75.

Talbot, L. A. (1995). *Principles and Practice of Nursing Research*. USA: Mosby Year Book.

Tan, M., Yuncu, S., Şentürk, Ö. Ve Yıldız Ö. (2007). Üniversite Öğrencilerinin Hemşireliğe Bakış Açıkları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, (10), 1, 22-29.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2007, Haziran). *Hemşirelik Kanunu*. Erişim, 30.08.2010 <http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/Arama.aspx?F6E10F8892433CFFAAF6AA849816B2EF4376734BED947CDE&aranacak=hem%C5%9Firelik%20kanunu>.

TDK (Türk Dil Kurumu) (2012, Nisan). *Bakım*. Erişim, 10.04.2012 <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=Bak%FDm&ayn=tam>.

TDK (Türk Dil Kurumu) (2012, Nisan). Erişim, 10.04.2012 <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=kavram&ayn=tam>

Tennant, S. (1999). Nursing to care or caring to nurse: a qualitative investigation of perceptions of new recruits. *Nurse Education Today*, **19**, 239-245

The Oxford Pocket Dictionary of Current English (2009). "care". Erişim, 14 Apr. 2012 <<http://www.encyclopedia.com>>.

Tjia, J., Kathleen, M., Mazor, K.M., Field, T., Meterko, V., Spenard, A., Gurwitz, J. (2009). Nurse-physician communication in the long-term care setting: Perceived barriers and impact on patient safety. *Journal Patient Safety*, **5**, 145-152.

Tontipoonwinai, S. (2009). Humanized Nursing in Modernization of Medicine. Erişim 01.05.2009, http://www.dms.moph.go.th/nurse/conference49/Humannizaed_Nursing.pdf

Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel Hemşirelik ve Kültürel Bakım Modeli Örnekleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. **8 (2)**, 47-57.

Tosun, N., Oflaz, F., Akyüz, A., Kaya, T., Yava, A., Yıldız, D., Akbayrak, N. (2008). Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin intörn eğitim programından beklentileri ile program sonunda kazanım ve önerilerinin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **50**,164-171.

Tuckett, A.,G., Hughes, K., Schluter, P.,J. ve Turner, C. (2009). Validation of CARE-Q in residential aged-care: rating of importance of caring behaviours from an e-cohort sub-study. *Journal of Clinical Nursing*, **18**, 1501–1509.

Tulum, Y.D. ve Memiş, S. (2006). Hemşirelik Eğitiminde Yaratıcılığı Geliştirme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **22 (1)**, 245- 252.

Tunç, G., Akansel, N., Özdemir, A. (2010). Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Meslek Seçimlerini Etkileyen Faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **3 (1)**, 24-31.

Turgay, A.S, Karaca, B., Ceber, E., Aydemir, G. (2005). Hemşirelik öğrencilerinin mesleği algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **(8) 1**, 54-62.

Tutuk, A., Al, D., Doğan, S. (2002). Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **6 (2)**, 36-41.

Tüfekçi, F.G., Yıldız, A. (2009). "Öğrencilerin Hemsireliği Tercih Etme Gereçleri ve Gelecekleri ile İgili Görüşleri". *Atatürk Üniversitesi Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12(1)**, 31-37.

Ulusoy, M.F. ve Görgülü, R.S. (1997). *Hemşirelik Esasları*. (3. Baskı). Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti; 1-32.

Ünsal, A. (2010). Lisansüstü Egitimlere İlişkin Yapılan Eğitimin Hemşirelik Öğrencilerinin Bilgi Düzeyleri Üzerine Etkisi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, (5)15, 45- 57.

Ünsar, S., Kostak, M.A., Kurt, S., Erol, Ö. (2011). Hemşirelerin Kendini Gerçekleştirme Düzeyleri ve Etkileyen Etmenler. *DEUHYO ED*, 4 (1), 2-6.

Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. İstanbul: Alaş Ofset; 53–77.

Velioğlu, P., Pektekin, Ç., Şanlı, T. (1991). Kişilerarası İlişkilerde İletişim. İçinde R. Geylan (Ed.), *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*. (1. Baskı), Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları; 86-103.

Velioğlu, P. ve Babadağ, K. (1992a). Sağlık Bakım Sisteminde Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları. *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*. Eskişehir: Etam A. Ş.; 58- 67.

Velioğlu, P. ve Babadağ, K. (1992b). Dünya’da Hasta Bakımı ve Hemşireliğin Tarihi Gelişimi. *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*. Eskişehir: Etam A. Ş.; 113-135.

von Essen L. ve Sjoden P.O. (1991a) The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 28(3), 267–281.

von Essen L. ve Sjoden P.O. (1991b) Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1363–1374.

von Essen L. ve Sjoden P.O. (1993) Perceived importance of caring behaviors to Swedish psychiatric inpatients and staff, with comparison to somatically ill samples. *Research in Nursing and Health*, 16(4), 293–303.

von Essen, L. ve Sjoden, P.O. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*. 40 (5); 487-497.

Watson, J. (2009). CARE-Q and CARE/SAT and Modified CARE-Q. *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences*. 2 th Edition, Springer Publishing Company, LLC: 25-52.

Watson, R., Deary, I.J. ve Hoogbruin, A.L. (2001). A 35-item version of the Caring Dimensions Inventory (CDI-35): multivariate analysis and application to a longitudinal study involving student nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 38(5), 511–521.

Watson, R., Deary, I.J. ve Lea, A. (1999). A longitudinal study into the perception of caring and nursing among student nurses using multivariate analysis of the Caring Dimensions Inventory. *Journal of Advanced Nursing*, **30(5)**, 1080–1089.

Webster's Online Dictionary with Multilingual Thesaurus Translation (2008). *Definition of Care*. Erişim, 07.07.2010 <http://www.websters-online-dictionary.org/definition/care>

West's Encyclopedia of American Law (2005). "*Care*". Erişim, 14 Apr. 2012 <<http://www.encyclopedia.com>>.

Wærness, K. (2001). Social Research, Political Theory And The Ethics of Care. *Research Review*, **17(1)**, 5-16.

White, M.F. (2003). *A Study of Nurse Caring Behaviors Using Q Methodology*. Graduate School-Newark Rutgers The State Universtiy of New Jersey, PhD.Thesis, USA.

Wiesman, R.F. (1994). Role model behaviours in the clinical setting. *Journal Of Nursing Education*, **33 (9)**, 405-409.

Wilkes, L.M. ve Wallis, M.C. (1998). A model of professional nurse caring: nursing students' experience. *Journal of Advanced Nursing*, **27 (3)**, 582-589.

Woodward, V.M. (1997). Professional caring: a contradiction in terms?. *Journal of Advanced Nursing*, **(26)**, 999–1004.

Wojnar, D.M. (2006). Kristen M. Swanson: Theory of Caring. İçinde A.M. Tomey, M.R. Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and Their Work*. (6th ed.) United States of America: Mosby Inc.; 762-773.

Yanikkerem, E., Aycan, N., Kitapçioğlu, G., Korkmaz, A. ve Çalık, C. (2006). "Öğrencilerin Hemşire Eğitimcilerde Aradığı Özellikler" Değerlendirme Aracının Geliştirilmesi Çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **22 (1)**, 37-53.

Yiğitbaş, Ç ve Yetkin, A. (2003). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Öz-Etkililik-Yeterlik Düzeyinin Değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **7 (1)**, 6-13.

Yurdugül, H. (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği İçin Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli, 28–30 Eylül 2005.

FORMLAR

Ek 1: Bilgi Formu

Anket No:

YÖNERGE: Bu araştırma doktora tezi olarak Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinin bakım davranışlarını algılamalarının incelenmesi amacı ile planlanmıştır. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz samimiyet araştırma sonuçları açısından son derece önemlidir.

Katkılarınız için teşekkür ederim...

Saygılarımla

Araş. Gör. Msc. Zehra ESKİMEZ

1- Sınıfınız:

2- Yaşınız:

3- Cinsiyetiniz: () 1.Kadın () 2.Erkek

4- Medeni Durumunuz: () 1.Evli () 2.Bekar

5- Şu an nerede kalıyorsunuz?

() 1. Ailemin yanında () 2. Akrabalarımın evinde

() 3. Arkadaşlarım ile evde () 4. Öğrenci yurdunda

6- Aile yapınızı nasıl tanımlarsınız?

() 1. Çekirdek aile () 2. Geniş aile () 3. Parçalanmış aile

7- Sizde dahil olmak üzere kaç kardeşsiniz / kaçınıcı çocuksunuz?/.....

8- Mezun olduğunuz okul?

() 1. Sağlık Meslek Lisesi () 2. Endüstri Meslek Lisesi

() 3. Anadolu Lisesi () 4. Fen Lisesi

() 5. Düz Lise () 6. Ön Lisans

() 7. Üniversite () 8. Diğer (Lütfen Yazınız):

9- Hemşirelik mesleğini isteyerek mi tercih ettiniz?

() 1. Evet () 2. Hayır

10- 9.Soruya yanıtınız “Hayır” ise hemşirelik mesleğini hangi amaçla tercih ettiğinizi lütfen belirtiniz:.....

11- Hemşirelik mesleğinden mezun olduktan sonra, mesleki alanda ne yapmayı düşünüyorsunuz? (Not: Öncelik Sırasına Göre Numaralandırınız)

- () 1. Herhangi bir sağlık kuruluşunda hemşire olarak çalışmak
 () 2. Hemşirelik mesleğinde akademik kariyer yapmak
 () 3. Tekrar üniversite sınavına girip farklı bir bölüm okumak
 () 4. Hemşirelik mesleğinden mezun olmadan farklı bir bölüme geçmek
 () 5. Diğer (Lütfen Yazınız):.....

12- Daha önce hastaneye yattınız mı?

- () 1. Evet () 2. Hayır

13- 12. Soruya yanıtınız “Evet” ise, hastanede ne kadar süre kaldınız? :.....

14- Mesleğe girmeden önce, hasta bir yakınınıza bakım verme deneyimi yaşadınız mı? () 1. Evet () 2. Hayır

15- Mesleğe girmeden önce, kendiniz hasta bir birey olarak bakım alma deneyimi yaşadınız mı? () 1. Evet () 2. Hayır

16- Meslek eğitiminiz süresince herhangi bir hasta, hasta yakını ya da hemşire ile bakım verme ya da alma sürecinde olumsuz bir deneyim yaşadınız mı?

- () 1. Evet...ise nedir? belirtiniz.....
 () 2. Hayır

17- Sizce bakım, hemşirenin birincil görevi midir?

- () 1. Evet () 2. Hayır

Ek 2: Bakım Değerlendirme Ölçeği-BDÖ (Caring Assessment Questionnaire-Care-Q)

- *Orjinal Care-Q*

CARE-Q Frequency

Please read each item carefully and CIRCLE the ONE NUMBER that best describes **HOW OFTEN** it occurs when you provide care to your patients.

How often in the past two weeks were you able to:	never	almost never	rarely	sometimes	usually	almost always	always
1. Frequently approach the patient first, e.g., offering such things as pain medication, back rub, etc.	1	2	3	4	5	6	7
2. Volunteer to do "little" things for the patient, e.g., bring a cup of coffee, paper, etc.	1	2	3	4	5	6	7
3. Give the patient's treatments and medications on time.	1	2	3	4	5	6	7
4. Check on the patient frequently.	1	2	3	4	5	6	7
5. Give a quick response to the patient's call.	1	2	3	4	5	6	7
6. Encourage the patient to call if he/she has problems	1	2	3	4	5	6	7
7. Tell the patient of support systems available, such as self-help groups or patients with similar disease.	1	2	3	4	5	6	7
8. Help the patient not feel dumb by giving him/her adequate information.	1	2	3	4	5	6	7
9. Tell the patient, in understandable language, what is important to know about his/her disease and treatment.	1	2	3	4	5	6	7
10. Teach the patient how to care for himself/herself whenever possible.	1	2	3	4	5	6	7
11. Suggest questions for the patient to ask her/his doctor.	1	2	3	4	5	6	7
12. Am honest with the patient about his medical condition.	1	2	3	4	5	6	7
13. Provide basic comfort measures, such as appropriate lighting, control of noise, adequate blankets, etc.	1	2	3	4	5	6	7

How often in the past two weeks were you able to:	never	almost never	rarely	sometimes	usually	almost always	always
14. Provide the patient encouragement by identifying positive elements related to the patient's condition and treatment.	1	2	3	4	5	6	7
15. Am patient even with "difficult" patients	1	2	3	4	5	6	7
16. Am cheerful.	1	2	3	4	5	6	7
17. Sit down with the patient.	1	2	3	4	5	6	7
18. Touch the patient when he/she needs comforting.	1	2	3	4	5	6	7
19. Listen to the patient.	1	2	3	4	5	6	7
20. Talk to the patient.	1	2	3	4	5	6	7
21. Involve the patient's family or significant others in their care.	1	2	3	4	5	6	7
22. Realize that the nights are frequently the most difficult time for the patient.	1	2	3	4	5	6	7
23. Anticipate the patient's and her/his family's shock over her/his diagnosis and plan opportunities for them, individually or as group, to talk about it.	1	2	3	4	5	6	7
24. Know when the patient has "had enough" and act accordingly, e.g., rearrange an examination, screen visitors, insure privacy.	1	2	3	4	5	6	7
25. Am perceptive of the patient's needs and plan and act accordingly, e.g., give anti-nausea medication when patient is receiving medication which will probably induce nausea.	1	2	3	4	5	6	7
26. Anticipate that the "first times" are the hardest and pay special attention to the patient during these times.	1	2	3	4	5	6	7
27. When with a patient, concentrate only on that one patient.	1	2	3	4	5	6	7

How often in the past two weeks were you able to:	never	almost never	rarely	sometimes	usually	almost always	always
28. Continue to be interested in the patient even though a crisis or critical phase has passed.	1	2	3	4	5	6	7
29. Offer reasonable alternatives to the patient, such as choice of appointment times, bath times, etc.	1	2	3	4	5	6	7
30. Help the patient establish realistic goals.	1	2	3	4	5	6	7
31. Check out with the patient the best time to talk with the patient about changes in his/her condition.	1	2	3	4	5	6	7
32. Check her/his perceptions of the patient with the patient before initiating any action.	1	2	3	4	5	6	7
33. Help the patient clarify his thinking in regard to his/her disease and treatments.	1	2	3	4	5	6	7
34. Realize that the patient knows himself the best and whenever possible include the patient in planning and management of his/her care.	1	2	3	4	5	6	7
35. Encourage the patient to ask her/him any questions he/she might have.	1	2	3	4	5	6	7
36. Put the patient first, no matter what else happens.	1	2	3	4	5	6	7
37. Am pleasant and friendly to the patient's family and significant others.	1	2	3	4	5	6	7
38. Allow the patient to express his feelings about his/her disease and treatment fully, and treat the information confidentially.	1	2	3	4	5	6	7
39. Ask the patient what name he/she prefers to be called.	1	2	3	4	5	6	7
40. Have a consistent approach with the patient.	1	2	3	4	5	6	7

How often in the past two weeks were you able to:	never	almost never	rarely	sometimes	usually	almost always	always
41. Get to know the patient as an individual person.	1	2	3	4	5	6	7
42. Introduce himself/herself and tell the patient what she/he does.	1	2	3	4	5	6	7
43. Am professional in appearance—wear appropriate identifiable clothing and identification.	1	2	3	4	5	6	7
44. Make sure that professional appointment scheduling e.g., x-ray, special procedures, etc. are realistic to the patient's condition and situation.	1	2	3	4	5	6	7
45. Am well organized.	1	2	3	4	5	6	7
46. Know how to give shots, I.V.s, etc. and how to manage the equipment like I.V.'s, suction machines, etc.	1	2	3	4	5	6	7
47. Am calm.	1	2	3	4	5	6	7
48. Give good physical care to the patient.	1	2	3	4	5	6	7
49. Make sure others know how to care for the patient.	1	2	3	4	5	6	7
50. Know when to call the doctor.	1	2	3	4	5	6	7

• *Care-Q'nun Dil, Kapsam-İçerik Geçerliği Yapılarak Türkçe'ye Dönüştürülmüş Şekli*

Yönerge: Bu anket, hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarına yönelik algılarını incelemek amacı ile hazırlanmıştır. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma sonuçları için kullanılacaktır. Tüm sorulara vereceğiniz yanıtların sizi yansıtmamasına özen göstermeniz araştırma sonuçlarının bakım davranışları ile ilgili doğru bilgiler yansıtmalarını sağlayacaktır. Klinik uygulamanız sırasında verdiğiniz bakımı dikkate alarak anketi doldurmanızı rica ederiz. Teşekkür ederiz.

Aşağıdaki hemşirelik bakım girişimlerini <i>son iki hafta içinde hangi sıklıkta gerçekleştirebildiniz:</i>	Hiç	Hemen hemen hiç	Nadiren	Bazen	Genellikle	Hemen hemen her zaman	Her zaman
1. Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.	1	2	3	4	5	6	7
2. Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.	1	2	3	4	5	6	7
3. Hastanın tedavisi ve ilaçlarını zamanında uygulamak	1	2	3	4	5	6	7
4. Hastayı sık sık kontrol etmek	1	2	3	4	5	6	7
5. Hastanın çağrılarını kısa zamanda yanıtlamak	1	2	3	4	5	6	7
6. Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	6	7
7. Hastaya mevcut destek sistemlerini anlatmak, örn; kendi kendine yardım grupları ve benzer hastalığa sahip diğer bireyler vb.	1	2	3	4	5	6	7
8. Hastaya yeterli bilgi vererek kendisini kötü/eksik hissetmemesini sağlamak	1	2	3	4	5	6	7
9. Hastaya tedavisi ve hastalığı ile ilgili bilmesi gereken önemli konuları anlaşılır bir dille anlatmak	1	2	3	4	5	6	7
10. Mümkün olduğunda, hastaya kendi kendine bakımını nasıl yapacağını öğretmek	1	2	3	4	5	6	7
11. Hekimine sorması için hastaya sorular önermek	1	2	3	4	5	6	7
12. Tıbbi durumu hakkında hastaya karşı dürüst olmak	1	2	3	4	5	6	7
13. Temel konfor önlemlerini almak, örn; uygun aydınlatma, gürültünün kontrolü, uygun giyim/örtünme vb.	1	2	3	4	5	6	7
14. Hastaya, durumu ve tedavisi ile ilişkili olumlu öğeleri tanımlayarak cesaret vermek	1	2	3	4	5	6	7
15. Zor beğenen hastalara bile hoşgörülü olmak	1	2	3	4	5	6	7
16. Güler yüzlü olmak	1	2	3	4	5	6	7
17. Hasta ile oturmak	1	2	3	4	5	6	7
18. Rahatlama gereksinimi olduğunda hastaya dokunmak	1	2	3	4	5	6	7
19. Hastayı dinlemek	1	2	3	4	5	6	7
20. Hasta ile konuşmak	1	2	3	4	5	6	7

21. Hastanın ailesi ve onun için önemli olan diğer bireyleri bakımına dahil etmek	1	2	3	4	5	6	7
22. Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak	1	2	3	4	5	6	7
23. Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak	1	2	3	4	5	6	7
24. Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.	1	2	3	4	5	6	7
25. Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığıında, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.	1	2	3	4	5	6	7
26. Hasta için ilklerin, en zor zamanlar olacağını anlamak ve bu günler süresince hastaya özel dikkat göstermek	1	2	3	4	5	6	7
27. Hasta ile birlikte iken, sadece o hastaya yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7
28. Kriz veya kritik bir dönem içinde olduğunda bile hasta ile ilgilenmeyi sürdürmek	1	2	3	4	5	6	7
29. Hastaya, kabul edilebilir alternatifler sunmak, örn: görüşme zamanlarının, banyo zamanlarının seçimi vb.	1	2	3	4	5	6	7
30. Gerçekçi hedefler saptamada hastaya yardım etmek	1	2	3	4	5	6	7
31. Durumdaki değişiklikleri hasta ile konuşmak için en uygun zamanı hasta ile birlikte belirlemek	1	2	3	4	5	6	7
32. Herhangi bir eyleme başlamadan önce, hastanın durumunu, hasta ile birlikte gözden geçirmek	1	2	3	4	5	6	7
33. Hastanın hastalığı ve tedavisine ilişkin düşüncelerini açık bir şekilde anlatmasına yardım etmek	1	2	3	4	5	6	7
34. Bakımın planlanması ve yönetiminde, hastanın kendisini ne zaman en iyi ve uygun hissettiğinin farkında olmak	1	2	3	4	5	6	7
35. Hastayı sorular sorabileceği konusunda cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	6	7
36. Her ne olursa olsun önceliği hastaya vermek	1	2	3	4	5	6	7
37. Hastanın ailesi ve önem verdiği diğer kişiler ile cana yakın ve içten olmak	1	2	3	4	5	6	7
38. Hastaya, tüm tedavisi ve hastalığı ile ilgili duygularını açıklamasına izin vermek ve bilgileri gizli tutmak	1	2	3	4	5	6	7
39. Hastaya, hitap etmek için tercih ettiği ismi sormak	1	2	3	4	5	6	7
40. Hasta ile tutarlı bir yaklaşım içinde olmak	1	2	3	4	5	6	7
41. Hastayı bir birey olarak kabul etmek	1	2	3	4	5	6	7
42. Kendini tanıştırmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak	1	2	3	4	5	6	7
43. Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve tanıtıcı kimlik takmak	1	2	3	4	5	6	7
44. Röntgen, özel işlemler vb. gibi profesyonel randevu planının, hastanın durumu ve koşullar için uygun olduğundan emin olmak	1	2	3	4	5	6	7
45. İyi organize olmak	1	2	3	4	5	6	7
46. Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek	1	2	3	4	5	6	7
47. Sakin olmak	1	2	3	4	5	6	7
48. Hastaya iyi fiziksel bakım vermek	1	2	3	4	5	6	7
49. Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak	1	2	3	4	5	6	7
50. Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek	1	2	3	4	5	6	7

Ek 3: Araştırmanın Gerçekleştirildiği Kurumların Verdiği İzin Yazıları



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEKOKULU



Sayı :B.30.2.İST.0.82.00.00/ 4341
Konu :

03.10.2008

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanlığı'na,

İlgi: 30.10.2008 tarihli ve 640 sayılı yazımız hk.

Anabilim Dalımız Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr.Rengin ACAROĞLU'nun danışmanlığında doktora eğitimine devam eden Zehra ESKİMEZ'in "Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları" konulu araştırmayı, öğrencilerin bilgilendirilmiş izin hakları saklı kalmak koşulu ile Yüksekokulumuzda yapmalarını Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Yard.Doç.Dr.Rengin ACAROĞLU
Müdür Vekili



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Bakırköy Sağlık Yüksekokulu
Müdürlüğü



Sayı : B.30.2.İST.0.Y2.71.00 / 1065
Konu :

Tarih: 12.11.08

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına

İLGİ: 12.11.2008 tarih ve 54245-5578 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Rengin ACAROĞLU'nun sorumluluğunda doktora eğitimine devam eden Zehra ESKİMEZ'in " Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları" başlıklı tez çalışmasını Yüksekokulumuzda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize saygılarımla arz ederim.

Yrd.Doç.Dr. Gülbahar KESKİN
Müdür Vekili

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ	
Öğrenci İşleri D. Başkanlığına	Yeni İşleri ve Özellikler ve Evlilik Evrakı
13 KASIM 2008	Sayı: 52477

İst. Üni. Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı	
Sayı:	5716
Tarih:	16.11.2008



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

30 ARALIK 2008

Sayı : B.30.2.MAR.0.72.00.00- 18783
Konu : Zehra ESKİMEZ

İstanbul, .. / .. / 2008

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : İstanbul Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı'nın 12.11.2008 tarih ve B.30.2.İST.0.72.00.00/5495-54243 sayılı yazımız.

Üniversiteniz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr.Rengin ACAROĞLU'nun sorumluluğunda doktora eğitimine devam eden Zehra ESKİMEZ'in "Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları" başlıklı tez çalışmasını yapması Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'na uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Muzaffer DARTAN
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ	
Öğrenci İşleri D. Başkanlığına Gönderilmiştir	Yazı İşleri ve Genel Evrak Md. Gelen Evrak
05 OCAK 2009	Sayı : 298

İst. Ünl. Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
Sayı: 119
Tarih: 06.01.09

Ek 4: Bakım Değerlendirme Ölçeği (Assessment Questionnaire-Care-Q) Kullanım İzni

zehraeskimez - Yahoo! Mail Sayfa 1 / 1

Hi, Zehra | Sign Out | Options | Help Upgrade to Safer IE8 | Go Mobile | My Y! | Yahoo!

Search

Re: About Care-Q

Hide Details

Monday, April 21, 2008 11:25 PM

FROM: Pal Larson

TO: Zehra Eskimez

CC: Mei-Hue Lee

Dear Ms. Eskimez:

Thank you so much for your interest in my work on caring. I will try to help you get the information you have requested. Unfortunately, I do not have a copy of the CARE/Q that I can e-mail you (I do have a hard copy that I can send to you by regular mail), also, I have a new printer that also allows scanning—and I'll try to learn that approach. However, for the moment, my best suggestion is to review the materials in Dr. Jean's Watson's book, *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science* (Springer, 2002/2nd Edition due in Sept, 2008)

In addition I am going to forward the work on updating of the CARE/Q by my very gifted colleague Dr. Mei Hua Lee, who might have the abilities to send you a copy of the original CARE/Q as well.

I so hope all these ideas will work in getting the materials you need. Please contact me if you need further help. Again, I so appreciate your interest in my work.

Sincerely, Patricia J. Larson, RN, DNSc, FAAN
Professor Emeritus, University of California, San Francisco.

----- Original Message -----
From: Zehra Eskimez
To: sonomapat@vcom.com
Sent: Monday, April 21, 2008 5:04 AM
Subject: About Care-Q

Dear Larson,

I am working as an assistant at Istanbul University Florence Nightingale College of Nursing in Turkey. I found your email address in Nursing and Health Sciences web site. I am interested in your "Caring Assessment Questionnaire (Care-Q)".

If you let me, I want to use this questionnaire in my doctoral dissertation. I will appreciate if you send me this questionnaire (particularly manual of Care-Q), and your research results about reliability and validity of questionnaire. I will be very pleased if you allow me to use this questionnaire in my research. Thank you very much courtesy.

Your sincerely,

Istanbul University
Florence Nightingale Nursing School
Fundamental of Nursing Department

Address: I Ü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Abide-i Hürriyet Caddesi
Şişli/İstanbul
Zip Code: 80270
Fax: D 212 224 48 60

M.S. C. Ph.D. Nursing Students
Zehra Eskimez

Be a better friend, newshound, and know-it-all with Yahoo! Mobile. [Try it now.](#)

Attachments

Modified CA...

Ek 5: Bakım Değerlendirme Ölçeği (Assessment Questionnaire-Care-Q)'nin Kapsam-İçerik Geçerliği İçin Görüşü Alınan Uzmanlar *

Doç. Dr. Rengin Acaroğlu (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Türkinaz Atabek Aştı (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Şule Ecevit Alpar (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Prof. Dr. Nezihe Beji (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Gülbeyaz Can (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Nevin Kanan (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Nurten Kaya (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Yard. Doç. Dr. Hatice Kaya (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Nursen Nahçıvan (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Sevim Savaşer (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Merdiye Şendir (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

Prof. Dr. Gülsün Taşocak (İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

* İsimler soyadına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	ZEHRA	Soyadı	ESKİMEZ
Doğ.Yeri	ADANA	Doğ.Tar.	08.05.1976
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	17350183604
Email	zehraeskimez@yahoo.com	Tel	05356791016

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yük.Lis.	Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları	2006
Lisans	Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2001
Lise	Adana Merkez Endüstri Meslek Teknik Lisesi	1993

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. Araştırma Görevlisi	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2006-.....
2. Araştırma Görevlisi	Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü	2002- 2006
3. Diyaliz Hemşiresi	Adana Başkent Üniversitesi Hastanesi	2002

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	Orta	iyi	66.250	
		Sayısal		Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı		47.089		50.439	53.789

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Excel, Power Point)	iyi
SPSS	İyi

Yayınlar:**Kitap Bölümü Yazarlığı:**

Kaya, H., Atar, N.Y., **Eskimez, Z.** (2012). Hemşirelik Model ve Kuramları. İçinde: Aştı T, Karadağ A. (Ed.), *Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Ulusal Hakemli Dergilerdeki Yayınlar:

Eskimez, Z., Alparıslan, N., Öztunç, G., Torun, S. (2005). Hemşirelerin Adana Sağlık Yüksekokulu Öğrencileri ve Öğretim Elemanlarının Klinik Uygulamalarına İlişkin Görüşleri, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8 (3)**, 30-39.

Eskimez, Z., Öztunç, G., Alparıslan, N. (2008). Lise Son Sınıfta Okuyan Kız Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğine İlişkin Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **15 (1)**, 58-67.

Eskimez, Z., Atar, N.Y. (2011). Postpartum Dönemde Annenin Değişen Günlük Yaşam Aktivitelerine Uyumunda Hemşirenin Rolü. *Sendrom Aktüel Tıp Dergisi*, **23 (4-6)**: 79-81.

Turan, N., Kaya, N., Kaya, H., Öztürk, A., **Eskimez, Z.**, Yalçın, N. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Bazı Değişkenler Açısından Konstipasyon Sorunları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **19 (3)**: 168-178.

Özel İlgil Alanları (Hobileri): Kitap okumak, seyahat etmek, müzik dinlemek.