

T.C
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA VE HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ
BAKIM ALGISI**

EBRU BEKMEZCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Serpil SÜ

KONYA-2019

T.C
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTA VE HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ
BAKIM ALGISI**

EBRU BEKMEZCİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Dr. Öğr. Üyesi Serpil SÜ

KONYA-2019

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **EBRU BEKMEZCİ**'nin “**Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya, Türkiye / 24/06/2019

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Serpil SÜ

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

İmza



Jüri Üyesi

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

İmza



Jüri Üyesi

Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

Gazi Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

İmza



Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 03/07/2019 tarih ve 13../05 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Enstitü Müdürü

İmza



APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled “*Individualized Care Perception of Patients and Nurses*” by “*Ebru Bekmezci*” that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of *Master of Science* in the Department of “*Nursing*” Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan

Konya, Turkey 24/06/2019

Principal Advisor

PhD. Lecturer Serpil SÜ

Necmettin Erbakan University

Faculty of Nursing

Signature



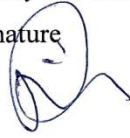
Examination Committee Member

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Necmettin Erbakan University

Faculty of Nursing

Signature



Examination Committee Member

Assoc. Prof. Zehra GÖÇMEN BAYKARA

Gazi University

Faculty of Health Sciences

Signature



This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences

Date and Signature



BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 24/06/2019

Ebru BEKMEZCİ

İmzası 

İNTİHAL RAPORU

← → C https://www.turnitin.com/_rtnb.asp?aid=81112968&lang=tr&session-id=c66662cd19908330d01a7b659065ca

Serpi SÖ | Kullanıcı Bilgisi | Mesajlar(1 yeni) | Öğretmen ▼ | Türkiye ▼ | Topluluk | Yardım | Çıkış

turnitin

Ödevler Öğrenciler Not Defteri Kütüphaneler Takvim Tarihçe Tercihler

GÖRÜNTÜLENİYOR ANASAYFA > EBRU BEKMEZCİ > EBRU BEKMEZCİ HASTA VE HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALIŞI

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklatılabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

Ebru Bekmezci Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştir...

GELEN KUTUSU | GÖRÜNTÜLENİYOR YENİ ÖDEVLER ▼

Dosyayı Gönder

Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirimlerini

BAZAR	BAKIM	BENZERLİK	PUANLA	CEVAP	DOĞRU	ÖDEV KİMLİĞİ	TARİH	
☐	Ebru Bekmezci	Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirimi...	%20	■	-	-	1147260287	26-May-2019

Dr. Öğr. Üyesi Serpil SÖ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca bilgi, deneyimi ile desteğini gördüğüm ve üzerimde büyük emekleri olan tez danışmanım değerli hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Serpil SÜ'ye,

Tez savunma sınavıma zaman ayırarak, beni onurlandıran hocalarım Sayın Prof. Dr. Filiz HİSAR ve Doç. Dr. Zehra GÖÇMEN BAYKARA'ya,

Hayatıma yaptığı katkıların yanı sıra, tezime verdiği katkılardan dolayı çok sevdiğim ablam Hediye KARAKOÇ'a,

Hayatım boyunca tüm sıkıntılara ortak ve bu günlere gelmemde sonsuz emekleri olan, desteklerini her zaman hissettiren canımdan kıymetli babam Abdulkadir BEKMEZCİ, annem Huriye BEKMEZCİ, eniştem Mustafa KARAKOÇ'a

Varlığıyla bana huzur ve mutluluk veren canım yeğenim Yusuf KARAKOÇ'a,

Sonsuz teşekkür ederim...

EBRU BEKMEZCİ

İÇİNDEKİLER

<i>İç Kapak</i>	<i>i</i>
<i>Tez Onay Sayfası</i>	<i>ii</i>
<i>Approval</i>	<i>iii</i>
<i>Tez Beyan Sayfası</i>	<i>iv</i>
<i>İntihal Raporu</i>	<i>v</i>
<i>Teşekkür</i>	<i>vi</i>
<i>İçindekiler</i>	<i>vii</i>
<i>Kısaltmalar Listesi</i>	<i>xi</i>
<i>Tablolar Listesi</i>	<i>xii</i>
<i>Özet</i>	<i>xiii</i>
<i>Abstract</i>	<i>xiv</i>
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hemşirelik Tanımı.....	3
2.2. Hemşirenin Rollerini.....	4
2.2.1. Eğitici Rolü.....	5
2.2.2. Araştırmacı Rolü.....	5
2.2.3. Yönetici Rolü.....	5
2.2.4. Karar Verici Rolü.....	6
2.2.5. Savunucu Rolü.....	6
2.2.6. İletişim ve Koordinatörlük Rolü.....	6
2.2.7. Rehabilitasyon Edici Rolü.....	7
2.2.8. Rahatlatıcı Rolü.....	7
2.2.9. Tedavi Edici Rolü.....	7
2.2.10. Kariyer Geliştirici Rolü.....	8
2.2.11. Özerk ve Sorumluluk Sahibi Olma Rolü.....	8

2.2.12. Danışman Rolü.....	8
2.2.13. Bakım Verici Rolü.....	8
2.3. Hemşirelik Bakımı.....	9
2.4. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı.....	11
2.5. Bakım Algısı.....	13
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	16
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	16
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	16
3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	17
3.4.1. Hastaların Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	17
3.4.2. Hemşirelerin Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	17
3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları.....	18
3.5.1. Hasta Bilgi Formu.....	18
3.5.2. Hemşire Bilgi Formu.....	18
3.5.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Hasta.....	19
3.5.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Hemşire.....	20
3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	21
3.6.1. Hasta Verilerinin Toplanması.....	21
3.6.2. Hemşire Verilerinin Toplanması.....	21
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	21
3.8. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.8.1. Bağımlı Değişkenler.....	22
3.8.2. Bağımsız Değişkenler.....	22
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	22
3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi.....	23
3.11. Araştırma Soruları.....	23

4. BULGULAR.....	24
4.1. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	24
4.2. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımına İlişkin Bulgular.....	28
4.3. BBS-B Hasta ve BBS-B Hemşire Ölçek Maddeleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	38
4.4. Hasta ve Hemşirelerin BBS-B Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	39
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	41
5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	43
5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	44
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	47
6.1. Sonuçlar.....	47
6.1.1. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algısına Yönelik Sonuçlar.....	47
6.1.2. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısına Yönelik Sonuçlar.....	47
6.1.3. Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısının Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar.....	48
6.2. Öneriler.....	48
7. KAYNAKLAR.....	49
8. EKLER.....	54
8.1. Ek: A Hasta Bilgi Formu.....	54
8.2. Ek: B Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta.....	56
8.3. Ek: C Hemşire Bilgi Formu.....	57
8.4. Ek: D Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire.....	59
8.5. Ek: E Gönüllü Bilgilendirme Formu(Hemşireler İçin).....	60
8.6. Ek: F Gönüllü Bilgilendirme Formu (Hastalar İçin).....	61

8.7. Ek: G Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı	62
8.8. Ek: H Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni	63
8.9. Ek: I Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası İzinleri	64
9. ÖZGEÇMİŞ.....	65

KISALTMALAR LİSTESİ

ANA: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Konseyi)

THD: Türk Hemşireler Derneği

BBS: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası

BBS-A: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A Bölümü

BBS-B: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası B Bölümü

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. BBS-B Hasta Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Cronbach Alpha Değerleri.....	19
Tablo 3.2. BBS-B Hemşire Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Cronbach Alpha Değerleri.....	20
Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	24
Tablo 4.1.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	25
Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	26
Tablo 4.1.4. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	27
Tablo 4.2.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımı.....	29
Tablo 4.2.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımı.....	31
Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımı.....	33
Tablo 4.2.4. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımı.....	35
Tablo 4.3.1. Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları: BBS-B Hasta ve BBS-B Hemşire	38
Tablo 4.4.1. Hasta ve Hemşirelerin BBS-B Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39

ÖZET

T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı

Ebru Bekmezci

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, bakımda olumlu sonuçlar elde edebilmek için hizmet verilen bireylere özel tasarlanmış hemşirelik faaliyetleri olarak tanımlanmıştır. Hemşirelik bakımı hasta ve hemşire arasında kurulan özel bir ilişki sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bakımın hasta ve hemşire tarafından değerlendirilmesi bakımın etkin bir şekilde verilmesine yönelik yapılacak planlamalarda yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı türde yapılan araştırma, Konya İl'i Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde dahiliye ve cerrahi kliniklerinde Ağustos 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. 240 hasta ve 60 hemşire ile yapılan araştırmanın verileri Hasta Bilgi Formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta, Hemşire Bilgi Formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Lilliefors'lu Kolmogorov Smirnov testi ve normal dağılım eğrisi, Skewness ve Kurtosis testi, Güvenilirlik testi, t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U, Çoklu Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırmada hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B ölçeği toplam puan ortalamaları 4.35 ± 0.67 , hemşirelerin ise 3.88 ± 0.90 olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim durumu, çalışma durumu ve hemşirelik bakımını yeterli bulma durumları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Hemşirelerin ise çalışma şekli ve hemşirelik bakımını yeterli bulma durumları ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Sonuç olarak hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuş olup bireyselleştirilmiş bakım algısının hasta ve hemşireye ait özelliklerden etkilendiği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Bakım Algısı; Bireyselleştirilmiş Bakım; Hasta; Hemşire.

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY

NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY

HEALTH SCIENCES INSTITUTE

Individualized Care Perception of Patients and Nurses

Ebru Bekmezci

Department of Nursing

MASTER'S THESIS / KONYA-2019

Individualized nursing care is defined as nursing activities designed specifically for the individuals who serve to achieve positive results in care. Nursing care results from a special relationship between the patient and the nurse. Therefore, it is thought that the evaluation of the care by the patient and the nurse will guide the planning of effective care. This study was conducted to evaluate the individualized care perception of patients and nurses.

The descriptive research was carried out between August 2018 and January 2019 in the internal and surgical clinics of Meram Medical Faculty Hospital of Konya Province. Data of 240 patients and 60 nurses were collected by using Patient Information Form, Individualized Care Scale-B-Patient, Nurse Information Form, Individualized Care Scale-B-Nurse. In the evaluation of the data, Lilliefors Kolmogorov-Smirnov test and normal distribution curve, Skewness and Kurtosis test, Reliability test, t-test, One-Way Variance Analysis, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U, Multiple Regression Analysis were used.

In the study, the mean total score of the patients with BBS-B scale was 4.35 ± 0.67 , and the nurses were 3.88 ± 0.90 . It was determined that there was a significant relationship between educational status, working status and finding adequate nursing care and individualized care perceptions of the patient ($p < 0.05$). On the other hand, it was found that there was a significant relationship between nurses working style and finding nursing care adequately and nurses perception of individualized care ($p < 0.05$). As a result, it was found that the individualized care perception of the patients was higher than the nurses, and it was determined that the individualized care perception was affected by the characteristics of the patient and the nurse.

Key Words: Individualized Care; Nurse; Patient; Perception of Care.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Topluma hizmet veren hemşirelik mesleğinin sağlığı korumak, geliştirmek ve bakım vermek gibi birçok amacı vardır. Hemşirelik mesleği birçok faktöre bağlı olarak değişim ve gelişim süreci yaşamış olsa da değişmeyen tek rolü bakım verme hizmetidir (Öztunç 2013; Gedük 2018). Hemşireliğin amacına uygun olarak bakım verme hizmetini yönlendiren ise hemşirelik felsefesidir (Babadağ 2010). Hemşirelik felsefesi, mesleğin amacına uygun olarak bakım verme, destekleme, iyileştirme ve rehabilitasyon hizmetleri için gereken değerler, amaçlar ve kararlardan oluşur (Özkan ve Bilgin 2016). Hümanizm ve holizme dayanan çağdaş hemşirelik felsefesinde birey; onuru, inançları, değerleri, istekleri, tercihleri ile bireyselliğini oluşturmaktadır. Çağdaş hemşirelik yaklaşımı, hümanizm akımının önem kazanmasıyla hemşirelik uygulamalarına yön veren bireyselliğin değerinin anlaşılması sonucu ortaya çıkmıştır (Babadağ 2010).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, bakımda olumlu sonuçlar elde edebilmek için hasta bireylere özel tasarlanmış hemşirelik faaliyetleri olarak tanımlanmıştır. Bireye özgü bakım ya da bireyselleştirilmiş bakım kavramları hasta bireyin duyguları, değerleri, inançları, kültürel beklentileri ve algılarına göre hemşirelik bakımının sunulmasıdır (Radwin ve Alster 2002; Can ve Acaroğlu 2015). Bireyselleştirilmiş bakım, hastaların bireysel özelliklerini, kişisel tercihlerini ve gereksinim olarak gördükleri kültürel beklentileri dikkate alır (Suhonen ve ark. 2011b). Bireyselleştirilmiş bakımın etkilerine bakıldığında zaman hasta ve hemşireler üzerinde olumlu etkileri vardır. Hemşirelik bakım kalitesini artırarak hasta memnuniyetine katkıda bulunur (Suhonen ve ark. 2011a; Can ve Acaroğlu 2015; Yıldız ve ark. 2018). Hastaların bakıma katılmalarını sağlayarak hasta özerkliğini artırır (Ceylan 2014; Köberich ve ark. 2016; Yıldız ve ark. 2018). Ayrıca bireyselleştirilmiş bakımın hemşirelerde iş doyumunu ve motivasyonu arttırdığı da belirtilmektedir (Yıldız ve ark. 2018). Yapılan çalışmalar hasta ve yakınlarının ihtiyaçlarını karşılamak için bireyselleştirilmiş, bütüncül bakımının gerekliliğini belirtmektedirler (Idvall ve ark. 2012; Rasooli ve ark. 2013; Papastavrou ve ark. 2015; Karayurt ve ark. 2018). Bireyselleştirilmiş bakım, sadece hastaların kişisel özellikleri

doğrultusunda hemşirelik girişimlerinin uygulanması değil, aynı zamanda bakım verilen hasta birey ve hemşirenin de bu bireysel yaklaşımı algılayıp, ne anlama geldiği konusunda benzer bir anlayışa sahip olmalarını gerektirir (Suhonen ve ark. 2011a). Hastaların, bakımlarındaki bireyselliğini destekleyen hemşirelik girişimlerinin farkına vardıkça, kendilerine verilen bakımdaki bireyselliği de o kadar fazla algıladıkları belirtilmektedir (Acaroğlu ve ark. 2007). Rose (2016)'un, yaptığı çalışmada bireysellik bakıma dahil edildiği zaman hasta ve hemşireler tarafından algılandığı ve bakım girişimlerinin farklı yönlerine vurgu yaptıkları görülmektedir. Farklılıklar arasında özellikle hemşirelerin daha çok bakım odaklı oldukları belirtilmektedir (Rose 2016). Bakım sürecinde hemşire ve hasta arasında karşılıklı ilişki olduğundan hemşirelik bakımının hemşireler ve hastalar tarafından değerlendirilmesi hemşirelik bakımının etkin bir şekilde verilmesine katkı sağlayacaktır (Kurşun ve Kanan 2012).

Günümüzde, hemşireliğin temel ve bağımsız işlevi olan bireyselleştirilmiş bakımın, hemşirelerin ve hastaların bakış açısından değerlendirilmesine ve bu bakış açısını etkileyen faktörlerin incelenmesine verilen önem giderek artarken (Karaöz 2005; Suhonen ve ark. 2011a; Karayurt ve ark. 2018) bu konudaki çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını ayrı ayrı değerlendiren çalışmalar olmasına karşın birlikte inceleyen çalışma sonucuna rastlanmamıştır (Land ve Suhonen 2009; Suhonen ve ark. 2010a; Suhonen ve ark. 2010b; Koçak 2014; Yiğitbaş ve Deveci 2014; Can 2015; Ceylan ve Eser 2016; Karayurt ve ark. 2018). Ülkemizde hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını birlikte inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu doğrultuda çalışma hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Tanımı

Sağlık çalışanları içinde en büyük grubu oluşturan ve hasta ile en çok zaman geçiren hemşireler, hastanın ihtiyaçlarını belirleyip bakımı planyan, uygulayan ve değerlendiren meslek grubudur (Tilev ve Beydağ 2014). Hemşirelik mesleği birey, aile ve topluma sunulan bir hizmet olup, bireylerin sağlık düzeylerinin korunmasında, geliştirilmesinde ve hastalık durumlarında ise iyileştirilmesinde sorumlulukları vardır (Ay 2013; Eşer ve ark. 2017). Hemşirelik mesleği, bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel yönleriyle ilgilenen sağlık bilimi ve sanatıdır. Modern hemşireliğin ortaya çıktığı zamandan bugüne dek mesleğin görev, yetki ve sorumlulukları üzerinde sürekli düşünülerek bir sonuca varılmaya çalışılmıştır (Pektekin 2013).

Hemşirelik mesleği, teorisyenler tarafından tarih boyunca çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Hemşireliğin 20. yüzyıldan bu yana en çok beğeni bulan tanımını Virginia Henderson, “bireyin iyilik haline ve bağımsızlığına kavuşmasına yardım eden dinamik güç” olarak yapmıştır. Hemşireliğin Dünya’da ki meslekleşme sürecine bakıldığında yapılan tanımlarında buna paralel gittiği görülmektedir (Öz 2010).

ICN’e göre “hemşire, temel hemşirelik eğitimi programını bitirmiş ve ülkesinde hemşirelik yapmak için resmi kurumlar tarafından yetkilendirilmiş kişidir. Hemşirelik, her yaştan, her aileden, her toplumdaki hasta ve yakınlarının tüm ortamlarda bakım ihtiyaçlarını karşılar. Hemşirelik, sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve hastalık geliştiği durumda ise iyileştirilmesini içerir” şeklindedir (ICN 2019).

Türk Hemşireler Derneği 1981 yılında yaptığı tanımda ise hemşireliği; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik olarak bakımı planlayan, uygulayan ve değerlendiren sağlık disiplini” şeklinde tanımlamıştır (Ay 2013).

ANA’ya göre hemşirelik uygulamaları hem sanatsal hem de bilimsel olarak yorumlanabilir. Hemşireler nerede olursa olsun, bireyin ihtiyaçlarını

karşılamak ve korumak için yorulmadan çalışırlar. Sürekli olarak toplumun ihtiyaçlarını ele almak için gelişip değişime uğrayan oldukça uzmanlaşmış bir meslektir. Hemşireler, hemşirelik sürecini kullanırken hastayı bütüncül olarak ele alırlar. Objektif verileri hastanın biyolojik, fiziksel ve davranışsal ihtiyaçlarının öznel deneyimleri ile bütünleştirmek için öz kararlarını kullanırlar. Böylelikle bireylerin mümkün olan en iyi bakımı almalarını sağlarlar (ANA 2019).

Hemşirelik, kaynağını insan gereksinimlerinden almasından dolayı mesleğin başlangıcı da insanın var olduğu zamana dayanmaktadır. Bu sebeple insanın varoluş sürecinden bu güne dek yaşanan tüm değişimler hemşirelik mesleğinde de değişime sebep olmuştur (Öztunç 2013). Günümüze kadar yaşanan sosyal, kültürel, bilimsel ve sağlık bakımındaki değişimler, hemşirelerin profesyonel yaklaşımlarındaki anlayış ve uygulamaları üzerinde etkili olmuştur (Pektekin 2013; Görüş ve ark. 2014). Zamanla sorumluluklarını artırarak, hekimlere bağlı olan meslekten, özerk bir mesleğe, hastalık odaklı meslekten sağlığa odaklı bir mesleğe dönüşmüş ve gelişmiştir. Günümüzde artık hemşireler bakım vermenin yanı sıra araştırma yapma, teori geliştirme, bilgi yükünü artırma, etik kodlarını oluşturma, mesleki örgütlere üye olma gibi profesyoneller tarafından yapılan işlevleri gerçekleştirir konuma gelmişlerdir (Görüş ve ark. 2014).

2.2. Hemşirenin Roller

Hemşirelikte rol, mesleğe uygun olarak beklenen davranışların tümü şeklinde tanımlanabilir (Alpar 2009). İnsanlığın varoluşundan itibaren değişime uğrayan hemşirelerin bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılarlarken üstlendikleri ve gerçekleştirdikleri çeşitli roller ortaya çıkmıştır. Bu roller, hemşireliğin profesyonel bir uğraş konumuna gelmesini sağlamıştır (Yılmaz ve ark. 2017). Çağdaş hemşirelik rollerin de artık hemşireler, diğer sağlık disiplinleriyle ekip olarak işbirlikçi, yarı bağımlı, destekleyici veya bağımsız olarak rol ve sorumluluklarını yerine getirmektedirler (Alpar 2009).

2.2.1. Eğitici Rolü

Bireylerin sağlığına ve ihtiyacına yönelik bilgi eksikliklerini belirleyerek planlı şekilde eğitim vermek, hemşireliğin temel rollerindendir (Gedük 2018). Hemşire verdiği eğitim ile hastalıkların önlenmesi, sağlığın korunması ve hastalık durumunda ise bireylerin iyileştirilmesi ve rehabilitasyonu amaçlamaktadır. Hemşireler sağlıklı ve hasta bireye, aileye topluma eğitimler verir (Ay 2013; Öztunç 2013). Verilen eğitim sonrası bireyin anlayıp anlamadığını değerlendirmek, en üst düzeyde yararlanmasını sağlamak, kullanılacak eğitim yöntem ve materyallerini belirlemekte hemşirenin görevleri arasındadır (Özpulat 2010). Bunların yanı sıra, meslektaşlarının, öğrenci hemşirelerin, diğer sağlık ekibi üyelerinin ve sağlık kurumlarında temizlik ve destek hizmetlerini yürüten personelin de eğitiminden hemşireler sorumludur (Ay 2013).

2.2.2. Araştırmacı Rolü

Hemşireler araştırmacı rolü kapsamında çeşitli araştırmalar yaparak mesleğe özgü bilimsel bilgi birikimini artırıp, hemşirelik mesleğini geliştirir ve bu sayede bakımın daha etkili, verimli sunulmasına katkı sağlar (Ay 2013; Gedük 2018). Kanıta dayalı bakım için araştırmalara ihtiyaç olup, aynı zamanda bakım ve hizmet bilimsel bilgilere dayandırılmış olur (Ay 2013). Hemşireler, hemşirelik mesleğinin alt dalları içinde diğer meslek üyelerinden bağımsız şekilde araştırmalar yapabilirken, disiplinler arası ekip çalışmalarının içinde de yer alabilmektedirler (Öztunç 2013).

2.2.3. Yönetici Rolü

Hemşirenin yönetici rolü öncelikle bakımının yönetilmesini kapsar (Ay 2013; Öztunç 2013). Bu rolün bakım, eğitim ve iletişim gibi yönleri bulunmaktadır. Bakım, eğitim ve iletişim kapsamındaki yönetim etkinliklerinin süreçlerini belirlemek hemşirelere ait olduğu için bu rolün özerklik düzeyi yüksektir (Taylan ve ark. 2012). Hemşirelerin klinik işleyişindeki yönetici rollerine bakıldığında ise bazen özerk bazen de kurum kurallarının veya klinik yöneticilerinin talimatlarının aktarıcısı pozisyonundadır (Ay 2013). Bu rolü kapsamında hemşirenin klinik uygulama ortamlarındaki kaynakların yönetimini

sağlama, çeşitli faaliyetlerin organizasyonunu düzenleme, ekip üyelerinin işlevlerini koordine etme gibi görevleri de bulunmaktadır (Öztunç 2013; Gedük 2018).

2.2.4. Karar Verici Rolü

Karar verici rol çerçevesinde hemşire, bireyin tıbbi durumunu, onun ve yakınlarının beklentilerini ve olanaklarını, diğer ekip üyelerinin görüşlerini ve yaklaşımını dikkate alarak bakım sürecini biçimlendiren bir düşünsel süreç gerçekleştirmektedir (Taylan ve ark. 2012; Öztunç 2013). Hemşire bu rolünde, bireyi bilgilendirdikten sonra kendisinin özerk olarak karar vermesini, aldığı kararları uygulamasını ve ortaya çıkan sonuçları üstlenmesini desteklemektedir. Hasta bireyin özerk biçimde karar alamayacağı durumlarda ise; hastanın sahip olduğu değerleri göz önüne alarak ve yakınları ile iş birliği içinde, hastanın olası isteklerine uygun kararlar alıp uygulamalıdır. Bu rol mesleğin profesyonel bağımsızlığını sağlayan en önemli rollerindendir (Gedük 2018).

2.2.5. Savunucu Rolü

Savunucu rolü kapsamında hemşire, hizmet sunduğu bireyin kendi durumu ile ilgili yeterli bilgi almasını sağlayarak istekleri doğrultusunda haklarının korunmasına ve kendini ifade etmesine yardımcı olmaktadır. Bakım ve tedavi süreçleriyle ilgili hastanın bilgilendirilmesi, gereksiz uygulamaların önlenmesi, her durumda hastanın yararına uygun olarak çalışılması gibi faaliyetleri yerine getirerek de savunucu rollerini gerçekleştirmektedirler (Taylan ve ark. 2012; Öztunç 2013; Gedük 2018). Hasta haklarının korunmadığı durumlarda hemşireye savunma sorumluluğu veren bu rol karar verici rolünde olduğu gibi özerkliği içinde barındırmaktadır. Bu rol, içinde insan hakları ve hasta haklarını barındırması nedeniyle hasta özerkliğine saygı ve zarar vermeme etik ilkeleri ile de bağlantılıdır (Taylan ve ark. 2012).

2.2.6. İletişim ve Koordinatörlük Rolü

İletişim ve koordinatörlük rolü tüm hemşirelik rolleri içinde merkezde yer alır. Çünkü hemşire iletişim rolü ile hastayı, ailesini doğru anlamak ve onların da kendini doğru ifade etmesini sağlamak için iletişim becerilerini

başarıyla kullanılmalıdır (Öztunç 2013; Gedük 2018). Hemşirelik mesleği gereği hemşireler hasta ve yakınları, meslektaşları, diğer sağlık profesyonelleri ve toplumdaki diğer bireyler ile sürekli iletişim içindedir. Bu süreçte diğer sağlık ekip üyeleriyle sağlayacağı etkili iletişim ile bireyin daha iyi bakım almasına katkı sağlamaktadır (Taylan ve ark. 2012; Gedük 2018).

2.2.7. Rehabilit Edici Rolü

Rehabilit edici rolü kapsamında hemşire; kaza veya hastalık gibi sebeplerle kayıplara uğrayan bireyin değişen sağlık durumuna ve yeni yaşam şartlarına en üst düzeyde uyum sağlayabilmesi için bireye ve yakınlarına destek sunmaktadır (Taylan ve ark. 2012; Öztunç 2013; Gedük 2018). Kaybolan işlevlerini en üst düzeyde kazandırmayı amaçlayarak, günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırarak ve psikolojik destek vererek hastanın özerkliğini en üst seviyeye çıkarmayı hedefler (Taylan ve ark. 2012; Gedük 2018).

2.2.8. Rahatlatıcı Rolü

Rahatlatıcı rolü çerçevesinde hemşire; tedavi ve bakım uygulamaları esnasında hastanın ihtiyaçlarını belirleyerek giderilmesi, özellikle gereksinimlerini kendi olanaklarıyla karşılayamayacak olanları desteklemesi gerekmektedir (Taylan ve ark. 2012; Gedük 2018). Klinik ortamların hastanın ihtiyaçlarına ve alışkanlıklarına uygun şekilde düzenlenmesi, hasta bireyler için bir hak olup bu hakkın sağlanması ve yerine getirilmesi de hemşirelerin rolleri arasında yer almaktadır (Taylan ve ark. 2012).

2.2.9. Tedavi Edici Rolü

Tıbbi tanının belirlenmesi ve tedavisi hekimin sorumluluğunda olup, hemşireler hekimler tarafından belirlenen tedavinin uygulanmasında görev alırlarken ilaç dışı tedavilerde bağımsız görev alırlar (Öztunç 2013). Günümüzde hemşireliğin bu rolünde önemli gelişmeler ve değişimler olmuştur. Amerika Birleşik Devleti, Yeni Zelanda, Avustralya ve İrlanda gibi bazı ülkelerde yapılan yasal düzenlemeler ile hemşirelerin kendi uzmanlık ve yetkinlik alanları çerçevesinde reçete yazabilmelerinin yolu açılmıştır. Bu sayede hemşirelerin

tedavi edici rolü farklı bir boyut kazanma eğilimindedir (Taylan ve ark. 2012; Gedük 2018).

2.2.10. Kariyer Geliştirici Rolü

Kariyer geliştirici rol, hemşirelerin bağımsız rollerinden olup hemşirelik mesleğine güç kazandırmaktadır (Öztunç 2013; Gedük 2018). Bakım ve tedavi uygulamalarının daha etkili olmasının yolu hemşirelerin kendilerini ve kariyerlerini iyi bir şekilde geliştirmesine bağlıdır. Hemşireliğin profesyonelleşmesi, hemşirelik eğitiminin en az lisans düzeyinde olması ve mesleki çalışma olanaklarının genişlemesi ile ilgilidir (Gedük 2018). Hemşirelerin mesleki gelişimlerini sağlamaları ise meslekte güç birliğine ulaşmaları ve ortak bir çatı altında hareket etmelerine bağlıdır. Meslek üyelerinin farkındalık göstererek meslek örgütlerine üye olması, söz konusu hareketin gerçekleşmesi açısından önemlidir (Taylan ve ark. 2012).

2.2.11. Özerk ve Sorumluluk Sahibi Olma Rolü

Hemşirelik mesleği için özerklik, hemşirelerin yaptıkları uygulamadaki bağımsızlığı ve bakım uygulamaları için kendi karar alabilme yeteneğidir. Hemşirelerin etkili bakım sunabilmesi için özerkliğe sahip olması gerekmektedir (Dikmen ve ark. 2016).

2.2.12. Danışman Rolü

Hemşire hasta ve yakınlarına özel olarak durum ile ilgili bilgilendirme, ihtiyaçlarını karşılayacak gerekli kaynakların kullanımı için yönlendirme yaparak danışmanlık rolünü yerine getirmektedir (Gedük 2018). Danışmanlık rolünde hemşire iletişim ve eğitici rollerini de yerine getirdiği için bu roller ile iç içedir (Taylan ve ark. 2012).

2.2.13. Bakım Verici Rolü

Bakım verici rol, hemşirelerin geleneksel uygulamaları içinde hemşirelik rollerinin temelini oluşturur (Koçak ve ark. 2014). Geçmişten günümüze kadar hemşireliğin işlev ve rollerinde değişim ve gelişim yaşanmış olsa da değişmeyen tek rolü bakım verme hizmetidir (Baykara 2014; Gedük 2018). Çağdaş

hemşirelik rolleri arasında yer alan bakım verici rol, hemşirelerin özerkliklerini en güçlü hayata geçirdikleri rolleridir (Taylan ve ark. 2012; Yılmaz ve ark. 2017). Modern hemşirelik rollerinin bu rolden türeyerek geliştiği düşünülmektedir (Koçak ve ark. 2014). Hemşire bu rolünde, bireylerin bakım ihtiyaçlarını kendisi ve ailesi ile iş birliği yaparak belirleyip, yerine getirmektedir (Koçak ve ark. 2014; Tekin ve Fındık 2015; Yılmaz ve ark. 2017). Hemşireliğin temel rolü olarak kabul edilen bu rolünde hastayı bir bütün olarak değerlendirerek, hastaya özgü bakım planı oluşturmakta, uygulamakta ve değerlendirmektedirler (Öztunç 2013; Gedük 2018). Bu süreçte hemşire, hastası ile karşılıklı iletişim içinde olmalı, verdiği kararların sorumluluğunu almalı ve hastanın hakları için savunucu rolü üstlenmelidir (Baykara 2014). Hemşireler verdikleri kaliteli ve etkin bakımla, hastanede yatış süresini ve bunun yol açacağı iş gücü kayıplarının azalmasını sağlayabileceklerdir (Koçak ve ark. 2014; Yılmaz ve ark. 2017).

2.3. Hemşirelik Bakımı

Bakım, insanların varoluşlarından itibaren gereksinim duyduğu, insan özünün bir ürünüdür. Bu nedenle insanlığın vazgeçilmez temel yapı taşıdır (Baykara 2014). Bakım kavramı uzun zamandan beri literatürde olmasına rağmen, kavram ile ilgili çalışmalar 90'lı yıllara kadar dayanmaktadır. Bu yıllardan itibaren bakım kavramının önemi artarak daha detaylı ele alınıp, eleştirel olarak üzerinde düşünölmeye başlanmıştır (Altıok ve ark. 2011). Roach bakım kavramının analizi yaparak karakteristik özelliklerini 5 C maddesinde toplamıştır. Bu özellikler İngilizce C harfi ile başlamaktadır.

- Compassion (Şefkat): Karşıdaki bireye karşı empati yapabilmek
- Competence (Yeterlilik): Mesleki bilgi ve beceri gerektirmesi
- Confidence (Güven): Karşılıklı güven ilişkisi
- Conscience (Vicdan): Profesyonelce ve gerektiği gibi bakım verebilmek
- Commitment (Söz vermek): Bakım verenlerin bakım alanlara karşı üstlendiği sorumluluk (Baykara 2014).

Morse ve arkadaşları ise beş boyutta bakımı ele almışlardır. Bu boyutlar; kişilerarası etkileşim, insani bir özellik, ahlaki bir gereklilik, tedavi etkinliğini destekleyici bir faktör ve bir etki biçimidir (Reed ve ark. 2004). Bakımın bu özelliklerine bakıldığı zaman karşılıklı kişilerarası bir süreç olması ön plana çıkmaktadır.

Bakım başka birilerine verilmesi gereken bir sorumluluk olduğunda bunu yapabilecek bir de profesyonel mesleğe ihtiyaç duyulmaktadır. Bakımı mesleki disiplin olarak gören meslek grubu ise hemşireliktir. Hemşirelik bakımı hemşirelik ile bakım kavramının daha özel bir nitelik kazanmış halidir ve hemşirelerin mesleğe özgü en temel rolüdür (Baykara 2014). Hemşirelik bakımı kişinin sağlığı yerindeyken kendi olanaklarıyla gerçekleştirdiği ancak hastalık sürecinde karşılayamadığı gereksinimlerini karşılama etkinliklerini ifade eder (Taylan ve ark. 2012; Aştı ve Karadağ 2013). Hemşirelik bakımı incelendiğinde fiziksel, sosyal, manevi ve psikolojik boyutları olduğu görülmektedir. Hemşire tüm bu boyutlarda bireyleri değerlendirerek bütüncül bakım sunmuş olur (Baykara 2014). Yapılan çalışmalar, hasta merkezli hemşirelik bakımı uygulanmasının hastaların ve hemşirelerin bakım memnuniyetini artırdığını göstermektedir (Bayraktar ve Eşer 2017; Kol ve ark. 2017; Gül ve Dinç 2018).

Hemşirelik bakım kavramı incelendiğinde hemşirelik teorilerinde farklı farklı yorumlandığı görülmektedir. Bunlardan bazıları;

Nightingale, hemşirelik bakımının etkilerini göstermek için istatistik kullanan ilk araştırmacıdır. Çevrenin önemini vurgulayan ilk teorisyen olup çevreyi hastalığı ortaya çıkaran ana etken olarak belirtmiştir. Hemşirelik bakımının amacını ise hastanın iyileşme sürecine yardım ederek sağlığın yeniden kazanılmasını sağlamak olarak ifade etmiştir (Sabuncu ve İlhan 2009; Ay 2013).

Peplau, kuramını davranış bilimlerinden yararlanarak geliştirmiştir. Olayların ve duyguların psikolojik anlamlarını hemşirelik girişimleri içinde açıklamıştır. Hastayı hastalıktan kurtarmada hemşireye sorumluluk vererek, kuramını hasta ve hemşire arasındaki ilişkiye temellendirmiştir (Sabuncu ve İlhan 2009; Ay 2013).

Henderson ise toplumun hemşireden profesyonel bakım beklediğini ifade etmektedir. Hemşirenin hastasını fiziksel, psikolojik, kültürel ve sosyal yönden

ele alarak bakım gereksinimlerini karşıladığını belirtmektedir (Ay 2013; Birol 2013; Baykara 2014).

Watson'a göre bakım, hemşireliğin temeli ve birleştirici odak noktasıdır. Bakımı, sanat ve bilim yönüyle ele almıştır. Bakımın hemşire ve hasta arasındaki ilişkiden geliştiğini ve karşılıklı olarak bu süreçten yararlandıklarını ifade etmektedir (Altıok 2011; Ay 2013).

Leninger bakımı, hemşirelik ve antropolojideki çalışmalara temellendirmiş olup, hemşirelik mesleğinin temeli olarak ifade etmiştir. Gereksinimi olan bireylere ihtiyaçlarının giderilmesi doğrultusunda desteklemeyi ve yardım etmeyi kapsadığını ifade etmektedir (Altıok ve ark. 2011; Ay 2013; Birol 2013; Baykara 2014).

Yapılan tanımlarda da belirtildiği gibi bakım, en az iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile başlayan ve gelişen, bilimsel, etik, ahlaki ve profesyonel, bireyselleştirilmiş kişilerarası bir süreçtir (Can ve Acaroğlu 2015). Hemşirelik bakımı doğası gereği hasta hemşire etkileşimine dayalıdır (Baykara 2014; Bayraktar ve Eşer 2017). En basit bir uygulamada bile birey ile hemşire arasında bir etkileşim olur (Yalçın ve Aştı 2011). Hemşire uyguladığı hemşirelik girişimlerinde hasta bireyi etkilerken aynı zamanda kendi de hasta bireyden etkilenir. Etkin ve kaliteli bir hemşirelik bakımı da bu etkileşimin sağlam temeller üzerine kurulmasına bağlıdır (Bayraktar ve Eşer 2017). Hemşirelik felsefesinin temelinde insan; onuru, inançları, değerleri, istekleri ve tercihleri ile en yüce varlık olarak kabul edilir. İnsanın bu kişisel özellikleri ve inançları hemşirelerin verdiği bakım eylemlerini yönlendirir. Hemşire hasta bireye verdiği bakım sırasında girdiği etkileşimde; bireyin eşsizliğine ve bireyselliğine önem vermelidir (Can ve Acaroğlu 2015; Bayraktar ve Eşer 2017).

2.4. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı

Bireyselleştirilmiş bakım kişinin diğer bireylerden farklı ve eşsiz bir birey olarak kabul edilmesidir. (Suhonen ve ark. 2011a; Idvall ve ark. 2012). Hemşirelik mesleği için 1970'li yıllarda özel bir anlam kazanmaya başlayan ve hemşirelik mesleğinin evrensel bir yaklaşımı olan bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik felsefesinin temelini oluşturmaktadır (Ceylan 2014). Kişiyi

özel ya da bireyselleştirilmiş olarak tanımlanan bu süreç, hasta bireyin değerlerini anlamayı, önemsemeyi ve kabul etmeyi gerektirir. İnsanın bireyselliğine ve bütünlüğüne olan inancının bakım uygulamalarında hayata geçirilmesidir (Can ve Acaroğlu 2015). Aynı zamanda bireyselleştirilmiş bakım hasta birey ve yakınlarının gereksinimlerini, onların yaşamışlıklarını, inançlarını ve değerlerini göz önüne alarak birey ile iş birliğiyle sağlanan bakım olarak da tanımlanmaktadır (Tekin ve Fındık 2015; Yılmaz ve ark. 2017).

Hemşirelik; hasta bireyin, ailesinin ve toplumun bakım ile ilgili ihtiyaçlarını bütünsel ve hümanistik bir yaklaşımla tanımlamayı ve tedavi etmeyi amaçlayan bir sağlık disiplini. Sağlık, hastalık ve ihtiyaç açısından bireysel farklılıklar, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını gerekli kılmaktadır (Yıldız ve ark. 2018). Hemşirelik uygulamalarında bireyselleştirilmiş bütüncül bakım hastanın bireyselliğinin korunması için yapılan, ahlaki boyutu da olan bir olgudur (Erer ve ark. 2017). Bakım süresince hastaya odaklanılmasının temel nedeni, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını desteklemektir. Ayrıca hastalar arasındaki bireysel farklılıklar bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Rasooli ve ark. 2013; Can ve Acaroğlu 2015). Bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımını benimseyen hemşireler; hastaların eşsiz birer birey olduklarının farkındadırlar (Suhonen ve ark. 2011a; Ceylan 2014). Hastaların bakımı ve tedavisi esnasında hemşireler hastaya ne kadar çok odaklanırsa, o kadar çok bireyselleştirilmiş bakım vermiş olurlar. Bireyselleştirilmiş bakım, hastaların bireysel özelliklerini ve kararlarını dikkate alarak hastanın da bakıma katılımını sağlar (Suhonen ve ark. 2011a). Kaliteli hasta bakımı sunmanın temel noktası iş merkezli yaklaşımdan çok hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesidir (Shurique ve ark. 2008).

Kaliteli hemşirelik bakımının temel taşı olarak kabul edilen bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, her hastanın eşsizliği içinde hemşirelik uygulamalarına yön verir (Yıldız ve ark. 2018). Bu bağlamda bireysellik kavramı hemşirelik bakım kalitesinin tanımlanmasında sağlık hizmetlerinin en önemli göstergelerinden biridir (Ceylan ve Eser 2016). Bu sayede sağlık bakım kalitesi artmakta, hastalığın yönetimi sağlanmakta, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi artmaktadır (Tekin ve Fındık 2015; Karayurt ve ark. 2018). Ayrıca, ölüm

oranlarını, tıbbi uygulama hatalarını ve enfeksiyon gelişmesini de azaltarak bireylerin fonksiyonel durumunu yükseltmekte ve bakım kalitesini geliştirmektedir (Karayurt ve ark. 2018). Bunlara ek olarak bireyselleştirilmiş bakımın hemşirelerde iş memnuniyetini ve motivasyonunu artırdığı belirtilmektedir (Suhonen ve ark. 2011a; Karayurt ve ark. 2018; Yıldız ve ark. 2018). Amacına uygun olarak bireyselleştirilmiş bakım verilebilmesi için bireyselleştirilmiş bakımın hasta ve hemşireler tarafından algılanması, karşılıklı olarak bu algıları deneyimlemeleri ve birbirlerine geri bildirimler ile ifade etmeleri gerekmektedir (Acaroğlu ve Şendir 2012).

2.5. Bakım Algısı

Türk Dil Kurumu'nun "bir şeye dikkati yönelterek o şeyin bilincine varma, idrak" olarak tanımladığı algı bireylerin çevresindekileri kavraması sonucu ortaya çıkar (TDK 2019). Bu nedenle her bireyin algısı kendine özeldir. Birey yaşadıklarını nasıl algılasa düşünceleri ve davranışları da o doğrultuda olmaktadır (Yıldız ve ark. 2018). Bakım, en az iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile başlayan ve gelişen bir ilişkidir (Rose 2016; Yıldız ve ark. 2018). En basit bir hemşirelik uygulamasında bile hasta birey ile hemşire arasında bir etkileşim gerçekleşir. Bu etkileşimde hemşire bireyi bütüncül olarak ele alarak bireyselliğine ve eşsizliğine önem vermelidir (Yalçın ve Aştı 2011; Can ve Acaroğlu 2015).

Sağlık kuruluşlarında hasta-hemşire ilişkisine verilen önemin artması ile hasta bireyin beklentilerinin giderilmesi önem kazanmıştır. Hasta bireylerin beklentilerinin giderilme düzeyi sadece sağlık sistemini algılamalarını değil, bakım kalitesi ile ilgili algılamalarını da etkiler (Algier ve ark. 2005). Hemşirelerin hastaya bakım verirken beklentilerini dikkate alarak bakımda kaliteyi artırmaya yönelik hizmet vermeleri gerekmektedir (Yılmaz ve ark. 2018). Verilen bakımının hastalar tarafından algılanma düzeyi ile hastaların aldıkları bakımdan memnuniyetleri belirlenmektedir. Yapılan çalışmalarda memnuniyeti artan hastaların bakım algılarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Kol ve ark. 2017; Gül ve Dinç 2018). Algılama durumu ise hastanın kişisel özellikleri, kurumdan ya da hizmetten beklentilerine göre değişebilmektedir. Memnuniyet düzeylerini arttırmak içinde hizmetlerin farklı

boyutlardan değerlendirilmesi, hasta isteklerine verilen önemin artması ve memnuniyet çalışmalarının düzenli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir (Yılmaz ve ark. 2018).

Literatürde verilen bakımın hastanın bakış açısı ile değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmakta ve hastaların bakım algısının üzerinde durulması gereken temel nokta olduğu ifade edilmektedir (Algier ve ark. 2005). Birçok ülkede bireyselleştirilmiş bakım üzerine yapılan çalışmalarda da hasta algısı üzerine odaklanılmıştır (Rose 2016). Hastaya göre bireyselleştirilmiş bakım iki açıdan tanımlanabilir. Birincisi hemşirelik girişimlerinin ne kadarının hasta bireyselliğine uygun olduğudur. İkincisi ise hemşirelerin hasta bireyselliğinin ne kadarının farkında olduğu yani hastanın kendi bireyselliğini ne kadar algıladığıdır (Rasooli ve ark. 2013). Hastaların bireysel özelliklerinin yanında hemşirenin verdiği destek, hasta bireylere gösterdiği saygı, ihtiyaçları anında yanlarında olabilmesi, açık ve doyurucu bilgilendirilme sağlaması da bakım algısında çok önemlidir. Hastaların sosyodemografik özellikleri ile hemşirelik bakımını algılama düzeyleri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir. Hastaların sosyal çevresi, eğitim seviyesi, kültürü, yaşı, etnik yapısı bakım algılama düzeylerini etkilemektedir (Kol ve ark. 2017). Köberich ve ark. (2016)'nın, çalışmalarında hastaların eğitim seviyesinin ve hastanede kalış süresinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediklerini belirtmektedirler. Suhonen ve ark. (2010a)'nın, çalışmalarında ise yaşlı, düşük eğitim düzeyinde olan ve hastaneye ayaktan gelip yatışı yapılan hastaların bireyselleştirilmiş bakıma yönelik algılarının da daha olumlu olduğu saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, hemşirelerin bireysel özelliklerinin de bireyselleştirilmiş bakım algılarını önemli derecede etkilediğini (Idvall ve ark. 2012), hemşirelerde mesleki deneyim sürelerinin artmasının bireyselleştirilmiş bakım algılarını olumlu yönde değiştirdiği görülmektedir (Suhonen ve ark. 2011c; Yıldız ve ark. 2018).

Hasta ve hemşirelerin bakım algılarına bakıldığında aralarında farklılık olduğu belirtilmektedir (Suhonen ve ark. 2017). Rose (2016)'un, çalışmasında hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılama durumlarının hastalara göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Algier'in (2005), yaptığı literatür incelemesinde

hemşirelerin bakımın psikolojik, duygusal yönlerini ve klinik yeterliliği daha önemli bulduklarını, hasta bireylerin ise bakımda fiziksel ve tıbbi yönleri daha önemsendiğini belirtmektedir. Bir hizmetin, hem hizmeti sağlayanlar hem de hizmeti alanlar tarafından en iyi şekilde değerlendirilmesi, bakımın nitelikli bir biçimde verilmesine yarar sağlayacaktır. Etkili bakımın verilebilmesi için hasta ve hemşirelerin bakıma ilişkin görüşlerini ortaya koymak önemlidir çünkü hasta ve hemşirelerin görüşleri arasındaki farklılıklar istenilen amaçlara ulaşmada önemli engellerden birisidir (Cerit ve oşkun 2018). Son yıllarda önem kazanan bireyselleştirilmiş bakımın, hem hastalar hem de hemşireler tarafından değerlendirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Acaroğlu ve Şendir 2012; Rose 2016; Karayurt ve ark. 2018).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Konya İl'i Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yaklaşık 262 yataktan oluşan ve 90 hemşirenin çalıştığı dahiliye klinikleri (nöroloji, kardiyoloji, göğüs hastalıkları, onkoloji, hematoloji, nefroloji, endokrin, gastroenteroloji, intaniye) ve 347 yataktan oluşan 270 hemşirenin çalıştığı cerrahi klinikleri (genel cerrahi, kadın doğum, ortopedi ve travmatoloji, beyin ve sinir cerrahisi, göğüs cerrahisi, kalp damar cerrahisi, plastik cerrahi, kulak burun boğaz, üroloji, göz) olmak üzere toplam 19 klinikte yapılmıştır. Araştırmaya pediatri ve psikiyatri klinikleri, yoğun bakımlar, acil servisler ve gününbirlik cerrahi tedavi uygulanan hastalar dahil edilmemiştir. Hemşireler 08.00-17.00 ve 16.00-08.00 vardiyalarında çalışmaktadırlar.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Konya İl'i Meram Tıp Fakültesi Hastanesi dahiliye ve cerrahi kliniklerinde çalışan tüm hemşireler (360 kişi) ve yatarak tedavi gören tüm hastalar (609 kişi) oluşturmuştur.

Araştırmanın Örnek Seçimi;

Rose (2016), tarafından hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım skalası puan ortalamasının karşılaştırılması amacıyla yapılan çalışmada hastaların bireyselleştirilmiş bakım skalası puan ortalaması 4.44 ± 0.74 , hemşirelerin puan ortalaması ise 4.57 ± 0.33 olarak belirlenmiştir. Çalışmada sunulan 0.23 etki büyüklüğü, %5 alfa hata payı (iki yönlü) ve %80 güç ile yapılan örneklem sayısı hesaplamasında hasta grubuna 306, hemşire grubuna 306 olmak üzere toplam 612 kişinin çalışmaya alınması gerektiği belirlenmiştir. Hasta/hemşire sayısının 4/1 oranında alınması hedeflenerek yapılan örneklem hesabında ise hasta grubuna 765 kişi, hemşire grubuna ise 191 kişinin alınması gerektiği bulunmuştur (G*Power 3.1.9.2). Ülkemizde konu ile ilgili aynı

yöntemle yapılmış çalışmaya rastlanılmaması nedeniyle, sonuçların ülkemizde farklı olabileceği düşünülerek yaklaşık 120 hasta ve 30 hemşireden elde edilen verilerden örneklem sayısı yeniden hesaplanmıştır.

Yapılan hesaplamada, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım skalası puan ortalaması 3.87 ± 1.15 , hastaların bireyselleştirilmiş bakım skalası puan ortalaması 4.33 ± 0.79 , iki grubun puan ortalaması arasındaki farkın etki büyüklüğü 0.47 olarak bulunmuştur. Hasta/hemşire sayısının 4/1 oranında alınması hedeflenerek, bu değerlere göre %5 alfa hata payı (iki yönlü) ve % 80 güçle G*Power programında yapılan örneklem sayısı hesabında hasta grubuna 182, hemşire grubuna 46 olmak üzere toplam en az 228 kişinin çalışmaya alınması gerektiği belirlenmiştir. Araştırma sırasında kayıpların olabileceği göz önüne alınarak %30 fazlası ile hasta grubu 240, hemşire grubu 60 kişi ile araştırma yapılmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

3.4.1. Hastaların Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya;

- Katılmaya gönüllü olan,
- Okur- yazar olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Soruları bağımsız yanıtlayabilen,
- İletişim kurabilen,
- İşitme ve görme kaybı olmayan,
- Psikiyatrik tanısı olmayan (hasta dosyası),
- Dahili ve cerrahi kliniklerinin birinde en az 2 gün yatarak bakım alan ve hastaneden taburcu edilen hastalar alınmıştır.

3.4.2. Hemşirelerin Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya;

- Katılmaya gönüllü olan,
- Araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu olmayan,
- En az bir yıl çalışan,

- Dahili ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşireler alınmıştır.

3.5. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmanın verileri, hastalardan Hasta Bilgi Formu (EK-A) Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta (EK-B) ile hemşirelerden Hemşire Bilgi Formu (EK-C), Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire (EK-D) kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi formu literatür taraması sonucu (Tekin 2011; Kaplan 2015; Köberich ve ark. 2016; Rose 2016) araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Form sosyodemografik özellikleri içeren 6 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, yaşadığı yer) ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren 12 soru (hastalık, hastanede yatılan gün, tedavi görülen klinik, başka hastalığın varlığı, daha önce hastanede yatma durumu, kliniğe gelme şekli, refakatçi varlığı, hastalığın yaşantıyı etkileme durumu, yatış sırasında hemşirelerin bire bir olarak ilgilenme durumu, hemşirelerin bire bir olarak ilgilenmesinin önemi, verilen hemşirelik bakımının yeterliliği, hemşirelik bakımına verilen puan) olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hemşire Bilgi Formu

Literatür taraması sonucu (Kurşun 2010; Can 2013; Can ve Acaroğlu 2015; Rose 2016; Karayurt ve ark. 2018) araştırmacılar tarafından geliştirilen formda; sosyodemografik özellikleri içeren 5 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu) ve çalıştığı kliniğe ilişkin özellikleri içeren 11 soru (çalışılan klinik, toplam çalışma yılı, bu klinikte çalışma yılı, haftalık çalışma saati, günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı, çalışma şekli, hastalar ile bire bir olarak ilgilenmenin önemli olup olmadığı, yatışları sırasında hastalar ile bire bir olarak ilgilenme durumu, hemşirelerin verdiği bakımın yeterliliği, hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenleri, verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi) olmak üzere toplamda 16 sorudan oluşmaktadır.

3.5.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta (BBS Hasta)

Hastanın bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin bakış açısını değerlendirmek amacıyla Suhonen ve ark. (2000) tarafından geliştirilmiştir. 2005 yılında yeniden düzenlenerek madde sayısı azaltılmıştır (Suhonen ve ark. 2005). Toplam 17 maddelik ölçek, klinik durum, kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Yaklaşık 15 dakikalık bir sürede tamamlanabilen ölçek, yetişkin, hastanede yatarak bakım almış, soruları bağımsızca yanıtlayabilen ve hastaneden eve taburcu edilen hastalara uygulanmaktadır. Ölçek, hasta bireyin taburcu olduğu gün kendisi tarafından doldurulur. Ölçek hastanın, hastanede kaldığı sürece, bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması (BBS-A) ve hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılamasını (BBS-B) değerlendiren iki bölümlü bir ölçektir (Acaroğlu ve Şendir 2012). BBS'nin her bir bölümünden ve alt boyutlarından alınabilecek puanlar en az 1.0 en fazla 5.0'dir. Puanlar yükseldikçe hastanın bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması (BBS-A) ve hastanın kendi bakımında bireyselliği algılaması, deneyimlemesi (BBS-B) artar (Suhonen ve ark.2000; Suhonen ve ark. 2005). Bu araştırmada ölçeğin B bölümü kullanılmıştır. Ölçek, 2007 yılında Acaroğlu ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı BBS-B Hasta için 0.93'tür (Acaroğlu ve ark. 2010). Araştırmada BBS-B Hasta Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulundu.

Tablo 3.1. BBS-B Hasta Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Cronbach Alpha Değerleri

Ölçek	Ölçekten alınabilecek min-max puanlar	Ölçekten alınan min-max puanlar	Ölçekten alınan puan ortalaması $\bar{X} \pm SS$	Bu çalışmada α	Acaroğlu ve ark. (2010) α
BBS-B Hasta	1-5	1.12-5.00	4.35 $\pm$ 0.67	0.94	0.93
Klinik durum	1-5	1.14-5.00	4.33 $\pm$ 0.77	0.92	0.89
Kişisel yaşam durumu	1-5	1.25-5.00	4.09 $\pm$ 0.86	0.83	0.80
Karar verme kontrolü	1-5	1.00-5.00	4.55 $\pm$ 0.63	0.86	0.83

3.5.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire)

Sağlık bakım ortamında, bireyselleştirilmiş bakım hakkında hemşirelerin görüşlerini değerlendirmek üzere Suhonen ve ark. (2010) tarafından geliştirilmiştir. İki bölümden oluşan skalanın birinci bölümünde hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini destekleme (BBS-A Hemşire), ikinci bölümünde ise hastanın bakımını bireyselleştirme (BBS-B Hemşire) algıları değerlendirilir (Acaroğlu ve Şendir 2012). Toplam 17 maddelik ölçek, klinik durum, kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. BBS-Hemşire versiyonunun her bir bölümünden ve alt boyutlarından alınabilecek puanlar en az 1.0 en fazla 5.0 dir. Puanların yüksek olması hemşirelerin genel olarak uyguladıkları hemşirelik eylemleri sırasında hastaların bireyselliğini destekleme (BBS-A Hemşire) ve hastanın bakımını bireyselleştirme algılarının (BBS-B Hemşire) da yüksek olduğunu gösterir (Suhonen ve ark. 2005; Suhonen ve ark. 2007). Ölçek uygulanırken hemşirelerden en son vardiyada bakım verilen bilinçli hastaların bakımlarını dikkate almaları istenir. Bu araştırmada ölçeğin B bölümü kullanılmıştır. Türkçe geçerlik ve güvenirliği, Şendir ve ark. (2010) tarafından yapılan ölçeğin Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.88’dir (Şendir ve ark. 2010). Araştırmada, BBS-B Hemşire Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.96 olarak bulundu.

Tablo 3.2. BBS-B Hemşire Ölçeğinden Alınan Puan Ortalamaları ve Cronbach Alpha Değerleri

Ölçek	Ölçekten alınabilecek min-max puanlar	Ölçekten alınan min-max puanlar	Ölçekten alınan puan ortalaması $\bar{X} \pm SS$	Bu çalışmada α	Şendir ve ark. (2010) α
BBS-B Hemşire	1-5	1.18-5.00	3.88±0.90	0.96	0.88
Klinik durum	1-5	1.14-5.00	3.96±0.95	0.93	0.88
Kişisel yaşam durumu	1-5	1.25-5.00	3.65±0.89	0.78	0.80
Karar verme kontrolü	1-5	1.00-5.00	3.93±0.99	0.93	0.87

3.6. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nin dahili ve cerrahi kliniklerinde Ağustos 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verileri toplanmadan önce veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacı ile örnekleme dahil edilmeyen 10 hemşire ve hastaya ön uygulama yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonrasında anket formunda değişikliğe gerek olmadığı görülmüştür. Her klinikten en az 1 hasta ve hemşire olacak şekilde veriler toplanmıştır.

3.6.1. Hasta Verilerinin Toplanması

Veriler toplanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında açıklama yapılarak sözel onay/yazılı onam (EK-F) izinleri alınmıştır. Hasta Bilgi Formu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta ölçeği taburcu olmasına karar verilen hastalara klinikten ayrılmadan önce verilmiş ve hastalar tarafından doldurulmuştur. Anket formu ve ölçeklerin doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür. 25 hasta çeşitli nedenlerden dolayı cevaplamayı reddetmiştir.

3.6.2. Hemşire Verilerinin Toplanması

Veriler toplanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında açıklama yapılarak sözel onay/yazılı onam (EK-E) izinleri alınmıştır. Hemşire Bilgi Formu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire ölçeği hemşirelere verilmiş ve yaklaşık 9 dakika sonra alınmıştır. Anket formu ve ölçek hemşirenin kendisi tarafından doldurulmuştur. 40 hemşire çeşitli nedenlerden dolayı cevaplamayı reddetmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce;

- Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi “İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmaları Etik Kurulu’ndan etik kurul onayı (2018/1444) (EK-G),
- Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi’nden (EK-H) kurum izni,

- Veriler toplanmadan önce katılımcılardan sözlü onay/yazılı onam (EK-E; EK-F),
- Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta (EK-B) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire (EK-D) ölçeklerini kullanmak üzere ölçekleri geliştiren Riitta Suhonen'den ve ölçeklerin Türkçe uyarlamasını yapan Rengin Acaroğlu'ndan (EK-I) gerekli izinler alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1. Bağımlı değişkenler:

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hemşire Ölçeklerinden alınan puan ortalamalarıdır.

3.8.2. Bağımsız değişkenler:

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, yaşadığı yer) ve hastalığa ilişkin özellikleri (hastalık, hastanede yatılan gün, tedavi görülen klinik, başka hastalığın varlığı, daha önce hastanede yatma durumu, kliniğe gelme şekli, refakatçi varlığı, hastalığın yaşantıyı etkileme durumu, yatış sırasında hemşirelerin bire bir olarak ilgilenme durumu, hemşirelerin bire bir olarak ilgilenmesinin önemi, verilen hemşirelik bakımının yeterliliği, hemşirelik bakımına verilen puan).

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu) ve çalıştığı kliniğe ilişkin özellikler (çalışılan klinik, toplam çalışma yılı, bu klinikte çalışma yılı, haftalık çalışma saati, günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı, çalışma şekli, hastalar ile bire bir olarak ilgilenmenin önemli olup olmadığı, yatışları sırasında hastalar ile bire bir olarak ilgilenme durumu, hemşirelerin verdiği bakımın yeterliliği, hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenleri, verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece Konya İl'indeki bir Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yapılması,

- Araştırmanın sadece dahili ve cerrahi kliniklerde yapılması.

3.10. Verilerin İstatistiksel Değerlendirmesi

Verilerin analizi ve değerlendirilmesinde SPSS 21 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada, hasta ve hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ve ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri için sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi, Skewness ve Kurtosis ile belirlenmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde t-testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Çoklu Regresyon Analizi; normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Kruskal Wallis, Mann Whitney-U kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.11. Araştırma Soruları

- Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları nasıldır?
- Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları nasıldır?
- Hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında farklılık var mıdır?
- Hastaların tanıtıcı özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında ilişki var mıdır?
- Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında ilişki var mıdır?

4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular 4 bölümde verilmiştir;

- 4.1. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 4.2. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımına İlişkin Bulgular
- 4.3. BBS-B Hasta ve BBS-B Hemşire Ölçek Maddeleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- 4.4. Hasta ve Hemşirelerin BBS-B Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan 240 hasta ve 60 hemşirenin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Tablo 4.1.1., Tablo 4.1.2., 4.1.3., 4.1.4.).

Tablo 4.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler	n	%
Yaş (ort±ss 47±18.1)		
18-39	87	36.3
40-64	104	43.3
65 yaş ve üzeri	49	20.4
Cinsiyet		
Kadın	156	65.0
Erkek	84	35.0
Eğitim durumu		
İlk-ortaokul	141	58.8
Lise	43	17.9
Üniversite	56	23.3
Meslek		
Çalışıyor	82	34.2
Çalışmıyor	158	65.8
Medeni durum		
Evli	195	81.3
Bekâr	45	18.7
Yaşadığı yer		
İl	161	67.0
İlçe	58	24.2
Köy	21	8.8

Tablo 4.1.1.'de hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya alınan hastaların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %43.3'ünün 40-64 yaş arasında olduğu, %65'inin kadın olduğu,

%58.8'inin ilk-ortaokul mezunu olduğu, %65.8'inin çalışmadığı, %81.3'ünün evli olduğu, %67'sinin ilde yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1.).

Tablo 4.1.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Özellikler	n	%
Hastanede yatış süresi (ort$\pm$ss 5.45$\pm$4.34)		
2-7 gün	190	79.2
8-15 gün	42	17.5
16 gün ve üzeri	8	3.3
Başka hastalığa sahip olma durumu		
Var	110	45.8
Yok	130	54.2
Daha önce hastanede yatış durumu		
Yattım	151	62.9
Yatmadım	89	37.1
Kliniğe gelme şekli		
Acil Birimden Nakil	66	27.5
Planlı/Evden	174	72.5
Refakatçi durumu		
Var	212	88.3
Yok	28	11.7
Hastalıktan etkilenme durumu		
Etkilendi	222	92.5
Etkilenmedi	18	7.5
Hemşirelerin bire bir ilgilenme durumu		
İlgilendiler	217	90.4
İlgilenmediler	23	9.6
Hemşirelerin bire bir ilgilenmesinin önemli olduğunu düşünme durumu		
Önemli	237	98.7
Önemli değil	3	1.3
Hemşirelik bakımının yeterli olduğunu düşünme durumu		
Yeterli	212	88.3
Yetersiz	28	11.7
Hemşirelik bakımına verilen puan ortalaması	ort $\pm$ ss 7.77 $\pm$ 1.92 (aralık: 1-10)	

Tablo 4.1.2.'de hastaların hastalık özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların 79.2'sinin 2-7 gündür hastanede yattığı, %45.8'inin başka hastalığa sahip olduğu, %62.9'unun daha önce hastaneye yattığı, %72.5'inin planlı/evden geldiği, %88.3'ünün yatışları sırasında yanında refakatçisi bulunduğu, %92.5'nin sahip olduğu hastalık nedeniyle yaşantısının etkilendiği saptanmıştır. Hastaların %90.4'ü yatışları sırasında hemşirelerin birebir ilgilendiğini, %98.7'si hemşirenin birebir ilgilenmesinin önemli olduğunu ve %88.3'ü hemşirelik bakımını yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Hastalar görsel skalada hemşirelik bakımına 7.77 $\pm$ 1.92 puan vermişlerdir.

Tablo 4.1.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş (ort±ss 29.48±6.82)		
20-29	35	58.3
30-39	17	28.3
40 yaş ve üzeri	8	13.4
Cinsiyet		
Kadın	40	66.7
Erkek	20	33.3
Eğitim durumu		
Lise/Önlisans	19	31.7
Lisans	33	55.0
Lisansüstü	8	13.3
Medeni durum		
Evli	26	43.3
Bekar	34	56.7
Mesleği isteyerek seçme durumu		
İsteyerek seçtim	39	65.0
İsteyerek seçmedim	21	35.0

Tablo 4.1.3.'de hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Araştırmaya alınan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %58.3'ünün 20-29 yaş arasında olduğu, %66.7'sinin kadın olduğu, %55'inin lisans mezunu olduğu, %56.7'sinin bekar olduğu, %65'inin mesleği isteyerek seçtiği belirlenmiştir (Tablo 4.1.3.).

Tablo 4.1.4. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çalışma Özellikleri	n	%
Toplam çalışma yılı (ort±ss 8.18±7.61)		
1-5	29	48.3
6-10	9	15.0
11-15	12	20.0
16 yıl ve üzeri	10	16.7
Bulunduğu klinikte çalışma yılı (ort±ss 3.42±3.79)		
1-5	47	78.3
6-10	7	11.7
11-15	6	10.0
Haftalık çalışma saati		
40 saat	41	68.3
40 saatten fazla	19	31.7
Günlük bakım verilen hasta sayısı (ort±ss 13.37±8.34)		
1-5	8	13.3
6-10	29	48.3
11-15	4	6.7
16 ve üzeri	19	31.7
Çalışma şekli		
Gündüz vardiyası	16	26.7
Her ikisi	44	73.3
Yatışları sırasında hastalar ile bire bir olarak ilgilenme durumu		
İlgilendim	58	96.7
İlgilenmedim	2	3.3
Hemşirelik bakımının yeterli olma durumu		
Yeterli	14	23.3
Yetersiz	46	76.7
Hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenleri		
Hemşirelerin istediği serviste çalışamaması	20	33.3
Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması	44	73.3
Hemşire sayısının yetersiz olması	43	71.7
Hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olması	35	58.3
Bakım için yeterli zamanın olmaması	17	28.3
Hastanın bakım beklentisinin olmaması	6	10.0
Hemşirelik bakımına verilen puan ortalaması	ort±ss 6.32±2.16 (aralık: 1-10)	

Tablo 4.1.4.'de hemşirelerin çalışma özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin; %48.3'ünün 1-5 yıl arasında çalıştığı, %78.3'ünün 1-5 yıldır bulunduğu klinikte çalıştığı, %68.3'ünün haftalık 40 saat çalıştığı, %48.3'ünün günlük 6-10 arası hastaya bakım verdiği, %73.3'ünün hem gece hem gündüz vardiyasında çalıştığı, %96.7'sinin yatışları sırasında hastalar ile bire bir olarak ilgilendiği belirlenmiştir. Verilen hemşirelik bakımının yeterli olma durumu ve bakımın yeterli olmama nedenleri incelendiğinde; hemşirelerin %76.7'sinin hemşirelik bakımını yeterli bulmadıkları saptanmıştır. Bakım kalitesinin yetersiz ya da kısmen yetersiz olma nedenleri sorulduğunda ise hemşirelerin %73.3'ü günlük bakılan hasta sayısının fazla olduğunu, %71.7'si hemşire sayısının yetersiz olduğunu, %58.3'ü hasta bakımı dışında servisin iş

yükünün fazla olduğunu belirtmişlerdir. Hemşireler görsel skalada hemşirelik bakımına 6.32 ± 2.16 puan vermişlerdir.

4.2. Hastaların ve Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 240 hastanın ve 60 hemşirenin tanıtıcı özelliklerine göre BBS-B ölçeği puan dağılımına ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Tablo 4.2.1., Tablo 4.2.2., Tablo 4.2.3., Tablo 4.2.4.).

Tablo 4.2.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımı

BBS-B Hasta								
Özellikler	Toplam		Klinik durum		Kişisel yaşam durumu		Karar verme kontrolü	
	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri
Yaş								
18-39	4.27±0.59	F=2.000	4.29±0.68	F=1.225	3.88±0.81	F=7.307	4.51±0.58	F=0.249
40-64	4.35±0.71	p=0.138	4.30±0.85	p=0.296	4.10±0.87	p=0.001	4.57±0.64	p=0.780
65 yaş ve üzeri	4.51±0.70		4.49±0.73		4.45±0.81		4.57±0.71	
Cinsiyet								
Kadın	4.35±0.71	t=-0.005	4.36±0.78	t=0.663	4.08±0.89	t=-0.308	4.53±0.69	t=-0.675
Erkek	4.35±0.60	p=0.996	4.29±0.75	p=0.508	4.12±0.80	p=0.758	4.58±0.51	p=0.501
Eğitim durumu								
İlk-ortaokul	4.43±0.67	F=5.926	4.41±0.76	F=3.353	4.20±0.89	F=7.661	4.60±0.62	F=4.913
Lise	4.44±0.48	p=0.003	4.38±0.68	p=0.037	4.23±0.65	p=0.001	4.66±0.38	p=0.008
Üniversite	4.09±0.72		4.10±0.82		3.71±0.83		4.32±0.75	
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	4.17±0.71	t=-3.054	4.16±0.84	t=-2.527	3.84±0.82	t=-3.330	4.40±0.71	t=-2.528
Çalışmıyor	4.45±0.63	p=0.003	4.42±0.72	p=0.012	4.22±0.86	p=0.001	4.62±0.58	p=0.012
Medeni durum								
Evli	4.33±0.66	t=-1.118	4.31±0.78	t=-0.948	4.06±0.84	t=-1.364	4.53±0.63	t=-0.769
Bekâr	4.45±0.70	p=0.265	4.43±0.73	p=0.344	4.25±0.92	p=0.174	4.61±0.63	p=0.443
Yaşadığı yer								
İl	4.37±0.69	KW=1.006 p=0.316	4.38±0.77	KW=3.687 p=0.055	4.11±0.87	KW=0.221 p=0.638	4.54±0.67	KW=0.127 p=0.721
İlçe	4.28±0.69		4.17±0.83		4.03±0.92		4.56±0.62	
Köy	4.42±0.38		4.46±0.46		4.12±0.56		4.59±0.36	

F: Tek yönlü varyans analizi

t: t testi

KW: Kruskal Wallis

Tablo 4.2.1’de hastaların sosyodemografik özelliklerine göre BBS-B ölçeği puan dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların *yaş grupları* ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, 18-39 yaş grubunda olan hastaların toplam puan ortalaması 4.27 ± 0.59 , 40-64 yaş grubunda olan hastaların toplam puan ortalaması 4.35 ± 0.71 , 65 yaş ve üzerinde olan hastaların toplam puan ortalaması 4.51 ± 0.70 olarak bulunmuştur. Hastaların yaş grupları ile BBS-B toplam puan ve klinik durum, karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p > 0.05$), kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve farklılığın 65 yaş ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0.05$, Tablo 4.2.1.).

Hastaların *eğitim durumu* ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, ilk-ortaöğretim mezunu hastaların toplam puan ortalaması 4.43 ± 0.67 , lise mezunu hastaların toplam puan ortalaması 4.44 ± 0.48 , üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip hastaların toplam puan ortalaması 4.09 ± 0.72 olarak bulunmuştur. Hastaların eğitim durumu ile BBS-B toplam puan ve klinik durum, kişisel yaşam durumu, karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve farklılığın üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip hastalardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 4.2.1.). Bakım algısının belirleyicilerini incelemek amacıyla hastaların eğitim durumu ve çalışma durumlarına yapılan çoklu regresyon analizinin sonucuna göre, en son modelde sadece eğitim durumu yer almıştır. Bu değişkenin belirleyicilik oranı %21’dir.

Hastaların *çalışma durumu* ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, çalışan hastaların toplam puan ortalaması 4.17 ± 0.71 , çalışmayan hastaların toplam puan ortalaması 4.45 ± 0.63 olarak belirlenmiş olup gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 4.2.1.).

Hastaların *cinsiyet, medeni durum* ve *yaşadığı yer* ile BBS-B toplam puan ve klinik durum, kişisel yaşam durumu, karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$, Tablo 4.2.1.).

Tablo 4.2.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımı

Özellikler	BBS-B Hasta							
	Toplam		Klinik durum		Kişisel yaşam durumu		Karar verme kontrolü	
	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri
Hastanede yatış süresi								
2-7 gün	4.35±0.67	KW=0.965	4.33±0.77	KW=0.411	4.09±0.84	KW=0.289	4.55±0.65	KW=5.741
8-15 gün	4.32±0.69	p=0.617	4.32±0.80	p=0.814	4.10±0.93	p=0.865	4.48±0.58	p=0.057
16 gün ve üzeri	4.60±0.46		4.57±0.63		4.08±1.19		4.97±0.07	
Başka hastalığa sahip olma durumu								
Var	4.38±0.68	t=0.579	4.39±0.76	t=1.106	4.15±0.89	t=0.874	4.52±0.65	t=-0.623
Yok	4.33±0.66	p=0.563	4.28±0.77	p=0.270	4.05±0.84	p=0.383	4.57±0.62	p=0.534
Daha önce hastanede yatış durumu								
Yattım	4.37±0.65	t=0.687	4.35±0.77	t=0.423	4.14±0.86	t=1.089	4.56±0.60	t=0.475
Yatmadım	4.31±0.70	p=0.492	4.31±0.76	p=0.673	4.01±0.85	p=0.277	4.52±0.69	p=0.635
Kliniğe gelme şekli								
Acil Birimden Nakil	4.35±0.55	t=0.039	4.35±0.65	t=0.181	4.04±0.82	t=-0.608	4.57±0.53	t=0.413
Planlı/Evden	4.35±0.71	p=0.969	4.33±0.81	p=0.857	4.11±0.87	p=0.544	4.54±0.67	p=0.680
Refakatçi durumu								
Var	4.35±0.62	Z=-1.119	4.33±0.73	Z=-1.227	4.08±0.84	Z=-0.850	4.55±0.59	Z=-0.890
Yok	4.36±0.96	P=0.263	4.35±1.04	p=0.220	4.18±1.00	p=0.395	4.49±0.91	p=0.374
Hastalıktan etkilenme durumu								
Etkilendi	4.38±0.66	Z=-2.546	4.37±0.75	Z=-2.711	4.12±0.86	Z=-2.017	4.56±0.62	Z=-1.166
Etkilenmedi	4.02±0.68	p=0.011	3.90±0.82	p=0.007	3.78±0.78	p=0.044	4.32±0.76	p=0.244
Hemşirelerin bire bir ilgilenme durumu								
Önemli	4.41±0.58	Z=-2.640	4.41±0.65	Z=-3.052	4.15±0.78	Z=-1.990	4.59±0.58	Z=-1.512
Önemli değil	3.78±1.07	p=0.008	3.58±1.24	p=0.002	3.55±1.31	p=0.047	4.17±0.93	p=0.131
Hemşirelik bakımını yeterli bulma durumu								
Yeterli	4.43±0.61	Z=-4.781	4.42±0.71	Z=-4.127	4.19±0.79	Z=-4.025	4.61±0.59	Z=-4.192
Yetersiz	3.76±0.77	p=0.000	3.71±0.93	p=0.000	3.39±1.07	p=0.000	4.05±0.75	p=0.000

t: t testi

KW: Kruskal Wallis

Z: Mann Whitney-U

Tablo 4.2.2.'de hastaların hastalık özelliklerine göre BBS-B ölçeği puan dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların **yaşantısının etkilenme durumu** ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, yaşantısı etkilenen hastaların toplam puan ortalaması 4.38 ± 0.66 , yaşantısı etkilenmeyen hastaların toplam puan ortalaması 4.02 ± 0.68 olarak bulunmuştur. Yaşantısının etkilenme durumu ile klinik durum, karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0.05$), BBS-B toplam puan ve kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$, Tablo 4.2.2.).

Hemşirelerin hastalar ile birebir ilgilenme durumu ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, hemşirelerin hastalar ile birebir ilgilenme durumuna evet cevabını veren hastaların toplam puan ortalaması 4.41 ± 0.58 , hayır cevabını veren hastaların toplam puan ortalaması 3.78 ± 1.07 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin hastalar ile birebir bir ilgilenme durumu ile klinik durum, kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0.05$), BBS-B toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p < 0.05$, Tablo 4.2.2.).

Hemşirelik bakımını yeterli bulma durumları ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, hemşirelik bakımını yeterli bulan hastaların puan ortalaması 4.43 ± 0.61 , hemşirelik bakımını yeterli bulmayan hastaların puan ortalaması 3.76 ± 0.77 bulunmuş olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 4.2.2.).

Hastanede yatış süresi, başka hastalığa sahip olma durumu, daha önce hastanede yatış durumu, kliniğe gelme şekli, refakatçi durumu, hemşirelerin bire bir ilgilenmesinin önemli olma durumu ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$, Tablo 4.2.2.).

Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	BBS-B Hemşire							
	Toplam		Klinik durum		Kişisel yaşam durumu		Karar verme kontrolü	
	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri
Yaş								
20-29	4.02±0.78	KW=4.018	4.07±0.80	KW=1.717	3.82±0.85	KW=5.900	4.09±0.85	KW=3.500
30-39	3.57±0.94	p=0.134	3.71±1.11	p=0.424	3.26±0.69	p=0.052	3.61±1.07	p=0.174
40 yaş ve üzeri	3.88±1.23		3.96±1.19		3.68±1.25		3.91±1.35	
Cinsiyet								
Kadın	4.04±0.70	Z=-1.499	4.13±0.72	Z=-1.166	3.81±0.77	Z=-1.910	4.10±0.80	Z=-1.306
Erkek	3.54±1.15	p=0.134	3.61±1.25	p=0.244	3.31±1.04	p=0.056	3.61±1.26	p=0.191
Eğitim durumu								
Lise/Önlisans	3.63±1.30	KW=2.605	3.74±1.35	KW=1.179	3.45±1.21	KW=1.768	3.61±1.40	KW=2.938
Lisans	3.91±0.66	p=0.272	3.99±0.73	p=0.555	3.67±0.71	p=0.413	3.99±0.74	p=0.230
Lisansüstü	4.30±0.41		4.32±0.43		4.03±0.65		4.46±0.43	
Medeni durum								
Evli	3.80±1.04	Z=-0.119	3.90±1.05	Z=-0.277	3.60±1.03	Z=-0.233	3.84±1.14	Z=-0.299
Bekar	3.93±0.79	p=0.905	0.88±0.15	p=0.782	3.68±0.79	p=0.816	4.00±0.87	p=0.765
Mesleği isteyerek seçme durumu								
İsteyerek seçtim	3.84±1.01	Z=-0.272	3.86±1.87	Z=-0.623	3.65±0.94	Z=-0.764	3.93±1.11	Z=-0.638
İsteyerek seçmedim	3.95±0.67	p=0.786	4.14±0.64	p=0.533	3.63±0.82	p=0.445	3.94±0.76	p=0.524

Z: Mann Whitney-U

KW: Kruskal Wallis

Tablo 4.2.3.'de hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre BBS-B leęi puan dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin ***yaş grubu, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum*** ve ***mesleği isteyerek seçme durumları*** ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$, Tablo 4.2.3.).

Tablo 4.2.4. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımı

Kliniğe İlişkin Özellikler	BBS-B Hemşire							
	Toplam		Klinik durum		Kişisel yaşam durumu		Karar verme kontrolü	
	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri	$\bar{X} \pm SS$	Test ve p Değeri
Toplam çalışma yılı								
1-5	4.06±0.67	KW=5.801 p=0.122	4.09±0.71	KW=3.790 p=0.285	3.86±0.75	KW=5.636 p=0.131	4.15±0.75	KW=6.051 p=0.109
6-10	3.86±0.65		4.03±0.76		3.56±0.70		3.85±0.63	
11-15	3.16±1.39		3.25±1.48		3.00±1.16		3.17±1.54	
16 yıl ve üzeri	4.21±0.55		4.34±0.53		3.88±0.79		4.30±0.64	
Bulunduğu klinikte çalışma yılı								
1-5	3.94±0.71	KW=1,496 p=0.473	4.04±0.78	KW=0.640 p=0.726	3.69±0.76	KW=1.751 p=0.417	4.00±0.79	KW=1.050 p=0.592
6-10	3.60±1.10		3.71±1.14		3.21±0.97		3.74±1.21	
11-15	3.67±1.82		3.60±1.80		3.79±1.62		3.67±2.00	
Haftalık çalışma saati								
40 saat	3.86±0.85	Z=-0.573 p=0.567	3.95±0.94	Z=-0.080 p=0.936	3.61±0.81	Z=-1,064 p=0.287	3.91±0.96	Z=-0.662 p=0.508
40 saatten fazla	3.92±1.03		3.97±1.01		3.72±1.08		3.99±1.10	
Günlük bakım verilen hasta sayısı								
1-5	4.16±0.51	KW=3.576 p=0.311	4.32±0.45	KW=3.068 p=0.381	3.97±0.85	KW=3.526 p=0.317	4.10±0.64	KW=2.593 p=0.459
6-10	3.83±0.84		3.95±0.88		3.53±0.85		3.89±0.84	
11-15	3.41±0.83		3.36±1.23		3.25±0.35		3.58±0.84	
16 ve üzeri	3.92±1.12		3.94±1.14		3.76±1.04		4.00±1.24	
Çalışma şekli								
Gündüz vardiyası	4.29±0.44	Z=-2.142 p=0.032	4.32±0.44	Z=-1.478 p=0.139	3.98±0.65	Z=-1.725 p=0.085	4.47±0.50	Z=-2.693 p=0.007
Her ikisi	3.72±0.98		3.82±1.05		3.52±0.94		3.74±1.06	

Z: Mann Whitney-U

KW: Kruskal Wallis

Tablo 4.2.4. Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Dağılımı (Devamı)

Yatışları sırasında hastalar ile bire bir olarak ilgilenme durumu								
İlgilendim	3.92±0.84	Z=-1.464	4.01±0.90	Z=-1.883	3.69±0.85	Z=-1.119	3.98±0.93	Z=-1.343
İlgilenmedim	2.50±1.87	p=0.143	2.50±1.72	p=0.055	2.50±1.77	p=0.307	2.50±2.12	p=0.206
Hemşirelik bakımının yeterli olma durumu								
Yeterli	4.17±1.10	Z=-2.546	4.21±1.26	Z=-2.766	3.91±1.07	Z=-1.337	4.30±1.11	Z=-2.675
Yetersiz	3.79±0.83	p=0.011	3.88±0.84	p=0.006	3.57±0.83	p=0.181	3.82±0.94	p=0.007
Hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenleri								
Hemşirelerin istediği serviste çalışamaması	4.06±0.42	Z=-0.196 p=0.844	4.20±0.42	Z=-0.449 p=0.653	3.73±0.61	Z=-0.205 p=0.837	4.11±0.61	Z=-0.087 p=0.931
Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması	3.97±0.82	Z=-1.197 p=0.231	4.01±0.89	Z=-0.286 p=0.775	3.72±0.82	Z=-0.909 p=0.364	4.07±0.90	Z=-1.779 p=0.075
Hemşire sayısının yetersiz olması	4.01±0.65	Z=-0.394 p=0.693	4.11±0.66	Z=-0.643 p=0.520	3.73±0.73	Z=-0.570 p=0.569	4.07±0.76	Z=-0.609 p=0.542
Hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olması	3.87±0.84	Z=-0.473 p=0.636	3.92±0.90	Z=-0.889 p=0.374	3.66±0.79	Z=-0.023 p=0.982	3.95±0.98	Z=-0.075 p=0.940
Bakım için yeterli zamanın olmaması	3.96±0.84	Z=-0.279 p=0.780	4.02±0.90	Z=-0.074 p=0.941	3.74±0.79	Z=-0.297 p=0.766	4.04±1.00	Z=-0.585 p=0.559
Hastanın bakım beklentisinin olmaması	4.16±0.37	Z=-0.666 p=0.505	4.10±0.51	Z=-0.334 p=0.746	4.00±0.50	Z=-1.104 p=0.281	4.33±0.41	Z=-0.841 p=0.419

Tablo 4.2.4.'de hemşirelerin çalışma özelliklerine göre BBS-B ölçeği puan dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin **çalışma şekli** ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin toplam puan ortalaması 4.29 ± 0.44 , hem gece hem gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin toplam puan ortalaması 3.72 ± 0.98 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin çalışma şekli ile klinik durum, kişisel yaşam durumu alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0.05$), BBS-B toplam puan ve karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 4.2.4.).

Hemşirelerin **hemşirelik bakımını yeterli bulma durumları** ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, hemşirelik bakımını yeterli bulan hemşirelerin toplam puan ortalaması 4.17 ± 1.10 , hemşirelik bakımını yeterli bulmayan hemşirelerin toplam puan ortalaması 3.79 ± 0.83 olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin hemşirelik bakımını yeterli bulma durumları ile BBS-B toplam puan ve klinik durum, karar verme kontrolü alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 4.2.4.).

Toplam çalışma yılı, bulunduğu klinikte çalışma yılı, haftalık çalışma saati, günlük bakım verilen hasta sayısı, yatışları sırasında hastalar ile bire bir olarak ilgilenme durumu, hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenleri ile BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$, Tablo 4.2.4.).

4.3. BBS-B Hasta ve BBS-B Hemşire Ölçek Maddeleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları: BBS-B Hasta ve BBS-B Hemşire

Ölçek	Hasta		Hemşire	
	n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$
Klinik Bakım				
1 Hastaların hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate alınma durumu.	240	4.28±1.07	60	4.07±1.15
2 Hastaların hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate alınma durumu.	240	4.43±0.89	60	4.12±1.01
3 Hastaların bakımlarında yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlenme durumları.	240	4.74±0.63	60	3.33±0.97
4 Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularının dikkate alınma durumu.	240	4.30±0.90	60	3.95±1.11
5 Hastaların korku ve endişelerinin dikkate alınma durumu.	240	4.23±0.97	60	4.20±1.19
6 Hastaların hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğinin dikkate alınma durumu.	240	4.18±1.00	60	4.05±2.00
7 Hastaların hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate alınma durumu.	240	4.17±1.00	60	3.98±1.14
Kişisel Yaşam Durumu				
8 Hastaların hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate alınma durumu.	240	3.81±1.15	60	3.35±1.10
9 Hastaların daha önceki hastane deneyimlerinin dikkate alınma durumu.	240	3.87±1.17	60	3.52±1.20
10 Hastaların hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarının dikkate alınma durumu.	240	3.93±1.14	60	3.77±1.18
11 Hastaların istediğinde aileleri onların bakımında yer alma durumları.	240	4.76±0.61	60	3.95±1.08
Karar Verme Kontrolü				
12 Hastaların yapılan açıklamaları anlama durumları.	240	4.79±0.59	60	3.95±2.00
13 Hastaların, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verilme durumları.	240	4.39±0.94	60	4.18±2.00
14 Hastaların bakımlarına ilişkin isteklerinin dikkate alınma durumu.	240	4.46±0.85	60	3.88±1.22
15 Hastaların, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katılma durumları.	240	4.70±0.72	60	3.90±1.04
16 Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerinin dikkate alınma durumu.	240	4.47±0.81	60	3.93±1.18
17 Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip olma durumları.	240	4.47±0.97	60	3.75±1.14

Tablo 4.3.1.'de tanımlayıcı istatistik sonuçları verilmiştir. Araştırmaya alınan hasta ve hemşirelerin BBS-B ölçek maddelerinin en yüksek ilk 3 madde puan ortalamaları incelendiğinde, hastalar; yapılan açıklamaları anlama 4.79±0.59, istedikleri zaman ailelerin bakımlarında yer alması 4.76±0.61 ve kendi bakımlarında yapabildikleri kadar sorumluluk üstlenmeleri 4.74±0.63, hemşirelerin ise hastaların

korku ve endişelerini dikkate alma 4.20 ± 1.19 , hastalara durumları hakkında bilgi verme 4.18 ± 2.00 ve hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin dikkate alınması 4.12 ± 1.01 olarak belirlenmiştir.

4.4. Hasta ve Hemşirelerin BBS-B Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.1. Hasta ve Hemşirelerin BBS-B Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Gruplar	BBS-B Alt Boyut Puanları			BBS-B
	Klinik	Kişisel Yaşam	Karar Verme	BBS Toplam
	Bakım	Durumu	Kontrolü	Puanı
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Hasta (n=240)	4.33 ± 0.77	4.09 ± 0.86	4.55 ± 0.63	4.35 ± 0.67
Hemşire (n=60)	3.96 ± 0.95	3.65 ± 0.89	3.93 ± 0.99	3.87 ± 0.90
t değeri	3.232	3.573	5.911	4.580
p değeri	0.001	0.000	0.000	0.000

Tablo 4.4.1.'de hasta ve hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Hasta ve hemşirelerin BBS-B ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, BBS-B toplam puanı ($p=0.000$) ve klinik durum ($p=0.001$), kişisel yaşam durumu ($p=0.000$), karar verme kontrolü ($p=0.000$) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.4.1.). Hastaların BBS-B ölçek puan ortalamalarının, hemşirelerin BBS-B ölçek puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik felsefesinin ve değerlerinin temel noktasını oluşturan, insanın eşsizliğine ve bütünlüğüne olan inancın bakım uygulamaları ile bütünleştirilmesidir. Kişiye özgü ya da bireyselleştirilmiş olarak ifade edilen bu kavram, hasta bireyin değerlerini anlamayı ve önemsemeyi gerektirir (Can ve Acaroğlu 2015). Bakım süresince hastaya odaklanmanın temel nedeni, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımını desteklemektir. Ayrıca hastalar arasındaki bireysel farklılıklar bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (Rasooli ve ark. 2013; Yıldız ve ark. 2018).

Kaliteli bakımın uygulanmasında son derece önemli olan bireyselleştirilmiş bakımın verilebilmesi için hemşirelerin hasta bireyin beklentilerinin farkında olması gerekmektedir (Algier ve ark. 2005). Bakımın algılanmasında, hastalar ve hemşirelerin algılamaları arasında farklılıklar olduğu belirtilmektedir (Suhonen ve ark. 2011a). Hastaların ve hemşirelerin bakım algılarının karşılıklı olarak tutarlı olması, verilen bakımdan hasta bireyin daha çok faydalanmasını ve taburculuk sonrası sürece uyum sağlamasında önemlidir (Algier ve ark. 2005). Son yıllarda bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hem hastalar hem de hemşireler tarafından değerlendirilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (Karayurt ve ark. 2018). Bu bağlamda çalışma, dahili ve cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların ve bu kliniklerde çalışan hemşirelerin, bireyselleştirilmiş bakım algıları ve bu algıları etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Tartışma 3 bölümde incelenmiştir:

5.1. Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada hastaların BBS-B ölçeği toplam puan ortalamaları 4.35 ± 0.67 idi (Tablo 3.1.). BBS-B'den alınabilecek en yüksek madde toplam puan ortalamasının 5.0 olduğu dikkate alındığında, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Tekin (2011)'in ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirdiği çalışmada 4.26 ± 0.07 , Kaplan (2015)'nın nöroşirürji kliniğindeki hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirdiği çalışmada 4.02 ± 0.64 ve Rose (2016)'un radyasyon onkoloji servisindeki hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirdiği çalışmada 4.44 ± 0.74 olarak belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarında hastaların bakımında bireyselliği algılama düzeyleri yüksek olup paralellik göstermektedir.

Araştırmada hemşirelerin BBS-B ölçeği toplam puan ortalamaları 3.88 ± 0.90 idi (Tablo 3.2.). BBS-B'den alınabilecek en yüksek madde toplam puan ortalamasının 5.0 olduğu dikkate alındığında, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek fakat hastalara göre daha düşük olduğu belirlendi. Bu bulgu, Rose (2016)'un radyasyon onkoloji servisindeki hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirdiği çalışmada 4.57 ± 0.33 , Karayurt ve ark. (2018)'nin hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarını ve görüşlerini incelediği çalışmada 3.93 ± 0.77 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızda ki hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu farkın bizim çalışmamızdaki hemşirelerin meslekte deneyiminin daha az olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarına ilişkin ölçek alt boyutları incelendiğinde; en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla, karar verme kontrolü 4.55 ± 0.63 , kişisel yaşam durumu 4.33 ± 0.77 ve klinik durum 4.09 ± 0.86 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4.1.). Bu sıralama, Kaplan (2015)'nin çalışmasında karar verme kontrolü 4.16 ± 0.70 , klinik durum 4.10 ± 0.80 ve kişisel yaşam durumu 3.87 ± 0.72 , Rose (2016)'un çalışmasında ise karar verme kontrolü 4.64 ± 0.55 , klinik durum 4.44 ± 0.74 ve kişisel yaşam durumu 4.23 ± 0.81 olarak belirlenmiştir. Hasta bireyin kendi bakımında söz sahibi olması ve kendi bakımıyla ilgili kararlara katılma

gibi konularda bireyselliklerinin desteklendiği karar verme alt boyutunun her üç çalışmada da ilk sırada olması benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin ise alt boyut madde puan ortalaması en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla klinik durum 3.96 ± 0.95 , karar verme kontrolü 3.93 ± 0.99 , kişisel yaşam durumu 3.65 ± 0.89 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Rose (2016)'un, çalışmasında karar verme kontrolü 4.66 ± 0.42 , klinik durum 4.64 ± 0.37 , kişisel yaşam durumu 4.31 ± 0.40 olarak bulunmuş olup, Karayurt ve ark. (2018) 'nın yaptıkları çalışmada ise sırasıyla klinik durum 4.09 ± 0.83 , karar verme kontrolü 4.00 ± 0.86 , kişisel yaşam durumu 3.54 ± 0.95 olarak sıralandığı görülmüştür. Çalışma sonuçlarında hasta bireyin değerleri, alışkanlıkları, aktiviteleri, istekleri ve hastane deneyimi gibi konularda bireyselliklerinin desteklendiği kişisel yaşam durumu alt boyutunda hemşirelerin en düşük puan ortalamasına sahip olması benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hasta ve hemşirelerin BBS-B ölçek maddelerinin en yüksek ilk 3 madde puan ortalamaları incelendiğinde, hastalar için yapılan açıklamaları anlama 4.79 ± 0.59 , istedikleri zaman ailelerin bakımlarında yer alması 4.76 ± 0.61 ve kendi bakımında elinden geldiği kadar sorumluluk üstlenmesi 4.74 ± 0.63 olarak belirlenmiştir. Hemşireler için ise hastaların korku ve endişelerini dikkate alma 4.20 ± 1.19 , hastalara durumları hakkında bilgi verme 4.18 ± 2.00 ve hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin dikkate alınması 4.12 ± 1.01 olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.1.). Rose (2016)'un, çalışmasında ise hastalar için hastanede verilen bilgilere uyması 4.86 ± 0.48 , durumu hakkında hemşirelerden yeterli bilgi alması 4.78 ± 0.54 , kendi bakımında elimden geldiği kadar sorumluluk alması 4.73 ± 0.57 olarak belirlenmiştir. Hemşireler ise hastaların yapılan açıklamaları anladıklarından emin olması 4.93 ± 0.25 , hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin dikkate alınması 4.87 ± 0.34 , hastaların hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate alınması 4.83 ± 0.37 olarak belirtmiştir. Her iki çalışmada da hastalar için kendi bakımında elinden geldiği kadar sorumluluk üstlenmesi, hemşireler için ise hastaların hemşirelik bakım gereksinimlerinin dikkate alınması benzer sonuçları oluşturmaktadır.

Hasta ve hemşirelerin BBS-B toplam puanında ($p=0.000$) ve klinik durum ($p=0.001$), kişisel yaşam durumu ($p=0.000$), karar verme kontrolü ($p= 0.000$) alt

boyutlarında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.1). Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında, benzer şekilde hasta ve hemşirelerin bakım algıları arasında farklılıklar gözlenmiştir (Kurşun 2010; Rose 2016). Bakım kalitesini artırmak için hem hemşirelerin hem de hastaların bakım algılarının değerlendirilmesinin gerekli olduğu söylenebilir.

5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların **yaş gruplarına** göre bireyselleştirilmiş bakım algıları incelendiğinde, yaş grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 4.2.1.). Yapılan çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde hastaların yaş gruplarına göre bakım algılarının farklılık göstermediği belirtilmektedir (Şişe 2013; Gül ve Dinç 2018). Çalışmamızda hastaların yaş grupları ile kişisel yaşam durumu alt boyutu arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.2.1.). Yapılan bir çalışmada da hastaların yaş grupları ile kişisel yaşam durumu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (Suhonen ve ark. 2017). Hastaların yaşı ilerledikçe günlük yaşam aktivitelerini karşılamada daha çok desteğe ihtiyaç duymalarından dolayı bireyselleştirilmiş bakım algılarının arttığı söylenebilir.

Hastaların **eğitim durumuna** göre bireyselleştirilmiş bakım algıları incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algısının azaldığı belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.2.1.). Çalışma sonuçlarımız Tekin ve Fındık (2015), Ceylan ve Eser (2016) ve Köberich ve ark. (2016)'nın çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermekte olup, eğitim düzeyi düşük hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan hastaların farkındalıklarının daha yüksek olmasının, bakım algılarını azalttığı söylenebilir.

Hastaların **çalışma durumlarına** göre bireyselleştirilmiş bakım algıları incelendiğinde, bireyselleştirilmiş bakım algısının çalışmayan hastalarda daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2.1.). Köberich ve ark. (2016)'nın, çalışma sonucunda da benzer olarak çalışmayan hastaların BBS-B toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının, çalışan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği belirtilmiştir. Kurşun (2010)

ve Şişe (2013)'nin, çalışmalarında da istatistiksel yönden bir anlamlılık olmamasına rağmen çalışmayan hastaların hemşirelik bakımı algılarını çalışan hastalara göre daha yüksek bulmuşlardır. Hastaların eğitim durumları ve çalışma durumlarına yapılan çoklu regresyon analizinde en son kalan değişken eğitim durumudur. Bu bulgu çalışmayan hastaların eğitim durumlarının düşük olmasından dolayı bakım algılarının daha yüksek olmasını düşündürebilir.

Hastaların *hemşirelerin bire bir ilgilenme durumuna* göre bireyselleştirilmiş bakım algıları incelendiğinde, hemşirelerin birebir ilgilendiğini düşünen hastaların bakım algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.2.2.). Kaplan (2015), çalışmasında benzer şekilde hemşirelerin kendileri için ellerinden geleni yaptığını düşünen hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının, düşünmeyen hastalara göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğunu belirtmiştir. Kurşun (2010)'da çalışmasında hastaların algıladığı bakım kalitesinin hemşirelerin bire bir ilgilendiğini düşünen hastalarda daha yüksek olduğunu bulmuştur. Bu çalışma sonuçları bizim bulgumuzla paraleldir.

Hastaların *hemşirelik bakımını yeterli bulma durumlarına* göre bireyselleştirilmiş bakım algıları incelendiğinde, hemşirelik bakımının yeterli olduğunu düşünen hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2.2.). Kaplan (2015)'in, çalışmasında bulgumuza benzer olarak hemşirelik bakımı açısından tekrar aynı kurumu tercih edecek olan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının, tekrar aynı kurumu tercih etmeyecek olan hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu görülmüştür. Kurşun (2010)'da çalışmasında benzer şekilde hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetleri arttıkça bakım kalitesini algılamalarının arttığını belirtmektedir. Çalışma sonuçları hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algılarının da arttığı yönünde yorumlanabilir.

5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin *yaş gruplarına* göre bireyselleştirilmiş bakım algılarının değişmediği belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2.3.). Suhonen ve ark. (2010c) ve Idvall

ve ark. (2012)'nın hemşirelerin yaş grupları arasındaki farkın bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilemediğini gösteren çalışmaları olmasına karşın, Can (2013), Özdemir (2015) ve Rose (2016)'un, çalışmalarında yaş grubu yüksek olan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının yüksek olduğunu belirten çalışmalar mevcuttur. Bu durumun çalışmalardaki örneklem grubunun farklı olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Hemşirelerin *eğitim durumuna* göre bireyselleştirilmiş bakım algıları incelendiğinde, lisansüstü eğitim durumuna sahip hemşirelerin BBS-B toplam puanlarının yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2.3.). Literatür incelendiğinde; hemşirelerin eğitim durumunun bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilemediğini (Idvall ve ark. 2012) ve hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur (Suhonen ve ark. 2011b; Karayurt ve ark. 2018). Eğitim düzeyinin artması hemşirelerin hastalara daha kaliteli bakım vermesini sağlayarak, hastaların ve hemşirelerin bakım algısının artmasına neden olabilir. Çalışmamızda istatistiksel olarak farklı çıkmamasının nedeni hemşirelerin bakım uygulamaları dışındaki görevi olmayan işlerde de çalıştırılmasından kaynaklandığı yönünde değerlendirilebilir.

Hemşirelerin *toplam çalışma yılına* göre bireyselleştirilmiş bakım algılarına bakıldığında, 16 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin BBS-B toplam puanları daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2.4.). Rose (2016), çalışmasında da 20 yıldan daha uzun çalışan hemşirelerin bakım algısının daha yüksek olduğunu buna karşın istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Idvall ve ark. (2012), çalışmalarında meslekte deneyimin bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilemediğini belirtmektedirler. Meslekte çalışma yılı arttıkça bununla birlikte mesleki yıpranmanın da artmasıyla verilen bakım kalitesinin azaldığı düşünülebilir.

Hemşirelerin *haftalık çalışma saati* bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilememekle birlikte ($p>0.05$, Tablo 4.2.4.), Idvall ve ark. (2012)'nin, yaptığı benzer çalışmada da hemşirelerin çalışma saatinin bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilemediği görülmüştür. Bununla birlikte hemşirelerin *çalışma şekline* göre bireyselleştirilmiş bakım algılarına bakıldığında, gündüz vardiyasında çalışan

hemşirelerin BBS-B toplam puan ve karar verme kontrolü alt boyutunun daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.2.4.). Suhonen ve ark. (2011a)'nın, çalışmalarında da benzer şekilde hemşirelerin çalışma şeklinin bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilediğini belirtmektedirler. Gündüz çalışan hemşirelerin karar verme alt boyutunun daha yüksek olmasını, gündüz hemşire başına düşen hasta sayısının daha az olmasından kaynaklandığı yönünden değerlendirebiliriz.

Sonuç olarak hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmış olup bireyselleştirilmiş bakım algısının hasta ve hemşireye ait özelliklerden etkilendiği belirlenmiştir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda sonuçlar 3 bölümde sunulmuştur.

6.1.1. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algısına Yönelik Sonuçlar

1. Hastaların eğitim düzeyi arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algısının azaldığı,
2. Çalışmayan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının daha yüksek olduğu,
3. Hemşirelerin birebir ilgilendiğini düşünen hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının daha yüksek olduğu,
4. Hemşirelik bakımının yeterli olduğunu düşünen hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının daha yüksek olduğu,
5. Hastaların cinsiyetinin, medeni durumunun, yaşadığı yerin, hastanede yatış süresinin, başka hastalığa sahip olma durumunun, daha önce hastanede yatış durumunun, kliniğe gelme şeklinin, refakatçi durumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir.

6.1.2. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısına Yönelik Sonuçlar

1. Gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının BBS-B toplam puan ve karar verme kontrolü alt boyutunda daha yüksek olduğu,
2. Hemşirelik bakımını yeterli bulan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının daha yüksek olduğu,
3. Hemşirelerin yaşının, cinsiyetinin, eğitim durumunun, medeni durumunun, mesleği isteyerek seçme durumunun, toplam çalışma yılının, bulunduğu klinikte çalışma yılının, haftalık çalışma saatinin, günlük bakım verilen hasta sayısının, yatışları sırasında hastalar ile birebir ilgilenme durumunun hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olmadığı belirlenmiştir.

6.1.3. Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısının Karşılaştırılmasına Yönelik Sonuçlar

1. Hastaların BBS-B ölçek puan ortalamalarının, hemşirelerin BBS-B ölçek puan ortalamalarından istatistiksel açıdan yüksek olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Hemşirelerin çalışma şekillerinin iyileştirilmesi,
- ✓ Hastaya özgü hemşirelik bakımı planlarken hastanın eğitim durumunun özellikle dikkate alınması,
- ✓ Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermelerinin önündeki engellerin belirlenerek kaldırılması,
- ✓ Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarına yönelik gerçekleştirilen bilimsel programlara katılmaları konusunda teşvik edilmesi,
- ✓ Hemşirelerin ve hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendiren çalışmaların daha geniş örneklem grubunda farklı değişkenler açısından değerlendirilerek yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

- Acaroğlu R, Suhonen R, Şendir M, Kaya H. Reliability And Validity Of Turkish Version Of The Individualised Care Scale. *Journal Of Clinical Nursing*. 2010; 20(1-2): 136-45.
- Acaroğlu R, Şendir M. Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirme Skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2012; 20(1); 10-16.
- Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Sosyal E. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa ilişkin Yaşam Kalitesine Etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2007; 15(59): 61-67.
- Algier L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S. Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Girişimlerinin Önemi Algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;9(1):33-40.
- Alpar ŞE. Sağlık Bakım Sistemi, Sağlık Ekibi ve Hemşirenin Roller, Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Editör: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu. Alter Yayıncılık, 2009.
- Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B. Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011; 4(3): 137-40.
- American Nurses Association. What Is Nursing? Erişim Adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/>. Erişim Tarihi: 21.05.2019.
- Aştı AT, Karadağ A. Hemşirelik Esasları; Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, 2013.
- Ay FA. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler; Mesleki Temel Kavramlar. Nobel Tıp Kitabevleri. 2013, 5. Baskı.
- Babadağ K. Hemşirelik ve Değerler. Ankara, Alter Yayıncılık. 2010, 1. Baskı.
- Baykara ZG. Hemşirelik Bakımı Kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 2014; 1(2): 92-99.
- Bayraktar D, Eşer İ. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum Ve Davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;20 (3):188-94.
- Birol L. Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Berke Ofset Matbaacılık, 2013.
- Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2015; 23(1): 32-40.
- Cerit B, Çokşun S. Hasta Ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Kalitesine İlişkin Algıları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*. 2018; 9(2): 103-9.
- Ceylan B, Eser I. Assessment Of Individualized Nursing Care İn Hospitalized Patients İn A University Hospital İn Turkey. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24(7): 954-61.
- Ceylan B. Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2014; 30(3): 59-67.
- Dikmen Y, Yılmaz DK, Usta YY. Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2016; 8: 72-87.
- Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. Hemşirelik Sürecinin Evrimsel Gelişimi Hemşirelik Süreci. *Lokman Hekim Dergisi*. 2017;7(1):1-5.

- Ersoy E. Cinsiyet Kültürü İçerisinde Kadın ve Erkek Kimliği. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2009; 17(2): 209-30.
- Eşer İ, Orkun N, Çetin P. Hemşirelik İmajı ve 1950’li Yıllarda Bir Seri İlan. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2017; 10(4): 275-78.
- Gedük EA. Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Roller. HSP. 2018;5(2): 253-58.
- Göriş S, Kılıç Z, Ceyhan Ö, Şentürk A. Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2014;5(3):137-42.
- Gül Ş, Dinç L. Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2018; 5(3): 192-208.
- Idvall E, Berg A, Katajisto J, Acaroglu R, Luz MD, Efstathiou G, Kalafati M, Kanan N, Leino-Kilpi H, Lemonidou C, Papastavrou E, Sendir M, Suhonen R, Nurses' Sociodemographic Background And Assessments Of Individualized Care. Journal of Nursing Scholarship. 2012; 44(3): 284-93.
- International Council of Nurses. Nursing Definitions. Erişim Adresi: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions> Erişim Tarihi: 21.05.2019.
- Kaplan CB. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi.Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.İstanbul. 2015 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Rengin Acaroğlu).
- Karaahmetoğlu GU, Alpar ŞE. Hemşirelik Bakım Rolü Oryantasyon Ölçeği’nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirliği. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2017; 6(1):1-7.
- Karaöz S. Turkish Nursing Students Perception Of Caring. Nurse Education Today. 2005; 25(1): 31-40.
- Karayurt Ö, Ursavaş EF, İşeri Ö. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Verme Durumlarının ve Görüşlerinin İncelenmesi. Artvin Çoruh Üniversitesi. 2018; 9(2):163-69.
- Kıvanç MM, Keskin G. Bakımın Yönetimi. Hemşirelik Esasları, Hemşirelik Bilim ve Sanatı. Editörler: Türkinaz Atabek Aştı. Ayşe Karadağ. Akademi Basın ve Yayıncılık. 2013.
- Koçak C, Albayrak SA, Duman NB. Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği Geliştirilmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2014;11(3): 16-21.
- Kol E, Geçkil E, Arıkan C, İltar M, Özcan Ö, Şakırgün E, Ümmühan D, Uygun G, Kılıç D, Macit M, Uslular E, Sızlı A, Çakır N, Solak D, Kavgacı A, Sabancıoğulları S, Atay S. Türkiye’de Hemşirelik Bakım Algısının İncelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017; (3): 163-72.
- Köberich S, Feuchtinger J, Farin E. Factors Influencing Hospitalized Patients’ Perception Of Individualized Nursing Care: A Cross-Sectional Study. BMC Nursing. 2016; 15: 14.
- Kurşun Ş, Kanan N. Bakım Davranışları Ölçeği-24’ün Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(4): 229-35.
- Kurşun Ş. Genel Cerrahi Servisinde Hasta Ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi.İstanbul 2010 (Tez Danışmanı: Prof Dr. Nevin KANAN).
- Land L, Suhonen R. Orthopaedic and Trauma Patients' Perceptions Of Individualized Care. International Nursing Review. 2009; 56(1): 131-37.

- Özdemir NG. Hemşirelerin Empatik Eğilim Ve Empatik Becerileri İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2015 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Merdiye Şendir).
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Mattek Matbaacılık. 2010, 4. Bölüm.
- Özkan HA, Bilgin Z. Hemşireliğin Felsefi Özü İyileştirme ve İyileştirici Bakım Yöntemleri. HSP 2016; 3(2): 191-200.
- Özpuat F. Sağlıkın Korunması ve Geliştirilmesinde Hemşirenin Çağdaş Bir Rolü: Eğitici Kimliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı. 2010; 293-97.
- Öztunç G. Hemşireliğin Doğası, Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Editörler Prof. Dr. Türkinaz Atabek Aştı. Prof. Dr. Ayşe Karadağ. Akademi Basın Ve Yayıncılık, 2013.
- Papastavrou E, Acaroglu R, Sendir M, Berg A, Efstathiou G, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Leino-Kilpi H, Lemonidou C, Da Luz MD, Suhonen R. The relationship between individualized care and the practice environment: an international study. International Journal of Nursing Studies. 2015; 52(1): 121-33.
- Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi. Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. İstanbul Medikal Yayıncılık. 2013.
- Radwin LE, Alster K. Individualized Nursing Care: An Empirically Generated Definition. International Nursing Review. 2002; 49(1): 54-63.
- Rasooli AS, Zamanzadeh V, Rahmani A, Shahbazpoor M, Patients' Point Of View About Nurses' Support Of Individualized Nursing Care In Training Hospitals Affiliated With Tabriz University Of Medical Sciences. Journal of Caring Sciences. 2013; 2(3):203-9.
- Reed PG, Shearer NC, Nıcalı LH. Perspectives on Nursing Theory. Philadelphia. Lippincott Wilkams & Wilkins. 2004.
- Rodríguez-Martín B, Martin-Martin R, Suhonen R. Individualized Care Scale-Patient: A Spanish Validation Study. Nursing Ethics. 2018; 1-14.
- Rose PM. Individualized Care in the Radiation Oncology Setting From the Patients' and Nurses' Perspectives. Cancer Nursing. 2016;39(5): 411-22.
- Rose PM. Patients Characteristics Informing Practice: Improving Individualized Nursing Care In The Radiation Oncology Setting. Support Care Cancer. 2018; 26(10): 3609-618.
- Sabuncu N, İlhan SE. Hemşirelikte Temel Kavramlar, Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Editör: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu. Alter Yayıncılık, 2009.
- Shurique M, While A, Fitzpatrick J. Nursing Work in Jordan: An Example of Nursing Work in the Middle East. Journal Of Clinical Nursing. 2008;17: 999-1010
- Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Karlou C, Balogh Z, Papastavrou E. Patients' And Nurses' Perceptions Of Individualised Care: An International Comparative Study. Journal of Clinical Nursing. 2011a; 21(7-8): 1155-167.
- Suhonen R, Stolt M, Berg A, Katajisto J, Lemonidou C, Patiraki E, Sjövall K, Charalambous A. Cancer Patients' Perceptions Of Quality-Of-Care Attributes-Associations With Age. Perceived Health Status. Gender And Education. Journal of Clinical Nursing. 2017; 27(1-2): 306-16.
- Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Lemonidou C, Kalafati M, Antunes da Luz MD, Idvall E, Berg A, Acaroglu R, Sendir M, Kanan N, Sousa VD, Katajisto J, Va "lima "ki M,& Leino-Kilpi

- H. Nurses' Perceptions Of Individualized Care: An International Comparison. *Journal Of Advanced Nursing*. 2011b; 67(9): 1895–907.
- Suhonen R, Alikleemola P, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Nurses' Assessments Of Individualized Care In Long-Term Care Institutions. *Journal Of Clinical Nursing*. 2011c; 21: 1178-188
- Suhonen R, Land L, Valimaki M. Impact Of Patient Characteristics on Orthopaedic and Trauma Patients' Perceptions of Individualised Nursing Care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 2010a; 8: 259-67
- Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Vaalimaki M, Leino-Kilpi H. Individualized Care Scale – Nurse Version: A Finnish Validation Study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2010b; 16(1): 145–54.
- Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Nurses' Perceptions Of Individualized Care. *Journal Of Advanced Nursing*. 2010c; 66(5): 1035-46.
- Suhonen R, Leino-Kilpi H, Valimaki M. Development And Psychometric Properties Of The Individualized Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2005; 11(1): 7-10.
- Suhonen R, Schmidt LA, Radwin L. Measuring Individualized Nursing Care: Assessment Of Reliability And Validity Of Three Scales. *Journal Of Advanced Nursing*. 2007; 59(1): 77–85.
- Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J. Developing And Testing An Instrument For The Measurement Of Individual Care. *Journal Of Advanced Nursing*. 2000; 32(5): 1253-263.
- Şendir M, Acaroğlu R, Kanan N, Shonen R, Katajisto J. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği - Hemşire Versiyonu'nun Türkçe Geçerlik Ve Güvenirliği. 1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Kitabı. Ege Üniversitesi Basımevi Müdürlüğü, İzmir. 2010, 129.
- Şişe Ş. Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2013; 14: 69-75.
- Taylan S, Alan S, Kadioğlu S. Hemşirelik Roller ve Özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2012; 3: 66-74.
- Tekin F, Fındık UY. Level of Perception of Individualized Care and Satisfaction With Nursing in Orthopaedic Surgery Patients. *Orthopaedic Nursing*. 2015; 34(6): 371-74.
- Tekin F. Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama Ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Edirne. 2011 (Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Fındık).
- Tilev S, Beydağ KD. Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*. 2014; 3(1): 140-47.
- Türk Dil Kurumu. Erişim Adresi: <http://sozluk.gov.tr/>. Erişim Tarihi: 24.06.2019.
- Yalçın N, Aştı T. Hemşire-Hasta Etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2011;19(1):54-59.
- Yıldız FT, Cingol N, Yıldız I, Kaşıkçı M. Nurses' Perceptions of Individualized Care: A Sample from Turkey. *International Journal of Caring Sciences*. 2018; 11(1): 246-53.
- Yılmaz FA, Şentürk S, Yalçın P, Başoğlu SS. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayış Düzeylerinin Belirlenmesi. *Göller Bölgesi Aylık Hakemli Ekonomi ve Kültür Dergisi*. 2018; 5(59): 61-66.
- Yılmaz UD, Dilemek H, Yılmaz D, Korhan EA, Çelik E, Rastgel H. Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutumları Ve İlişkili Faktörler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2017; 10: 83-100.

Yiğitbaşı Ç, Deveci SE. Bir Grup Hastanın Hemşirelik Bakımı Algısı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2014; 2(2);1-10.

8.EKLER

EK-A

HASTA BİLGİ FORMU

Değerli katılımcı, bu araştırma yüksek lisans tezi olarak “**Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı’nın**” incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu formda ve Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-B-Hasta versiyonunda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz bireyselleştirilmiş bakımın öneminin belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece bu çalışma kapsamında kullanılacaktır.

İlginiz ve katkınız için şimdiden **TEŞEKKÜR EDERİM.**

Hem. Ebru BEKMEZCİ

I. Sosyodemografik Özellikler

- 1- Yaş:.....
- 2- Cinsiyet:
 1. () Kadın
 2. () Erkek
- 3- Eğitim durumu:
 1. () İlköğretim-Ortaöğretim
 2. () Lise
 3. () Üniversite ve üstü
- 4- Meslek:
 1. () Çalışıyor
 2. () Çalışmıyor
- 5- Medeni durum:
 1. () Evli
 2. () Bekâr
- 6- Yaşadığınız yer:
 1. () İl
 2. () İlçe
 3. () Kasaba
 4. () Köy

II. Hastalığa İlişkin Özellikler

- 1- Hastalığınız nedir?.....
- 2- Kaç gündür hastanede yatıyorsunuz?.....
- 3- Hangi klinikte yatıyorsunuz?

1. () Nöroloji
2. () Kardiyoloji
3. () Göğüs hastalıkları
4. () Onkoloji
5. () Hematoloji
6. () Nefroloji
7. () Endokrin
8. () Gastroenteroloji
9. () İntaniye
10. () Genel cerrahi
11. () Kadın doğum
12. () Ortopedi ve travmatoloji
13. () Beyin ve sinir cerrahisi
14. () Göğüs cerrahisi
15. () Kalp damar cerrahisi
16. () Plastik cerrahi
17. () Kulak burun boğaz
18. () Üroloji
19. () Göz

4- Şu anki hastalığınız dışında başka hastalıklarınız var mı?

1. () Evet
2. () Hayır

5- Daha önce hastanede yattınız mı?

1. () Evet (Evet ise kaç kez.....)
2. () Hayır

6- Bu kliniğe nasıl geldiniz?

1. () Acil Birimden Nakil
2. () Planlı /Evden
3. () Yoğun Bakımdan Nakil

7- Yanınızda refakatçiniz var mı?

1. () Var
2. () Yok

8- Bu hastalık yaşantınızı etkiledi mi?

1. () Evet
2. () Hayır

9- Yatışınız sırasında hemşireler sizinle bire bir olarak ilgilendiler mi?

1. () Evet
2. () Hayır

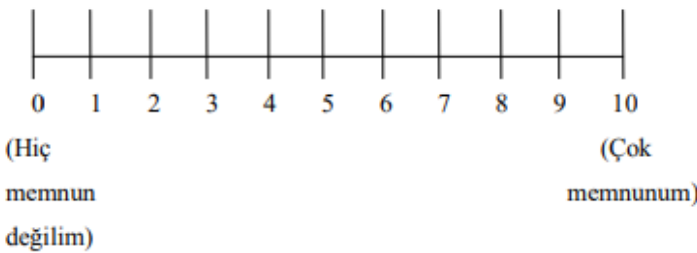
10- Size göre hemşirelerin sizinle bire bir olarak ilgilenmesi önemli midir?

1. () Evet
2. () Hayır

11- Sizce verilen hemşirelik bakımı yeterli midir?

1. () Evet
2. () Hayır

12- Hemşirelik bakımına verdiğiniz puanı ölçek üzerinde gösteriniz (Sayı olarak belirtiniz).



EK-B**Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta**

		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
B01	Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B02	Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B03	Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım.	1	2	3	4	5
B04	Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B05	Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B06	Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B07	Bakımım sırasında, hastalığımın kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B08	Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş,hobiler) dikkate aldılar.	1	2	3	4	5
B09	Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B10	Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen).	1	2	3	4	5
B11	Ailem, istediğim zaman bakımımda yer aldılar.	1	2	3	4	5
B12	Hastanede bana verilen bilgilere uydum.	1	2	3	4	5
B13	Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım.	1	2	3	4	5
B14	Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar.	1	2	3	4	5
B15	Bakımım ile ilgili kararlara katıldım.	1	2	3	4	5
B16	Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B17	Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim.	1	2	3	4	5

Değerli Meslektaşım,

Bu araştırma, “**Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı’nın**” incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Uygulanan ankette, sosyo-demografik özellikler ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire versiyonu ile ilgili sorular yer almaktadır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece bu çalışma kapsamında kullanılacaktır. Lütfen her soruyu yanıtlayınız.

İlginiz ve katkınız için şimdiden **TEŞEKKÜR EDERİM.**

Hem. Ebru BEKMEZCİ

I. Sosyodemografik Özellikler

- 1- Yaş:.....**
- 2- Cinsiyet:**
 1. () Kadın
 2. () Erkek
- 3- Eğitim durumu:**
 1. () Lise/ Önlisans
 2. () Lisans
 3. () Yüksek Lisans veya Doktora
- 4- Medeni durum:**
 1. () Evli
 2. () Bekar
- 5- Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?**
 1. () Evet
 2. () Hayır

II. Çalıştığı Kliniğe İlişkin Özellikler

- 1- Hangi klinikte çalışıyorsunuz?**

1. () Nöroloji	11. () Kadın doğum
2. () Kardiyoloji	12. () Ortopedi ve travmatoloji
3. () Göğüs hastalıkları	13. () Beyin ve sinir cerrahisi
4. () Onkoloji	14. () Göğüs cerrahisi
5. () Hematoloji	15. () Kalp damar cerrahisi
6. () Nefroloji	16. () Plastik cerrahi
7. () Endokrin	17. () Kulak burun boğaz
8. () Gastroenteroloji	18. () Üroloji
9. () İntaniye	19. () Göz
10. () Genel cerrahi	

2- Toplam çalışma yılınız:.....

3- Bu klinikte çalışma yılınız:.....

4- Haftalık çalışma saatiniz (ortalama):

5- Günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı?.....

6- Çalışma Şekliniz:

1. () Gündüz vardiyası
2. () Gece vardiyası
3. () Her ikisi

7- Hastalar ile bire bir olarak ilgilenmeniz önemlidir.

1. () Evet
2. () Hayır

8- Yatışları sırasında hastalar ile bire bir olarak ilgilenir misiniz?

1. () Evet
2. () Hayır

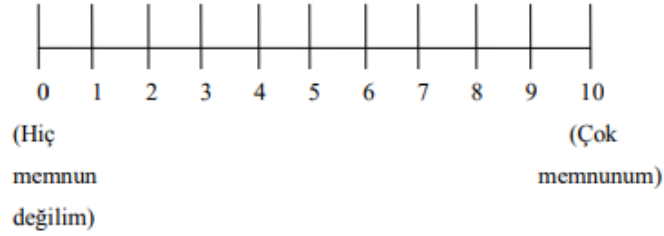
9- Sizce hemşirelerin verdiği bakım yeterli midir?

1. () Evet (Cevabınız evet ise 11. Soruya geçiniz)
2. () Hayır

10- Hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenleri işaretleyiniz. (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

1. () Hemşirelerin istediği serviste çalışamaması
2. () Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması
3. () Serviste çalışan hemşire sayısının yetersiz olması
4. () Hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olması
5. () Bakım için yeterli zamanın olmaması
6. () Hastanın bakım beklentisinin olmaması
7. () Diğer.....

11- Verdiğiniz hemşirelik bakımından ne kadar memnun olduğunuzu ölçek üzerinde gösteriniz (Sayı olarak belirtiniz).



EK-D Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire

		Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
B01	Onların, hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B02	Hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B03	Hastalar bakımlarında,yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlendiler.	1	2	3	4	5
B04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B05	Hastaların korku ve endişelerini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B07	Hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B08	Hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate aldım (örn.iş.boş zaman aktiviteleri).	1	2	3	4	5
B09	Daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B10	Hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarını dikkate aldım (ör: kişisel hijyen).	1	2	3	4	5
B11	Hastalarım istediğinde aileleri onların bakımında yer aldılar.	1	2	3	4	5
B12	Yapılan açıklamaları anladıklarından emin oldum.	1	2	3	4	5
B13	Onlara, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verdim.	1	2	3	4	5
B14	Bakımlarına ilişkin isteklerini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B15	Hastalar, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katıldılar.	1	2	3	4	5
B16	Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini dikkate aldım.	1	2	3	4	5
B17	Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip oldular.	1	2	3	4	5

EK- E: Gönüllü Bilgilendirme Formu (Hemşireler İçin)

Değerli meslektaşımız, hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra araştırmacı tarafından size hemşire bilgi formu (EK-C) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire (EK-D) ölçeği verilecektir. Bu formlarda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz bireyselleştirilmiş bakımın öneminin saptanması ve hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının belirlenmesinde bilgi oluşturacak ve hastaların hemşirelik bakımının geliştirilmesine olumlu katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmaya, katılmama veya katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahiptir. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım.

Sorumlu araştırmacılar:

Arş. Gör. Ebru BEKMEZCİ

E-Mail: ebrubekmezci42@gmail.com

Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi.

Dr. Öğr. Üyesi: Serpil SÜ

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi.

E-mail: ssu@konya.edu.tr

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

EK- F: Gönüllü Bilgilendirme Formu (Hastalar İçin)

Değerli hastamız/yakını, hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını değerlendirmek amacıyla bir araştırma yapmaktayız. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra araştırmacı tarafından size hasta bilgi formu (EK-A) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta (EK-B) ölçeği verilecektir. Bu formlarda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz bireyselleştirilmiş bakımın öneminin saptanması ve hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının belirlenmesinde bilgi oluşturacak ve hastaların hemşirelik bakımının geliştirilmesine olumlu katkı sağlayacaktır.

Bu araştırmaya, katılmama veya katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışmanın uygulanması sırasında bakım ve tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım.

Sorumlu araştırmacılar:

Arş. Gör. Ebru BEKMEZCİ

E-Mail: ebrubekmezci42@gmail.com

Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi.

Dr. Öğr. Üyesi: Serpil SÜ

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi.

E-mail: ssu@konya.edu.tr

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

**EK-G: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz
Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı**

T.C. NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI	
Toplantı Sayısı:72	Toplantı Tarihi: 29.06.2018
Karar Sayısı:2018/1444:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Serpil SÜ' nün "Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 14.06.2018 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Ebru BEKMEZCI' nin yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Serpil SÜ' nün sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.	
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.	
Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Serpil SÜ	
Yardımcı Araştırmacı: Ebru BEKMEZCI	
ASLI GİBİDİR 29.06.2018	
Prof. Dr. Saim AÇIKGÖZOĞLU İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı	

EK-H Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kurum İzni



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başmüdürlüğü

Sayı : 14567952-900-E.47331
Konu : Tez Projesi Çalışma İzni Hakkında

18/07/2018

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11/07/2018 tarihli ve 12866609-300-E.45435 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebru BEKMEZCİ'nin "**Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı**" başlıklı tez çalışmasını hastanemiz Dahili ve Cerrahi Kliniklerinde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Ahmet TEKİN
Başhekim

Adres: Yunus Emre Mah. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi
Telefon: 0332 223 60 01 Faks: Elektronik Ağ: <http://www.konya.edu.tr>

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi <https://ebyssorgu.konya.edu.tr> adresinden 27M6-9UBK-STSK kodu ile yapılabilir.

EK-I Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası İzinleri

 **Ebru BEKMEZCİ** <ebrubekmezci42@gmail.com> 9 Nis (9 gün önce) ☆ ↶ ↷

Alıcı: rencar

Sayın Rengin ACAROĞLU Hocam;

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tezimde "Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının İncelenmesi" başlıklı konuyu çalışmayı planlamaktayım. "Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS)" ölçeklerinizi izninizle kullanmak istiyorum. Ölçeklerinizi, yönergesini göndermenizi ve izniniz konusunda cevaplarınızı bekler, iyi çalışmalar dilerim.

...

 **RENGİN ACAROĞLU** 12.25 (17 dakika önce) ☆ ↶ ↷

Alıcı: bana

Merhaba Ebru Hanım,

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Hasta ve Hemşire Versiyonlarını kullanabilirsiniz. Ancak, ölçeği geliştiren Suhonen'den de izin almanız gerekiyor. Ekte skalalar ile ilgili makaleyi gönderiyorum. Yardıma gereksinim duyduğunuzda arayabilirsiniz.

İyi çalışmalar,
Prof.Dr.Rengin Acaroğlu

9 Nisan 2018 20:24 tarihinde Ebru BEKMEZCİ <ebrubekmezci42@gmail.com> yazdı:

...

Ynt: ABOUT SCALES PERMISSION

 **ebru bekmezci**
Cum 27.04.2018, 12:51

Dear Prof. Riitta Suhonen,

I am a student in the master program of Necmettin Erbakan University. I would like use to Individualized Care Scale and Individualized Care Scale- Nurse version for my thesis research. Prof. Merdiye Şendire told me that I have to get permission from Prof. Suhonen.

Could you give me permission to use Individualized Care Scale Nurse and Patient version scales for my master thesis research. Thank you for interest.

Yours sincerely

 **Riitta Suhonen** <suhonen.riitta@kolumbus.fi>
Paz 6.05.2018, 14:46
Siz

Dear Ebru Bekmezci

Thank you for your interest for the ICS scales. please, go to the web-site and fill in the application form

<http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/older-individuals/ICS/Pages/permission.aspx>

Br Riitta Suhonen

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Ebru BEKMEZCİ

Doğum Tarihi: 20.05.1995

Doğum Yeri: Konya

Adres: Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi.

e-mail: ebrubekmezci42@gmail.com

Telefon: 03322234929

Eğitim:

Lisans: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (2017).

Yüksek lisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2017-2019).

Mesleki Deneyim:

KTO Karatay Üniversitesi, Ebelik Bölümü, Lisansüstü Proje Asistanı (2018-2019).

Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Araştırma Görevlisi (2019- Halen devam ediyor).