



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları

[Yüksek Lisans Tezi]

**HEMŞİRELERİN VE KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN
BAKIM ODAKLI HEMŞİRE HASTA
ETKİLEŞİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

Şerife Nur KILINÇER
ORCID: 0000-0002-6824-9748

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT
ORCID: 0000-0002-6193-5569

Konya – 2023

ÖN SÖZ

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez yazım sürecimin her aşamasında bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren, emek veren saygıdeğer danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT' e çok teşekkür ederim.

Hem yüksek lisans eğitim sürecimde hem de tez savunma jürimde bulunan bilgisini, deneyimlerini, görüş ve önerilerini beyan eden Dr. Öğr. Üyesi Serpil SU' ya teşekkür ederim.

Tez savunma jürimde bulunarak kıymetli görüş ve önerilerini açıklayan jüri üyesi Doç. Dr. Yasemin Gümüş Şekerci' ye katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Veri toplama sürecimde çalışmama destek veren tüm meslektaşlarıma ve tüm hastalara geçmiş olsun dileklerimi ileterek teşekkür ederim.

Sevgilerini ve desteklerini hep hissettiğim bana her zaman inanan, güç veren, yanımda olan çok değerli aileme ve dostlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Şerife Nur KILINÇER

Ekim 2023

İÇİNDEKİLER

ÖN SÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ONAY SAYFASI.....	vii
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	viii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	ix
KISALTMALAR.....	x
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Araştırma Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hemşire ve Hemşirelik Kavramı Tanımı	5
2.1.2. Hemşireliğin temel fonksiyonları.....	6
2.1.3. Hemşirelik ve bakım	6
2.2. İletişim.....	8
2.2.1. Hemşire ve hasta iletişimi	8
2.3. Hemşire ve Hasta Etkileşimi	9
2.3.1. Hemşire hasta etkileşimi ile ilgili kuramlar	11
2.3.2. Ide Jean Orlando'nun hemşirelik etkileşim kuramı	12
2.3.3. Watson İnsan Bakım Modeli.....	13
2.4. Kronik Hastalık	15
2.4.1. Kronik hastalıkların özellikleri.....	16
2.4.2. Kronik hastalıkların risk faktörleri	16
2.4.3. Kronik hastalığın evreleri.....	17

2.4.4. Kronik hastalıkların yol açtığı sorunlar.....	18
2.4.5. Kronik hastalık yönetimi.....	19
2.4.6. Kronik hastalık ve hemşirelik	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Türü.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.3.1. Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri.....	21
3.3.2. Dışlanma Kriterleri.....	22
3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları	22
3.4.1. Hemşire Bilgi Formu (EK 2).....	22
3.4.2. Hasta Bilgi Formu (EK 3).....	22
3.4.3. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği (BOHHEÖ)-Kısa Formu Hemşire Versiyonu (EK 4).....	23
3.4.4. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği (BOHHEÖ)-Kısa Formu Hasta Versiyonu (EK 5).....	24
3.5. Verilerin Toplanması.....	24
3.6.1. Hemşire	25
3.7. Bağımlı Değişken.....	25
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	25
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
4. BULGULAR	27
5. TARTIŞMA	57
5.1. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi Ölçeği Puan Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	57
5.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi Ölçeği Puan Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
7. KAYNAKLAR.....	67
8. EKLER.....	777



TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi **Şerife Nur KILINÇER**'in "*Hemşirelerin ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimlerinin Karşılaştırılması*" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Konya / 03.10.2023

Tez Danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Serpil SU
Necmettin Erbakan Üniversitesi

Jüri Üyesi Doç. Dr. Yasemin Gümüş Şekerci
Selçuk Üniversitesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 18/10/2023 tarih ve 27/15 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL
Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Hemşirelerin ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimlerinin Karşılaştırılması başlıklı tez çalışmamın toplam **104** sayfalık kısmına ilişkin, 16.10.2023 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%12** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

18/ 10 / 2023

Şerife Nur KILINÇER

Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

03.10.2023

Şerife Nur KILINÇER

KISALTMALAR

AHNA: Amerikan Bütüncül Yaklaşım Hemşirelik Derneği (The American Holistic Nurses Association)

ANA: Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)

BM: Birleşmiş Milletler

BOHHEÖ: Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

HT: Hipertansiyon

ICN: Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)

İBM: İnsan Bakım Modeli

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

KVH: Kardiyovasküler Hastalık

TDK: Türk Dil Kurumu

T1DM: Tip 1 Diyabetes Mellitus

THD: Türk Hemşireler Derneği

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistiksel Paket Program (Statistical Package for the Social Sciences)

TABLolar LİSTESİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:100).....	27
Tablo 4.2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Formu Hemşire Versiyonuna İlişkin Tanıtıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Sonuçları (n:100).....	28
Tablo 4.3. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanları ile Yaş, Mesleki Deneyim ve Çalışma Saati Arasındaki İlişki (n:100).....	30
Tablo 4.4. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:100)	32
Tablo 4.5. Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:100).....	34
Tablo 4.6. Hemşirelerin Çalıştıkları Birime Göre Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:100).....	36
Tablo 4.7. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:149).....	37
Tablo 4.8. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Formu Hasta Versiyonuna İlişkin Tanıtıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Sonuçları (n:149).....	39
Tablo 4.9. Hastaların Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanları ile Yaş, Hastaneye Başvuru Sayısı, Hastalık Süresi ve Yatış Süresi Arasındaki İlişkiler (n:149).....	41
Tablo 4.10. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)	43
Tablo 4.11. Hastaların Medeni Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği-Hasta Formu Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)	45
Tablo 4.12. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149).....	47
Tablo 4.13. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)	48
Tablo 4.14. Hastaların Gelir Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)	50
Tablo 4.15. Odadaki Hasta Sayısına Göre Hastaların Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149).....	52

Tablo 4.16. Hastaların Hastalık Tanısına Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n: 149)	53
Tablo 4.17. Hastaların Yattığı Klinik Birime Göre Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149).....	55



ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Hemşirelik Esasları
[Yüksek Lisans Tezi]

HEMŞİRELERİN VE KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN BAKIM ODAKLI HEMŞİRE HASTA ETKİLEŞİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Şerife Nur KILINÇER

Konya-2023

Bu araştırma, hemşirelerin ve kronik hastalığı olan bireylerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimlerinin karşılaştırılması amacıyla hemşireler ve kronik hastalık tanısı ile yatan bireylerle yapıldı.

Araştırmanın örneklemini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde çalışan 100 hemşire ve kronik hastalık tanısıyla yatan 149 bireyden oluşmaktadır. Araştırmanın verileri Sosyodemografik Bilgi Formu ve Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi Ölçeği Kısa Formu (hemşire ve hasta versiyonu) ile Temmuz-Aralık 2022 tarihleri arasında, hemşire ve hastalarla yüz yüze görüşülerek toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra, normallik testi için Shapiro Wilk, grupların karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi, Bonferroni testi ve değişkenler arasındaki ilişki için Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı.

Hemşirelerin %60'ının kadın, %88'inin lisans mezunu olduğu ve %95'inin vardiyalı çalıştığı bulundu. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği önemlilik boyutu toplam puan ortalaması $100,31 \pm 6,97$, yeterlilik boyutu toplam puan ortalaması $92,64 \pm 8,34$ puan ve uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalaması $89,5 \pm 10,62$ puan olarak saptandı. Çalışmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin ise %51,7'sinin erkek, %51'inin üniversite mezunu olduğu, %50,3'ünün çalışmadığı, %56,4'ünün gelirinin giderinden az olduğu saptandı. Kronik hastalığı olan bireylerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği önemlilik toplam puan ortalamasının $89,28 \pm 10,70$ puan, sıklık toplam puan ortalamasının $81,52 \pm 9,94$ puan ve memnuniyet toplam puan ortalamasının $93,83 \pm 7,14$ olduğu bulundu. Hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşim düzeyinin olumlu düzeyde olduğu ve hemşirelerin hemşire hasta etkileşimini önemli ve uygulanabilir buldukları saptandı. Kronik hastalığı olan bireylerin hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları, etkileşimin sıklığını yeterli buldukları ve bu etkileşimden memnuniyet duydukları saptandı.

Sonuç olarak, hemşirelerin ve kronik hastalığı olan bireylerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimlerinin yüksek olduğu saptandı. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik farklı örneklem grupları ile çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hemşirelik bakımı, Hemşire hasta etkileşimi, İletişim, Kronik hastalık.

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department of Nursing
Fundamentals of Nursing
[Master Thesis]

COMPARISON OF CARING NURSE-PATIENT INTERACTIONS OF NURSES AND INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASES

Şerife Nur KILINÇER

Konya-2023

The research was conducted with nurses and individuals hospitalized with a diagnosis of chronic disease to compare care-oriented nurse-patient interactions between individuals with chronic diseases and nurses.

The research sample consisted of 100 nurses working at Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine and 149 individuals hospitalized with chronic diseases. Data for the study were collected between July and December 2022 through face-to-face interviews with nurses and patients, utilizing the Sociodemographic Information Form and the Caring Nurse-Patient Interaction Scale Short Form (nurse and patient versions). In addition to descriptive statistics for data evaluation, the Shapiro-Wilk test was employed for normality testing, the Mann-Whitney U Test and Kruskal-Wallis Test were used for group comparisons, and the Bonferroni test was applied to compare the groups. The Spearman correlation coefficient was used to assess relationships between variables.

It was discovered that 60% of the nurses were women, 88% held bachelor's degrees, and 95% worked in shifts. Nurses' Caring Nurse-Patient Interaction Scale total score averages in the importance dimension were 100.31 ± 6.97 , in the adequacy dimension, it was 92.64 ± 8.34 points, and in the applicability dimension, it was 89.5 ± 10.62 points. Among the individuals with chronic diseases participating in the study, 51.7% were male, 51% were university graduates, 50.3% were not employed, and 56.4% had incomes less than their expenses. The Caring Nurse-Patient Interaction Scale significance total score average of individuals with chronic diseases was 89.28 ± 10.70 points, the frequency total score average was 81.52 ± 9.94 points, and the satisfaction total score average was 93.83 ± 7.14 . It was found that nurses maintained a positive level of care-oriented interaction with their patients and considered such interaction important and applicable. Additionally, individuals with chronic diseases valued nurse-patient interaction, deemed the interaction frequency sufficient, and expressed satisfaction with it.

In conclusion, the research determined that both nurses and individuals with chronic diseases experienced high levels of caring nurse-patient interaction. It is recommended to conduct further studies with different sample groups to explore caring nurse-patient interaction in more depth.

Keywords: Chronic illness, Communication, Nursing, Nursing care, Nurse-patient interaction.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kronik hastalık ve kronik durumu “uzun süren, yavaş ilerleme gösteren ve yıllar boyu sürekli bakım ve tedavi gerektiren hastalıklar” olarak tanımlamaktadır. Birleşmiş Milletler (BM) ise kronik hastalıkları 21. yüzyılın en önemli sağlık sorunları olarak ifade etmiştir (World Health Organization, 2022). DSÖ 2021 verilerinde 2019 yılında kronik hastalıktan kaynaklı her yıl 55 milyon insanın hayatını kaybederken bu oranın dünyadaki tüm ölümlerin %71'ine denk geldiğini belirtmiştir (WHO, 2019).

Dünya genelinde kentleşme hayatının artmasıyla strese neden olan faktörler ve beraberinde gelişen teknoloji ile bireylerde fiziksel aktivitenin yerini daha monoton bir hayat tarzının alması, kişilerde sağlıklı beslenmenin yerini sağlıksız beslenme düzeyinin alması gibi nedenlerden kaynaklı kronik hastalıkların görülme sıklığında artış yaşanmaktadır (Kumsar ve Yılmaz, 2014). Kronik hastalıklar uzun süre bakım ve tedavi gerektirmektedir. Bireyler bu durumla baş etmekte ve hastalığını yönetmek konusunda zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu süreçte bireylerin hastalığı kabullenip uyum göstermesi konusunda hemşireler büyük rol üstlenmektedir (Altundağ, 2018; Aydemir & Çetin, 2019). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) kronik hastalıkların yönetiminde hemşirelere ait görevlerden bir tanesini “kronik hastalığı olan bireylerin sağlık problemlerini daha iyi yönetebilmek için desteklemek” şeklinde ifade etmiştir (ICN, 2010). Hemşireler kronik hastalığı olan bireylerin mevcut rahatsızlıklarını gidermekle beraber uygulanan hemşirelik girişimlerinde bireylerin yaşam süresi ve kalitesinde, memnuniyet düzeylerinde etkili olabildiği saptanmıştır (Schneider ve ark., 2021). Hemşirelerin bakım esnasında hastalara karşı hemşirelik ilişkilerini geliştirmeleri için bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine dair davranışların değerlendirilmesi, hasta bireye verilen kaliteli bakımın ve duyulan memnuniyet düzeyinin artırılması için önem taşımaktadır (Bayraktar ve Eşer, 2017). Hemşirelik bakımı, bireylerin bedensel, aklın, ruhsal ve kültürel açıdan kişilerin karşılıklı etkileşim hali ile bilimsel ve ahlaki boyut olarak bireye özgü kişilerarası gösterim olarak Bayraktar ve Eşer (2017) tarafından ifade edilmiştir. Orlando, Leninger, Roy, Benner, Roach ve Wrubel gibi bazı hemşirelik kuramcıları, hemşireliği ve bakımı, "*kişiler arasında oluşan bir etkileşim süreci*" olarak adlandırmışlardır (Aktaran: Onat 2019). Yılmaz, Korhan ve Khorshid (2017), çalışmasında palyatif bakım servisinde yatan hastalara yönelik verilen hemşirelik bakımının hem hemşireler hem de hastalar tarafından kalite düzeyi açısından yüksek ve olumlu bulunduğu saptanmıştır.

Etkileşim; ‘minimum iki bireyin, karşılıklı birbirlerini etkiledikleri, sözlü ve sözsüz şekilde iletişim halinde olunan süreç’ olarak tanımlanmakta olup (Yalçın ve Aştı, 2011) hastaya uygulanacak olan küçük bir hemşirelik müdahalesinde dahi hemşire ve hasta birey arasında bir etkileşim gerçekleşmektedir. Hemşire ve hasta arasında gerçekleşen etkileşim, klinik sahada uygulanan hemşirelik girişimlerinin önemli kısmını oluşturmaktadır (Shattell, 2004). Hemşirelerin hasta bireylerle iletişime geçtiği etkileşim sürecinde, bireylere sağlığını artırıcı müdahale için imkan tanımaktadır (Yalçın ve Aştı, 2011). Bayraktar ve Eşer (2017) ‘in hemşire bireylerle yapmış oldukları bir çalışmada, meslek hayatında aktif çalışma süresi fazla olan hemşireler, meslekteki tecrübelerinden dolayı bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Bireyin hastalık ve hastaneye yatış süreci, hasta bireyin ve yakınları iyilik hali bakımından büyük önem taşımaktadır (Uzun, Özer ve Akyıl, 2002). Hemşireler hasta birey ile yapıcı, etkin bir etkileşimde bulunarak, özgünlüğüne ve değerli olduğuna gerekli önem ve özveriye gösterip bireyi bütüncül olarak ele alarak, öz yönetimini gerçekleştirebilmesinde, bakım esnasında olası engellerin önlenmesinde/ortadan kaldırılmasında önemli destek sağlamaktadırlar (Bayraktar ve Eşer, 2017). Ülkemizde kanser hastalarının hemşirenin varlığını değerlendirmelerini belirlemek için yapılan bir çalışmada hasta bireylerin hemşirelerin varlığını algılama düzeyleri arttıkça, bakımdan alınan memnuniyetinin arttığı da saptanmıştır (Bozdoğan ve Öz, 2017). Loghmani, Borhani ve Abbaszadeh (2014)’in yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire ve yatan hasta bireylerin ailelerinin iletişimini etkileyen faktörlerin incelediği çalışmada, hemşirelerin dini geleneklere göre hizmet bakımı vermesi, bireylere duygusal yönden destek sağlamaları, ilgili duruma karşı yeterli düzeyde bilgiye sahip olmaları ve anlaşılmayan durumlar karşısında anlaşılır dilde açıklayıcı olmaları gerektiği vurgulanmıştır. Hemşire ve hasta birey arasında etkili bir iletişimin sağlanması, hasta bireye verilen bakımın kalitesinde belirleyici önemli bir faktördür (Özlu ve ark. 2016). Hemşire ve hasta arasındaki etkileşimde hem sözsüz iletişim hem de sözlü iletişim çok önemlidir (Haskard, Dimatteo ve Heritage, 2009). Bu anlamda hemşireler hasta bireye karşı hem sözlü, hem de sözsüz iletişim becerilerini kullanarak bakım vermelidir (Crow, 2010). Hasta-hemşire etkileşiminde dair yapılan çalışmalar incelendiğinde; Fleischer, Berg, Zimmerman, Wüste ve Behrenler (2009)’in yaptığı çalışmada hemşirelerin hastalara saygılı bir şekilde davrandığında kendilerini mutlu hissetmelerine ve hemşire-hasta ilişkisini “iyi” olarak tanımlamalarına olanak sağladıklarını belirtmiştir. Haugan, Innstrand ve Moksnes (2013)’in bakım evinde yaşayan hasta bireylerle yapmış olduğu bir çalışmada hemşire ve hasta birey arasındaki etkileşimin hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini ayrıca zihinsel sağlığını etkileyen bir faktör olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, kronik hastalığa sahip bireyler hemşirelerin yardımına ve desteğine en çok gereksinim duyan kişiler olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bireyler sahip oldukları kronik hastalıkların doğası gereği, sağlık kurumlarına daha sık başvurur. Ayrıca hastalık ve tedavi süreci diğer hastalıklara göre daha uzun sürelidir. Bu süreçte sağlık profesyonelleri arasında en çok hemşirelerle bir aradadır. Bireylerin hemşirelerle kurdukları iletişim ve etkileşimin aldıkları bakım kalitesini etkileyeceği dşnlmektedir. Bu nedenle çalışmamızda kronik hastalığı olan bireylerin ve hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşim düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulguların hemşirelere ve kurum yöneticilerine yol göstereceği dşnlmektedir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hemşirelerin ve kronik hastalığı olan bireylerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimlerinin karşılaştırılması amaçıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırma Soruları

- Hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşim düzeyi nedir?
- Kronik hastalığı olan bireylerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşim düzeyi nedir?
- Hemşirelerin ve kronik hastalığı olan bireylerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimi arasında farklılık var mıdır?
- Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile bakım odaklı hasta hemşire etkileşimleri arasında ilişki var mıdır?
- Kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özellikleri ile bakım odaklı hasta hemşire etkileşimleri arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşire ve Hemşirelik Kavramı Tanımı

Türk Dil Kurumu (TDK)'na ait sözlükte hemşire kelimesi “Doktor tarafından acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak, hastanın bakımını düzenlemek, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık çalışanı” , hemşirelik kavramı da “Hemşirenin yaptığı iş” şeklinde tanımlanmıştır (TDK, 2022). Hemşirelik, insan bilimi olarak tanımlanan (Ozan, 2013) insanların beden ve ruhen sağlığını korumak, rahatını sağlamak, hastaya özgü gerekli girişimi planlamak (Özkahraman Koç ve Yıldırım, 2013), bakımı vermek ve hastayı güvende hissettirmek amacıyla doğrudan hizmet veren yardım mesleği olarak ifade edilmektedir (Yılmaz ve Gökdere, 2017).

Türk Hemşireler Derneği (THD) hemşireliği: “Birey, aile, grup ve toplumun sağlığının geliştirilmesi, korunması, hastalık durumunda iyileştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla hemşirenin bakım verme, ilgili doktor tarafından hazırlanan tıbbî tanı ve tedavi planının oluşturulması ve uygulanması, güvenli ve sağlıklı bir çevre oluşturma, eğitim verme, danışmanlık yapma, yönetim, araştırma, kalite geliştirme, işbirliğinde bulunma ve etkili iletişimi sağlama rollerinden sorumlu olan bir sağlık disiplini.” şeklinde tanımlamıştır (THD 2022).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) hemşirelik kavramını; yaş fark etmeksizin her bireyin, ailenin, topluluğun, hasta veya sağlıklı bireylerin özerk olarak sağlığını korumak, hastalık halinde iyileştirmeye yardımcı olmak ve gerekli iş birliğine dayalı bakımını sağlayan meslek grubu olarak belirtmiştir (ICN, 2018). Hemşirelik kuramcılarında Hildegard Peplau'ya göre hemşirelik kavramı “anlamlı ve kişilerarası tedavi edici bir süreç” olarak ifade edilirken (Akça, 2016), Ide Jean Orlando ise hemşireliği tamamen “etkileşimli” bir disiplin ve hemşirelik alanının diğer bilimlerden bağımsız fonksiyonlara sahip ve kendine has profesyonel bir alan olduğunu ifade etmiştir (Yılmaz ve Şimşek, 2017). Son olarak Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'nin hemşirelik tanımında ise; “Hemşirelik, bireylere hizmet sunan meslek olup, verdiği hizmetlerle insanların sağlığına pozitif katkıda bulunur.” şeklinde ifade edilmiştir (ANA, 2022).

2.1.2. Hemşireliğin temel fonksiyonları

Bir hemşirenin ana teması hasta bireye verilen bakımı kapsar. Hemşireliğin temel fonksiyonları; sağlıklı veya hasta bireylere hizmet sunmak, gerekli bakımı vermek, hasta bireyin hastanede mevcut temel ihtiyaçlarının ve bilgi eksikliklerinin giderilmesini sağlamak, beraberinde bireylerin sağlığının korunmasına, iyilik halinin devamına ve geliştirilmesine yardımcı olmaktır (Akça, 2016).

Hemşireliğin temel fonksiyonları dört ana başlık altında ele alınmıştır:

- Sağlıklı veya hasta bireylere, aile/topluluğa koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hemşirelik bakımının verilmesi.
- Sağlık ekibi üyelerinin, hizmet veren diğer üyeler ve hasta bireylerin eğitilmesi.
- Sağlık bakım ekibi üyesi olan çalışanların etkin rol alarak aktif çalışması.
- Hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi için bilimsel araştırmalar yapılması” (Ay ve ark., 2015).

Hemşirelikte birden fazla sağlık personeli ile birlikte çalışma söz konusu olduğundan multidisipliner bir yapıda olmak önemlidir. Hemşireliğin esas amacı hasta bireyi iyileştirmek üzerine temellenmiştir (Yıldırım, 2014; Yürün, 2015). Bu nedenle hemşirelere ait bazı roller bulunmakta ve hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde bu roller önemli bir yer edinmektedir (Gedük, 2018). Roller; araştırmacı, eğitim verici, yönetici, savunucu, bakım verici, kariyer geliştirici, karar verici, sorumluluk sahibi olma rolleri haricinde; iyileştirici, danışman, eş güdümcülük gibi roller mevcuttur (Gedük, 2018; Taylan ve ark., 2012).

2.1.3. Hemşirelik ve bakım

TDK’ nın tanımına göre bakım kelimesi; ‘’bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi iyi durumda kalması için harcanan emek, birinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi.’’ olarak tanımlanmıştır (TDK, 2022).

Bakım ifadesi; bireylere karşı duyarlı olmak, değer vermek, terapötik müdahalede bulunmak, bilgi eksikliğini gidermek, iletişimde bulunmak ve bireylerin beklentilerinin karşılanması gibi ilişkiyel bir kavram olup (Babacan, 2014) bireyin yalnızca kendisi için değil bakıma ihtiyaç duyan bir başkası içinde gerek duyulan faaliyeti ifade etmektedir (Baykara, 2014).

Hemşirelik mesleği, bakım kavramında akla gelen ilk meslek gruplarından biri olarak bilinmektedir (Yalçın ve Aştı, 2012; Akça, 2016). Hemşirelik bir bakım sanatı kabul edilmekte ve bu sanatı sergilemek içinde bireye özgü bir çaba gerektirmektedir (Parse, 2017). Amerikan Bütüncül Yaklaşım Hemşirelik Derneği (AHNA); hemşirelik mesleğinin temelinde hasta bireylerin sağlığına, sağlık inançlarına, kişisel görüşlerine, değer ve yargılarına duyulan bir saygı olduğunu belirtmektedir (AHNA, 2022).

Modern hemşireliğin kurucusu olan Florence Nightingale de, hemşirelik mesleğinin özünde bakım kavramının yer edindiğini ve bakım sürecinin hemşire ile hasta birey arasında oluşan etkileşime bağlı olduğunu ifade etmiştir (Özkan ve ark., 2014). Hemşirelik mesleğinin ana teması insan ve bakım kavramıdır (Dinç, 2010). İnsanların temel gereksinimlerini karşılamaları, yeteneklerini keşfetmeleri ve geliştirmeleri, hayatta kalabilmeleri ve birilerine bağımlı olmadan yaşamlarını devam ettirebilmeleri için hemşirelerin doğrudan uygulamış oldukları her işlem bakım olarak ifade edilmektedir (Engster, 2005). Watson'a göre hemşirelik bakımı; bireylerin beden, ruhen, mental ve sosyokültürel yollar ile yüz yüze kurulan etkileşimdir (Watson, 2017). Altıok, Şengün ve Üstün (2011)'ün aktardığına göre Leninger (1984) "bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır" ifadesini kullanarak hemşirelik ve bakım kavramlarının hemşirelik mesleği açısından önemini vurgulamaya çalışmıştır. Hemşireliğin özü olarak kabul etmiş ve sadece hastalık ya da sağlık kavramı ile ilgili olmayıp farklı toplumların kültürüyle de alakalı olduğunu belirtmiştir (Dinç 2010). Hemşirelik bakımı; hemşire ve hasta arasında bir paylaşımın söz konusu olduğu kişilerarası bir süreç olarak tanımlanmakta ve (Yeakel ve ark., 2003) hemşire ile hasta arasında bir faydalanma durumunun olduğu belirtilmektedir (Altıok ve ark., 2011).

Watson (2008) bakım kelimesini bir bilim olarak tanımlayarak bakımı profesyonel hemşireliğin özü şeklinde düşünmekte (Özkan ve Okumuş, 2012) ve bakım sürecini hemşire ile hasta bireyin bir araya geldiğinde bakım için bir fırsatın doğduğu yer ve zaman olarak ifade ederek (Kabasakal ve Kitiş, 2021), bakım sürecinde etkileşimin de önemine değinmektedir. Watson; hemşirelik bakımını, hemşireliğin ana etkeni olarak kabul ederek (Aydın, 2014) hasta bireylerle göz teması kurarak etkin dinlemeyi sağlamak, hasta bireylere ismi ile seslenmek, bireylerin konforunu sağlamak ve sürdürmek gibi bazı bakım davranışlarının kullanılması hasta bireyler tarafından davranışların anlaşılabilmesi ile etkili olabileceğini belirtmiştir (Özkan ve Okumuş, 2012). Altıok ve ark., (2011)'nin bakım kavramı analizinde ilişkisel bir kavram olarak kabul edildiği, bireylere değer verme, ahlaki

davranışta bulunma, terapötik iletişim kurma, etkileşim ve bilgi eksikliğini gidermek gibi davranışların hemşirelik bakım kavramı içinde yer aldığı belirtilmiştir.

2.2. İletişim

TDK'da iletişim kavramı “duygu, düşünce veya bilgilerin mantığa yatkın bir şekilde başka bireylere aktarılması, bildirim, haberleşme ve iletişim” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2022). İletişim, bireyler arasında gerçekleşen etkileşimin temel yapı taşı olup insan hayatında önemli bir yere sahiptir. Bireylere yardımcı olmayı amaç edinen kişilerin ve çalışma sahası insan olan kişiler ve meslek çalışanlarının iletişim becerilerini, tekniklerini ve yeteneklerini profesyonel anlamda geliştirmiş olmaları gerekmektedir (Bingöl ve Demir, 2011).

2.2.1. Hemşire ve hasta iletişimi

Maslow'un insanın temel gereksinimlerini sınıflandırdığı ihtiyaçlar hiyerarşisindeki basamakların temelinde iletişim yer almaktadır (Başol, 2018). Orlando 1950'lerde hemşire-hasta ilişkisinin doğasını araştırarak dinamik, etkileşimli ve daima değişkenlik gösteren bir devamlılık olarak ifade ederken hemşirelerin hasta bireylerle kapsamlı ilişkiler kurmaya yönelik davranış ve tutumlarının elzem olduğunu da belirtmiştir (Rogers, 2002). Bir ilişkinin başlamasında ve yönetilmesinde en önemli etken iletişim kurmaktır. Bireylerin hem insan ilişkilerinde hem de mesleki ilişkilerde etkili iletişim becerisine sahip olmaları kurulan iletişim açısından insanlara kolaylık sağlamaktadır. Toplumsal bir varlık olan insan için iletişim süreci anlam paylaşımı olarak tanımlanabilmektedir. Hemşireler hastayı anlayarak etkili iletişim kurması için empati becerilerini geliştirmeleri ve terapötik iletişim yöntemlerini bilmeleri gerekmektedir (Baillie, 2016). Hemşirelikte iletişim kavramı hasta bireye bakım verilirken en önemli tedavi araçlarından biri olarak kabul edilmektedir (Özdemir 2011). Hasta bireylere özgü verilen bakım esnasında hem hasta hem de hasta bireylerin yakınları ile devamlı iletişim halinde olan etkili iletişim becerisine sahip hemşireler hasta/hasta yakını ile pozitif ilişkiler kurabilmekte, mevcut sorunlara karşı daha etkili ve hızlı çözüm yolları üretebilmektedir (McNeill ve ark., 2008). Kaliteli ve sağlıklı kurulan her iletişimin, hastaların aldıkları tedaviyi ve sonuçlarını olumlu anlamda etkilediği söylenebilir (Duran ve Albayrak, 2020). Etkili bir iletişim hemşirelerin hasta ile işbirliği içinde olarak, hasta bireyin kendi tedavisine katılmasını (Şahin ve Özdemir, 2015) ve hasta bireylerin kendini özgürce ifade etmelerini sağlamak içinde gereklidir (Özcan, 2006). Hasta bireye verilen bakımının kalitesini ve hastaların bakıma yönelik duyduğu memnuniyet düzeyini artırmak için öncelikle

hemşireler ve personel arasındaki iletişim becerilerinin de yeteri kadar gelişmiş olması önem taşımaktadır (Quisling, 2009). Bakıma yönelik kurulan etkili iletişim hasta bireylerin almış olduğu bakımdan memnun kalmalarını sağlamaktadır (Boscart, 2009). Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşireler ile yapılan bir çalışmada hemşireler; hastalarla etkili bir iletişim kurabildiklerinde, hastaların bilgi eksikliklerini giderdiklerinde, özenli ve verimli bir şekilde hasta/hasta yakınları ile etkileşimi devam ettirip, hasta bireylerin fiziksel anlamda güvenlerini sağlayıp gerekli bilgi ve uzmanlık sağlayarak hasta bireyler ile güven bağı kurabildiklerini belirtmişlerdir (Wassenaar ve ark., 2015). Her iki tarafında ilişkiye dair katkıları, bireysel katkılardan daha çok olarak kabul edilmektedir (Rask ve Brunt, 2007). Hemşirelerin iletişim becerilerini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmada, gerekli bakımın hasta birey ile işbirliği içerisinde uygulanmasının hastaları daha yakından tanıyabilme açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Thomas ve ark., 2007).

Diyabetes Mellitus (DM) hastalığına sahip bireyler ile yapılan bir çalışmada, hastaların hemşirelere karşı duydukları güvenin hastaların glisemik indeks değerlerini kontrol altında tutmalarını sağlamalarında önemli bir etken olduğu saptanmıştır (Mancuso, 2010). Öte yandan hasta bireylerin iyileşmeye yönelik olumlu yönde hızlı şekilde ilerleme göstermesi açısından hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde hareket ve tutumlarının yeterli seviyede olması oldukça önemlidir. Dong ve arkadaşları (2016), iletişim becerisinin yetersiz olmasından kaynaklı hastaların iletişim kurmaya karşı güveninin zayıflamasına ve olumsuz duygulara sahip olmasına neden olduğunu bildirmiştir.

Yapılan araştırmalar neticesinde hemşirelerin etkili iletişim kurmaya yönelik becerilerini artırması gerektiği ve hasta bireylerle etkin ilişkiler kurmasının, iyileşmeye yönelik çabalarının ve verilen bakım hizmet sonucunda duydukları memnuniyetlerinin artması, hastalığa yönelik uygulanan tedaviye gereken uyumun gösterilmesi ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi gibi olumlu sonuçlar sağladığı ifade edilmektedir (Arda ve ark., 2007; Efil ve ark., 2011; Çam ve Dülgerler, 2014).

2.3. Hemşire ve Hasta Etkileşimi

TDK etkileşim kavramını, birbirini karşılıklı şekilde etkileme eylemi olarak tanımlamıştır (TDK, 2022). Etkileşim kavramı, hemşire ve hasta birey arasındaki ilişkinin karşılıklı süreç olmasını ve hemşire ve hasta bireye ait özgü hayatların ortak noktada buluşabilmesini kapsamaktadır (Rask ve Brunt, 2007). Hemşireler hastalarla en fazla iletişimde bulunan sağlık çalışanlarıdır (Parlayan ve Dökme, 2016). Hemşireler, hemşirelik

uygulanması sırasında en basit işlemde en karmaşık hemşirelik uygulamasına kadar olan her adımda hasta bireylerle etkileşim halinde bulunmaktadır (Yalçın ve Aştı, 2011; Bozdoğan, 2014). Hemşirelik bakımının temelinde, hemşire ve hasta birey arasındaki etkileşim kavramı yer almaktadır. Hastanın gerekli olan ihtiyaçlarının giderilmesi, hemşire-hasta etkileşiminin temeli olarak kabul edilir (Kaçmaz ve Çam, 2019) ve hemşire-hasta arasındaki etkileşimin sağlanması içinde iletişim becerilerinin yüksek olması ve hastalarla iş birliği içinde olunması gerekmektedir (Harris ve Panozzo, 2019).

Hemşire-hasta etkileşimi hemşire ile hasta bireyi herhangi bir nedenden dolayı bir araya getiren durumları içermektedir. Hemşirelerin hastalara yönelik gereken bakımı sağlamaları, hemşire tarafından yapılması gereken bir görevi yerine getirmeleri veya hasta bireye gerekli bilgileri vererek rahatlatıcı rollerini yerine getirmeleri gibi durumlarda hemşire ve hasta arasında etkileşim gerçekleşmektedir. Hemşirelerin hemşire-hasta etkileşimleri üzerinde bireylerin sergilemiş olduğu tutum ve davranışların etkili olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin hasta ile etkileşim halindeyken net ifadeler kullanmaları, dürüst ve samimi olmaları gerekmektedir (Onat, 2019). Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin merkezinde bakım veren bireyin gereksinimlerinin yer alması ve karşılanması bulunmaktadır (Özcan, 2012). Hemşireler hasta bireylere bakım hizmeti sunarken hasta bireylerle sürekli etkileşim içerisindeyler. İletişim etkileşim de önemli bir yere sahip olarak, bakım esnasında karşılıklı güven ve saygınlık kazanmaya hastaların ihtiyaçlarını, endişelerini gidermeye ve verilen bakıma katılmalarına motive etmeyi sağlamaktadır.

Hemşire hasta etkileşiminde iletişime bağlı bazı engeller bulunmaktadır, bu engeller genellikle hasta bireylerle, hemşirelerle ve çevresel dış etkenlerle ilgilidir. Hemşirelerle ilgili engeller, yeterli hemşire sayısının olmaması, her bir hemşireye düşen hasta sayısı ve aşırı iş yükü, yeterli ekipman olmaması ve hemşirelerde tükenmişlik sendromunun yaşanması gibi engeller iken, hasta bireylerle ilgili engeller arasında hasta ve hemşire arasındaki dil, kültür farklılıkları, hemşire hasta ve hasta yakını arasında iletişim becerisinin eksik ya da zayıf olmasından dolayı yeterli iletişim kurulamaması yer almaktadır. Dış etkenler ise; gürültülü bir ortamda bulunmak, odaların yeterli temizliğinin sağlanmaması, mahremiyet kurallarına uyulmaması, havalandırma ve aydınlatma sistemlerinde sorunların yaşanması gibi durumlardır (Feo ve ark., 2019).

Hemşire tarafından hastayla kurulan her bir etkileşim, hasta birey için iyileştirici bir müdahale ve fırsat sunmaktadır (Townsend, 2016). Hemşire hasta etkileşimi ile hemşireler,

hasta bireyleri her anlamda değerlendirmeleri ve yapılan değerlendirme sonucunda da hasta birey ile terapötik bir ilişkinin sağlanması gereklidir (Yalçın ve Aştı, 2011). Hemşire-hasta etkileşiminde üç temel etken rol almaktadır. Bunlar; terapötik ilişkinin kurulması, hasta bireyin hastalığının tanılanmanın yapılması ve bakım planının uygulanmasıdır. Bir hemşirenin hasta bireye karşı gösterdiği iletişim becerileri hemşire hasta arasındaki etkileşimin gerçekleşmesinde büyük önem taşımaktadır (Onat, 2019). Hemşirelik bakımına yönelik bazı model ve kuramlar bulunmakta olup bu model ve kavramlar hemşire-hasta etkileşiminin öneminin vurgulanmasında elzem niteliktedir. Hemşirelik kuram ve modelleri, hemşirelerin insan, çevre, sağlık ve hastalık kavramlarını nasıl ifade ettiklerine yönelik yol göstermektedir (Fawcett ve ark., 2005). Hemşirelerin, karar verme yetilerinin ve kritik düşünmeye yönelik güçlerine karşın bilgilerini sistematik şekilde kullanımları karşısında mesleki güçte de artış olduğu fark edilmektedir. Bu sebeple birbirinin tamamlayıcısı olan kuram ve modeller hemşirelik uygulamalarında sunulan bakıma etkili bir şekilde aktarıldığında ilgili sorunların çözümlenmesine yardımcı olarak hemşirelik bakımının kalitesinde artışa neden olurlar (Alligood ve Tomey, 2010).

2.3.1. Hemşire hasta etkileşimi ile ilgili kuramlar

Hemşirelik kuram ve modelleri arasında; Orem'in Öz Bakım Eksikliği Hemşirelik Kuramı, Roy'un Uyum/Adaptasyon Modeli, Peplau Kişilerarası İlişkiler Modeli, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Neuman'ın Sistemler Modeli gibi modeller yer almaktadır (Üstün ve Gigliotti, 2009). Hildegard Peplau' nun Kişilerarası İlişkiler Modeli, hemşire ve hasta birey arasındaki karşılıklı etkileşim sürecine odaklanırken, Watson'ın İnsan Bakım Modeli'nde ise; hemşire ve hasta birey arasındaki bakım sürecine daha çok vurgu yapılmakta (Potter ve ark., 2020), hemşirelik bakımının iki bireyin karşılıklı etkileşimi ile gerçekleşen profesyonel bir boyut olduğu kabul edilmektedir (Korhan, 2019). Orlando, etkileşim kuramında hastaların ihtiyaç duydukları konularda yeteri kadar kendilerini ifade etmekte güçlük yaşadıklarını ancak hemşirelerin etkin iletişim beceri yöntemleri ile hastaların gereksinimlerinin neler olduğunu ortaya çıkarabileceklerini ifade etmiştir (Özcan, 2012). Orlando bireylerin, hasta oldukları anda bedensel sağlıklarının yanı sıra ruhsal sağlıklarının da bozulduğunu/bozulabileceğini ve bundan dolayı klinik olarak hangi alanda çalıştığı fark etmeksizin tüm hemşirelerin ruh sağlığı kavramlarını iyi bilmesi gerektiğini ve öz yönetim konusunda da beceriye sahip olması gerektiğini vurgulamıştır (Velioğlu, 2012). Orlando'nun etkileşim kuramı hemşire ve hasta birey arasında karşılıklı iletişimin önemini vurgulamaktadır (Hiçdurmaz, 2017). Yapılan bir çalışmada hasta bireylerin hemşireler tarafından kendilerine

saygılı davranıldığını gördükleri ve hissettikleri zaman hemşire-hasta etkileşimini “iyi” olarak değerlendirdikleri belirtilmiştir (Fleischer ve ark., 2009). Hemşire ve hasta bireyler arasında gerçekleşen etkili bir iletişim, bireylere yönelik verilen bakımın kalite düzeyini belirleyen önemli bir etkidir (Özlu ve ark., 2016). Hemşirelerin hasta bireyleri her yönü ile ele alarak, verilen bakım ve hemşirelik uygulamalarını da bu doğrultuda yürütmeleri ve hastada beklenen iyileşme, sağlığına kavuşma gibi olumlu sonuçların elde edilmesi, hastayla kurulan etkileşimlerin nitelikli olmasıyla da doğrudan ilişkilidir (Cossette ve ark., 2006).

2.3.2. Ide Jean Orlando'nun hemşirelik etkileşim kuramı

Ide Jean Orlando, alanı ile ilgili yaptığı çalışmalarında profesyonel hemşirelik uygulamalarını kapsamlı bir yön olarak düşünmekte, hemşire ve hasta bireyler arasındaki ilişkinin önemine vurgu yapmaktadır (Rittman ve Gullett, 2015). Orlando'nun etkileşim kuramına yönelik hemşirelik sürecinde; hasta bireylerin ihtiyaçlarını belirlemeyi, hemşirelerin verdiği reaksiyonları ve hastalara karşı verilecek hemşirelik uygulamalarını saptamak amaçlanmıştır (Rittman ve Gullett, 2015). Kuram kavramı yüz yüze gerçekleşmesi gereken bir ilişki şeklinde tanımlanarak hasta bireylerin ihtiyaçlarının giderilmesinde önemlilik taşıyan aktif bir hemşire-hasta ilişkisidir (Schmieding, 2002; Vandemark, 2006). Hastalara yönelik verilen hemşirelik bakımında bakıma hasta bireylerinde katılması için desteklenmesi ve bakım sonrasında hasta bireylerden verilen bakıma dair geri dönüşlerin değerlendirilmesinin yapılması Ide Jean Orlando'yu diğer kuramcılardan ayıran önemli bir faktördür. Değerlendirmede amaç hasta bireye doğru sağlık davranışını kazandırabilmeyi sağlamaktır (Erken, 2008). Bu kuramda, hasta bireylerin sergilediği tutum ve davranışlara yönelik hemşirelerin verdiği tepki ile hasta bireylerin esenliği için yapılan hemşirelik girişimlerinin önemliliği ele alınmıştır (Akyüz ve ark., 2017). Orlando'ya göre hemşirelikte amaç; hastanın ihtiyaçlarının giderilmesi için ihtiyaç duyduğu hizmeti sunmaktır. Hemşirelerin amacına ulaşabilmesi için öncelikle hasta bireylerin duyduğu gereksinimleri belirleyerek ilgili ihtiyaçlara yönelik gerekli hemşirelik sürecini başlatmaları gerekmektedir (Avşar ve ark., 2014). Uslu ve ark.. (2013)'nın Tip 1 Diyabetes Mellitus (T1DM) tanı adölesanla yapmış oldukları çalışmada Orlando'nun Etkileşim Kuramı dahilinde hasta bireye yönelik hemşirelik bakımı verilmiştir. Çalışmada hasta bireyin ihtiyaçları giderildikçe sözlü/sözsüz tutum ve davranışlarında olumlu anlamda değişiklikler, hastalık algısı ve yönetim konusunda gösterdiği uyumun arttığı ve HbA1c düzeyinde düşüklük görüldüğü saptanmıştır.

2.3.3. Watson İnsan Bakım Modeli

Jean Watson hemşireliğe dair önemli çalışmalarda bulunmuştur. Hemşirelik sürecini “insandan-insana bakım verme süreci” şeklinde ifade etmiştir. Watson insan kavramını, yaşam fonksiyonlarını sürdüren, akılsal, bedensel ve ruhsal açıdan karışık bir sistem olarak açıklamıştır. Watson, insan bakım modelini (İBM) insan ve insan hayatı ile ilgili konuda kendi öz değer ve inançlarından yararlanarak geliştirmiştir. İnsan bakım kuramı insanın zihinsel, ruhsal ve fiziksel bir bütün olduğunu ve bu bütünün her bir parçasının birbiri ile uyumundan bahsetmektedir (Durgun ve Okumuş, 2013). İBM hemşire ve hasta arasında oluşan ilişkiye dayanmaktadır. Watson bakım kavramının her birey için eşsiz olduğunu ve bakımın bireylere özgü planlanması gerektiğini savunmuştur (Tektaş, 2015). Watson hemşirelik bakımının hümanist, bütüncül, bilinçli ve belli bir amaç doğrultusunda olması gerektiğini de savunur (Erikli ve ark., 2021).

Watson “İnsan Bakım Kuramı” modelinde bazı iyileştirici faktörlere yer vermiştir. Bu faktörler umut etme, duyarlılık gösterme, yardımcı olabilmek, insancıl davranış ve bireylerin duygu ve düşüncelerini kolaylıkla ifade edebilmeleri, olası problemleri ve gereksinimleri giderme ve maneviyat gibi faktörlerdir. Hemşirelerin sunulan bakım sırasında hasta bireylerle kuracağı etkileşim ve iletişim hasta bireyin varlığını hissetmesinde önemli bir rol üstlenmektedir. Bu rol verilen bakımda hemşire ve hasta bireyin, yaşamdan elde ettiği kazanımlar ile meydana gelmektedir.

Watson bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde önemli olan on iyileştirici faktör tanımlamıştır (Watson, 2012). Bunlar:

- Hümanizm (İnsancılık ve Adanmışlık Değeri): Bireylerin yaşam tecrübelerinden faydalanarak hem kendisine hem de karşısındaki bireye karşı sevgi ve şefkatle davranmasıdır (Erbay ve ark., 2018; Norman ve ark., 2016; Watson, 2012).
- İnanç ve Umut: Hasta bireylerin içinde taşıdığı duyguyu ve inançları bilerek bireylere bu doğrultuda inanç ve umut duygusunu yansıtmak ve onurlandırmak (Erbay ve ark., 2018; Norman ve ark., 2016; Watson, 2012).
- Duyarlılık: Bireylerin kişisel inanç ve uygulamalara dair gelişimini sağlamak, onları anlayabildiğimizi ve yardımcı olabileceğimiz duygusunu yansıtarak bireylere karşı hassasiyetli davranmak (Erbay ve ark., 2018; Norman ve ark., 2016; Watson, 2012).

- Yardımcı Olmak ve Güven İlişkisi: Bireylere yardımcı ve güven verici olarak verilen bakım ilişkisini ve kalitesini geliştirmek, bireyin kendini güvende hissettiği farklı bir ambiyans sağlayabilmek (Erbay ve ark., 2018; Ozan ve Okumuş, 2013; Watson, 2012).
- Duyguların Tercümesi: İnsanların hayat hikayelerini içtenlikle dinleyerek kişilerin olumlu ve olumsuz duygularını kabullenmelerinde kolaylık sunmak, duygularını ve hislerini ifade ederken bireyi cesaretlendirmek ve destek çıkmak (Erbay ve ark., 2018; Watson, 2012).
- Sorunlara Çözüm Bulma: Bireylere yönelik bakıma karar verebilmek için yaratıcı olmalı neden sonuç ilişkisine dayanarak var olan problem için çözüm yöntemleri bulunmalı ve bu yöntemlerin kullanmasında bireylere yardımcı olarak bakımın bir parçası haline gelmek (Erbay ve ark., 2018; Watson, 2012).
- Öğretme ve Öğrenme: Bireylerin kişisel gereksinimlerini dikkate alarak hem ihtiyaca yönelik hem de bireylerin anlayış kapasitesine uygun şekilde öğrenme ve öğretmeyi sağlamak ve bireye özgü bakım verilmesine öncü olmak (Erbay ve ark., 2018; Watson, 2012).
- İyileştirici Çevre: Bireylerin bulunduğu ortamda hem bedenen hem de ruhen konforunu sağlayarak bireysel iyileştirici ve kaliteli bakım sunmak (Norman ve ark., 2016; Watson, 2012).
- İhtiyaç Yardımı: Hemşirelerin bireylere karşı sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarına yönelik değerlendirmeleri yapabilmeleri ve ihtiyaç doğrultusunda temel gereksinimlere yardımcı olmak (Norman ve ark., 2016; Watson, 2012).
- Maneviyat: Ölüm ve yaşamın gerçekliğinin farkına varabilmekte ve maneviyat duygusunun gizemini kavrayabilmek ve bireylerin hayatlarında var olabilecek mucizelere karşı kabullenme konusunda yardımda bulunmak (Norman ve ark., 2016; Watson, 2012).

Hemşireliğin yapı taşı kabul edilen bakım kavramının bireylere karşı etkin olarak uygulanmasında hastalarla kurulan iletişim ve etkileşimin önemli bir yeri bulunmaktadır. Literatür hastalar iletişim yeteneği kuvvetli olan hemşirelerin verdiği bakım ile kendilerini daha iyi ve rahat hissettiğini, iletişim gücü az olan hemşirelerin verdiği bakıma karşı kaygılı olduklarını ve yeteri kadar güvenemediklerini ifade etmişlerdir (Arifoğlu ve Razi, 2011). Hasta bireylere bakım verilirken, bireyin kültürel yaşantısıyla da uyumlu olması oldukça önem taşımaktadır. Bireylerin inanç duyguları, var olan hastalık tanısını algılama türü ve

hastalığına karşı geliştirmiş olduğu tavır verilen bakımın kalitesini etkilemekte ve hemşire ile hasta birey arasında oluşabilecek iletişim hatalarına karşı da set koyabilmektedir (Pehlivan ve ark., 2013). Fleischer ve ark., (2009) hemşire ve hasta birey arasında kurulan iletişimin kalitesini belirleyen etkenlerin hemşirelerin iletişim kabiliyetleri ve verdikleri bakım olduğunu ifade etmişlerdir. Haugan ve arkadaşlarının bakımevinde kalan bireylerle yaptıkları çalışmada üst düzeyde sergilenen hemşire ve hasta etkileşiminin fiziksel ve psikolojik sağlık düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Haugan ve ark., 2014). Aktaş ve ark., (2020)'nin yaptığı çalışmada Watson'ın insan bakım modeline dayanarak verilen hemşirelik bakımı sonucunda, hasta bireyin kendi bakımına katılımını sağlama, kendine güvenmesini sağlama ve hastalığı ile bireysel baş etme becerilerinde artış görüldüğü sonucuna varılmıştır. Yine iyileşme odaklı bakım yaklaşımının uygulandığı bireylerde, terapötik ilişki ve bakım kalitesinin yüksek düzeyde olduğu belirtilmektedir (Coffey ve ark., 2019).

2.4. Kronik Hastalık

DSÖ ve BM tarafından 21. yüzyılda kritik bir sağlık sorunu şeklinde tanımlanan ve dünyada meydana gelen ölüm olaylarının en önemli nedenleri arasında bulunan kronik hastalıklar, uzun süreli ve genellikle ağır şekilde seyir göstermektedir (DSÖ, 2022). Dünyada 2021 yılı verileri incelendiğinde gerçekleşen tüm ölüm vakalarının %71'inin kronik hastalıklardan dolayı gerçekleşmiştir (World Health Organization, 2022). İş gücü kaybının artması, ölüm oranlarının yüksek seviyelerde olması, sağlığa yönelik giderlerde artışların yaşanması ile sağlıkta sistematik bir düzenin devamlılığı açısından kronik hastalıklar 21. yüzyılda küresel bir tehdit olarak karşımıza çıkmaktadır (Uysal, 2015; World Health Organization, 2022).

Kronik hastalıkların altında yatan etkenler genellikle ortaktır. Sigara içmek, sağlıksız ve düzensiz beslenmek ve yetersiz fiziksel aktivite gibi yaşam tarzı faktörleri ile bağlantılı etkenlerin sebep olduğu bilinmektedir (Piot ve Ebrahim, 2010). Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK)'nun tanımında kronik hastalık; bir veya daha uzun seneler süren, sürekli tıbbi destek ve bakım gerektiren, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlayıcı bir durum olarak ifade edilmektedir (Akalin ve ark., 2012). Kronik hastalıklar geri dönüşümü mümkün olmayan, fizyolojik fonksiyonlarda gerilemeye neden olan ve yaşamın uzun bir dönemini kapsayarak hasta birey için sürekli bakım ve tıbbi tedaviye ihtiyaç doğurmaktadır (Okur ve Nural, 2022).

Kronik hastalıkların temel dört tane türü mevcuttur bunlar; kardiyovasküler hastalıklar (KVH), kronik solunum rahatsızlıkları, kanserler ve DM olup (World Health Organization,

2022) bu hastalıklar tüm dünyayı etkileyen kronik hastalıklar sınıfını oluşturmaktadır (Alwan ve ark., 2010). Dünya genelinde yaşlı nüfusun çoğalması ile kronik hastalıkların görülme olasılığı da yükselmektedir (İncirkuş ve Nahçıvan, 2011). Dünyada meydana gelen ilk on ölüm sebebinin yedi tanesinin kronik hastalıklardan meydana geldiği ve dünya çapındaki ölümlerin %74'ünden de kronik hastalıkların sorumlu olduğu bildirilmektedir (World Health Organization, 2019). 2019 yılında DSÖ Global Hastalık Raporu'nda Dünyada ölüm nedenleri içinde ilk olarak (%16) kalp rahatsızlıkları, ikinci olarak (%11) inme, üçüncü sırada (%6) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH), altıncı sırada akciğer kanserleri, dokuzuncu sırada ise diyabetin yer aldığı bildirilmiştir. (World Health Organization, 2019; World Health Organization, 2020).

Dede ve ark. (2016) yaptıkları çalışmalarında ülkemizde gerçekleşen ölümlerin %49'unun KVH'den, %18'inin kanserlerden, %9'unun solunum rahatsızlıklarından ve %2'sinin de DM'den kaynaklandığını tespit etmiştir. Yang ve ark. (2020)'nin yapmış olduğu çalışma analizinde ise, çalışmaya katılan hastaların yaklaşık %21.1'inin hipertansiyon rahatsızlığı (HT) olduğu; %9.7'sinin DM, %8.4'ünün KVH ve %1.5'inin solunum sistemi hastalıklarına sahip olduğu saptanmıştır.

2.4.1. Kronik hastalıkların özellikleri

Kronik hastalıklar daha ileri yaşlarda başlayıp, bireyin hayatı boyunca sürmesine ve kalıcı hasarlar bırakmasına neden olur, beraberinde başka kronik durumlara/hastalıklara sebebiyet verebilir. Hasta bireyin hastalığın oluşmasındaki etkenler ile karşılaşma süresi hastalık sürecinde önem taşımaktadır (Kaya, 2019). İlerleyen zamanla birlikte hastalığın nüksetmesi hastalığın seyrinin daha da kötüleşmesine neden olabilir. Bireyin hastalığı ile baş etmesinde tedavi sürecinde gösterdiği çabası hastalığın iyileşme durumu için önem taşır. Kronik hastalıklar bireyi ve tüm ailesini etkiler. Bu nedenle kronik hastalıklar ile mücadelede ekip ruhu önemli olup aile ile iş birliği yapabilmek gerekmektedir. Hasta bireyler hem hastanenin hem ailesinin hem de toplumun desteğine son derece ihtiyaç duymakta olup, tedavi ve bakım süreçlerinde de maddi ve manevi destekte bulunulma gereksinimi hissederler (Karadakovan ve Aslan, 2011; Kaya, 2019).

2.4.2. Kronik hastalıkların risk faktörleri

Kronik hastalıkların oluşmasında birçok risk faktörü etkilidir (World Health Organization, 2018). DSÖ kronik hastalıkların ilerlemesinde en önemli risk faktörlerinin

sağlıksız ve dengesiz beslenme alışkanlığı, fiziksel egzersizde yetersiz kalmak ve tütün türevi kullanmak olarak ifade edilmiştir (DSÖ, 2022). Kronik hastalıklarda değiştirilemeyen bazı risk faktörleri ise; bireylerin yaşı, cinsiyeti, ırkı, genetik özellikleri veya aile öyküleri olarak belirtilmiştir (Clark, 2015). İnsanların psikolojik ve sosyokültürel olarak gelir durumu, çalışma hayatı ve yaşam alanları, stres, anksiyete ve mental sağlık durumları gibi etkenler, sağlık sistemi açısından hasta bireylere verilen sağlık hizmetlerinin yeterlilik seviyesi, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığının sağlanması, tedavi edici, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinde eksiklik yaşanması, hasta ve sağlık personelleri arasındaki ilişkiler gibi durumlar kronik hastalık risk faktörleri arasında yer almaktadır (Clark, 2015).

2.4.3. Kronik hastalığın evreleri

Hastalık öncesi dönem

Hasta bireylerin sosyal hayat yaşantısı ve buna yönelik sergilediği davranışları ve genetik etkenlerden kaynaklı risk faktörünün yer aldığı evre olarak kabul edilir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

Hastalık dönemi

Bu evrede çoğunlukla hastalığa ait bulguların tam olarak belli olmayıp hastalık sürecinin değerlendirilmesi yapılarak ve mevcut tanı yöntemleri kullanılarak hastalığın tanısı kesinleştirilir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

Stabil dönem

Hastalık bulgularının ve bulgulara dair eksikliklerin kontrol altında tutulduğu pasif bir evredir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

Stabil olmayan dönem

Hastalıkla ilgili yan etkilerin seyretmeye başladığı bu evrede hastalığa dair bulgular nüks ederek hastalık sürecinin tekrardan aktif hale gelmesini sağlar. Bu durum bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde aksaklıklara neden olur (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

Akut dönem

Ani bir şekilde gelişen ve kontrol altına alınması güç olan yan etkilerle beraber seyretmektedir. Genellikle akut dönemde bireyin hastaneye yatışı söz konusu olabilir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

Kriz evresi

Hasta bireyler için acil bakım ve tedavi gerektiren, bireyin hayatında tehlike arz edebilecek durumların olabileceği bir dönemdir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

Geriye dönüş evresi

Bireye tanısı konulmuş olan hastalığın kronikleşmesi ve uzun süreli seyir halinden kaynaklanan bazı sınırlılıkların olması ve bu sınırlılıkların hasta birey tarafından kabul aşamasının gerçekleşmesini ve yeni bir yaşam tarzını benimseme ve öğrenme evresidir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

Düşüş evresi

Bu evrede semptomlar daha ilerleyici ve çok daha yoğun olarak yaşanmakta ancak halen hastalık için tedavi ve uygun bir bakımın mevcut olduğu evre olarak kabul edilmektedir (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

Ölüm evresi

Bireyin hayati durumunda hızlı ve çabuk gelişen bir gerileme söz konusudur. Bu evrede hastalığın yönetimi oldukça zordur. Bireylerin hayati fonksiyonları yaşamını devam ettirebilmek için yetersiz kalmaktadır (Akdemir 2011, Gülseven ve Oğuz 2014).

2.4.4. Kronik hastalıkların yol açtığı sorunlar

Kronik hastalıklar; hastalığın tıbbi yönetimine ilaveten fizyolojik ve sosyal sorunlara da neden olabilmektedir. Var olan kronik bir hastalık başka bir kronik hastalığın gelişmesine yol açabilir. DM hastalığının görme duyusuna ilişkin sorunlar ve böbrek hasarına neden olması buna örnek verilebilir. Kronik hastalıklar geri dönüşü olmayan, bireylerin rollerinin yerine getirmekte yaşanan zorluklar, hastalıktan kaynaklı bazı sınırlılık halleri gibi nedenlerle kişilerin gelir düzeylerinde azalma yaşanması ya da tamamen işsizlik durumu ile karşı karşıya kalmaları, beden algılarında bozulma ve hayat standartlarında gerileme ya da durma, sosyal

yaşantılarının etkilenmesi, hastalığına yönelik uygulanacak olan tedavi maliyetlerinin fazlalığı gibi birçok sorunla karşı karşıya kalınmaktadır (Gülseven ve Oğuz, 2014).

2.4.5. Kronik hastalık yönetimi

Kronik hastalıklarda yapılan tıbbi tedavilere rağmen tam olarak bir iyileşme söz konusu olmamakta, hastanın özbakım ihtiyaçlarının sorumluluğunu üstlenebilmesi ve idame ettirebilmesi içinde periyodik bir destek ve bakım gereklidir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Kronik hastalıkların yönetimi, hasta bireyin hastalığın tedavi aşamasında özyönetim ve özbakım yeteneğini kazanabilmesi için bir takım eğitim ve öğretimlerle hasta bireyin güçlendirilmesini amaçlayan planlı bir süreci kapsar (Haskett, 2006). Kronik hastalık yönetiminde amaç bir ya da daha fazla kronik hastalığa sahip bireylerin aldığı bakım ve yaşam kalitesini iyileştirmek, maliyet etkin olmak, diğer kronik hastalıkları önlemek ve erken tanı koymaktır. Kronik hastalığa sahip kişilerde hastalığın yönetim aşamasında; etkin ve yeterli düzeyde verilen özbakım önemlidir. Özbakım yeteneği; bireylerin hayatı, sağlık durumu ve iyilik halinin devamlılığı için sağlığa dair faaliyetleri başlatma ya da aktif şekilde uygulamaya geçirme becerisi olarak ifade edilmektedir. (Avdal ve Kızılcı, 2010). Kronik hastalık yönetimi, bütüncül bakımla uyum içinde olarak bakımın devamlılığının sağlanması, profesyonel bir ekip çalışmasına destek verilmesinde, kronik hastalık bakımına yönelik kalitenin geliştirilmesine katkı sağlanması ve bireylere verilen/verilecek olan bakımın maliyetin azaltılmasında önemli ve pratik bir yöntem olarak düşünölmektedir (Rothman ve Wagner, 2003).

2.4.6. Kronik hastalık ve hemşirelik

Kronik hastalığa sahip bireylere bakım hizmeti sunan sağlık ekibi çalışanlarının, kaliteli bakım hizmeti verebilmeleri için kanıta dayalı bakım planlarının uygulanması, var olan hastalık durumuna dair yaklaşımda bulunulması, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda gereken düzenlenmelerin yapılması, yetersiz kalınan durumlarda bireylere destekleyici bakım hizmeti sunulması, hasta bireylere verilmesi öngörölen eğitim için gerekli konu, bilgi ve davranışların belirlenip devamlı işleyiş halinde olması gereklidir (Fadıloğlu, 2010).

Kronik hastalık yönetiminde, hem hasta bireylerin kendilerine uygulanması planlanan tedavi için hem de aynı bireylerin tedavilerinde söz hakkına sahip olup planlanan uygulamalara karşı uyumlarının desteklenmesi gerekmektedir (Jaarsma ve ark., 2012; Jones, 2015). Kronik hastalıklara karşı verilen mücadelelerde hemşireler yalnızca bireylerin

hastalıklardan korunmasında değil aynı zamanda dünyadaki kronik hastalığa sahip olan milyonlarca hasta bireylerin hemşirelik bakımında da önemli ve etkin rol almaktadırlar (ICN, 2010). Hemşireler, kronik hastalığı sahip olan bireylerin mevcut yaşam aktivitelerini devam ettirirken onları gerekli düzeyde desteklemeli ve ihtiyaçları doğrultusunda yardımda bulunmalıdır. Amaç hasta bireylerin var olan tüm sağlık problemlerini çözümlenmek için değil; sağlık için hasta bireylerle beraber verilebilecek en iyi ve uygun hemşirelik bakımını sağlamak ve hastalıklarını yönetebilme becerisi kazanmaları konusunda yardım etmektir (Haskett, 2006). Hemşireler; kronik hastalık tanısı karşısında hastalığa yönelik bir amaç belirleyerek, plan yaparak, var olan durumlar için problem çözme becerilerini ön plana koyarak gerekli kontrol ve izlemleri yaparak hasta bireyler için etkili bir özyönetim gücünün kazanımını elde etmeye çalışarak kronik hastalıkların yönetiminde üst düzey liderlik rolüne sahip olabilmektedirler. Kronik hastalık tanısı alan bireylerin hastalığının yönetim aşamasında; etkili ve yeterli şekilde kişinin özbakım sunabilmesi çok önemlidir (Avdal ve Kızılcı, 2010).

Kronik hastalığa sahip olan bireyler klinik süreçlerinde hemşirelere oldukça gereksinim duyan hasta grubu olarak düşünülmelidir. Hastaların var olan ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için hemşirelerin sahip olduğu rollerini aktif olarak kullanması, hasta bireylere yapılan müdahalelerde farklı teknik ve yöntemler bulmaya çalışması/uygulaması, bireylerle iletişim becerilerini geliştirmesi ve insani nitelikte etkileşimlerde bulunması gerekmektedir (Sapir ve ark., 2000). Radwin ve ark.'nın (2005) kanser hastalığına sahip bireyler ile yapmış oldukları çalışmada hasta bireyler, hemşireler tarafından verilen bakımın iyileşme açısından önemli ve değerli bir katkı sağladığını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda hemşireleri; insan hayatı için önemli ve değerli birer birey olarak görüp, hasta bireyleri destekleyici ve rahatlatıcı güce sahip olmaları, hastalara karşı insancıl, anlayışlı, hassas, yardımsever ve sevecenlikle yaklaşan birer birey olarak tanımlamışlardır (Radwin ve ark., 2005). Sainio ve ark. (2001) tarafından yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin bakım esnasında hasta bireylerle olumlu yönde, arkadaşça, samimi ve gerçek anlamda etkili bir iletişim kurduklarında hastaların kendi bakımına katılmalarını sağlamakta ve bakımının bir parçası olmasında kolaylık sağladığını saptanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Konya ili Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Üroloji, Genel Dahiliye, Hematoloji, Endokrinoloji ve Metabolizma, Nefroloji, Gastroenteroloji, Romatoloji, İmmünoloji, Enfeksiyon, Göğüs Hastalıkları, Nöroloji, Kardiyoloji, Tıbbi Onkoloji bölümlerinde çalışan hemşireler ve kronik hastalık tanısı ile yatan hastalarla yapılmıştır. Çalışma verileri Temmuz-Aralık 2022 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Konya il merkezinde bulunan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde çalışan hemşireler ve kronik hastalık tanısıyla yatan bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın temel amacı hemşirelerin ve kronik hastalığı olan bireylerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimlerinin düzeylerini incelemektir. Literatürde, hasta ve hemşirelerin bakım odaklı etkileşimlerini bir arada inceleyen çalışmaya rastlanmadığından, öncelikle 50 kronik hastalığı olan birey ve 50 hemşireden veri toplanmış, buradan elde edilen analiz sonucuna göre güç analizi yapılmıştır (EK 1). Örnek genişliği G power 3.1.9.4 programı ile hesaplanmıştır. Yapılan hesaplamada, hemşireler için BOHHEÖ önemlilik boyutu puan ortalaması 100.64 ± 8.29 , hastaların BOHHEÖ önemlilik boyutu puan ortalaması 96.40 ± 10.13 , etki büyüklüğü 0.60 olarak bulunmuştur. %95 güven aralığında 0.99 güç ve 0.05 alfa hata payı (iki yönlü) ile hesaplanan örneklem büyüklüğü hemşireler için en az 50, kronik hastalığı olan bireyler için en az 100 olarak bulunmuştur (EK 1). Eksik veri olabileceği göz önüne alınarak toplamda 100 hemşire, 150 kronik hastalığı olan bireye ulaşılmıştır. Veri toplama formunda eksik veriler olması nedeniyle bir hastanın anketi çalışma dışında tutulmuş, çalışma kronik hastalığı olan 149 birey ve 100 hemşire ile tamamlanmıştır.

3.3.1. Katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri

Hastalar için; çalışmaya katılmaya gönüllü olan, sözel iletişim kurulabilen, Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Üroloji, Genel Dahiliye, Hematoloji, Endokrinoloji ve Metabolizma, Nefroloji, Gastroenteroloji, Romatoloji,

İmmünoloji, Enfeksiyon, Göğüs Hastalıkları, Nöroloji, Kardiyoloji, Tıbbi Onkoloji bölümlerinde yatan ve 18 yaşından büyük olan kronik hastalık tanısı olan bireyler dâhil edildi.

Hemşireler için; çalışmaya katılmaya gönüllü olan, Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Üroloji, Genel Dahiliye, Hematoloji, Endokrinoloji ve Metabolizma, Nefroloji, Gastroenteroloji, Romatoloji, İmmünoloji, Enfeksiyon, Göğüs Hastalıkları, Nöroloji, Kardiyoloji, Tıbbi Onkoloji bölümlerinde en az 1 yıldır kronik hastalığı olan bireylere bakım veren 18 yaşından büyük hemşireler dâhil edildi.

3.3.2. Dışlanma Kriterleri

Hastalar için; ameliyathane, yoğun bakım, psikiyatri ve pediatri birimlerde yatan, okuma yazması olmayan ve 18 yaşından küçük olan bireyler araştırmaya dahil edilmedi.

Hemşireler için; hastanenin ameliyathane, yoğun bakım, psikiyatri, pediatri, poliklinik, eğitim biriminde, yönetici pozisyonunda çalışan ve veri toplama tarihlerinde raporlu/izinli olan hemşireler (sorumlu hemşireler hariç) araştırmaya dahil edilmedi.

3.4. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Araştırmanın verileri “Hemşire Bilgi Formu” (EK 2), Hasta Bilgi Formu (EK 3) ve “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği (BOHHEÖ) – Kısa Formu Ölçeği’nin (Hemşire ve Hasta Versiyonu) (EK 4) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Hemşire Bilgi Formu (EK 2)

Hemşirelerin kişisel ve mesleki özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak (Karayurt ve ark., 2018; Rose, 2016; Onat, 2019) hazırlanan anket formunda; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim, çalışılan birim, haftalık çalışma saati, çalışma şeklini belirlemeye yönelik toplam 8 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Hasta Bilgi Formu (EK 3)

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak (Köberich ve ark., 2016; Rose, 2016; Onat, 2019) hazırlanan hastaların kişisel özellikleri ile hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerini belirlemeye yönelik soruları içermektedir. Anket formunda, cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık tanısı, kaç yıldır kronik

hastalık tanısı olduğu, daha önce hastaneye başvuru sayısı, yattığı klinik, kaldığı odadaki hasta sayısı, hastanede yatış süresi şeklinde toplam 12 soru bulunmaktadır.

3.4.3. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği (BOHHEÖ)-Kısa Formu Hemşire Versiyonu (EK 4)

Cossette ve ark., (2006) tarafından Watson'un bakım kuramını temel alarak geliştirilen ölçek, 4 alt boyut içinde yer alan 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin hemşire versiyonu önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik olmak üzere üç boyuta ve her boyutta dört alt boyuta (Klinik Bakım, İlişkisel Bakım, Hümanist Bakım ve Rahatlatıcı Bakım) ayrılmıştır. Ölçekte yer alan her bir ifade için ayrı ayrı eklenen ve hedefe uygun yönergeye sahip, 5 maddeli Likert tipi ölçekle değerlendirme sağlanmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Onat ve Yıldırım (2019) tarafından yapılmıştır.

“Klinik Bakım: bireylere yönelik tedavi planı ve uygulanan tedavilerin yan etkilerinin önlenmesine yönelik uygulamalar, verilen ilaç tedavisinde olası yan etkilerin önlenmesi, bireylerin kişisel bakımına katkıda bulunmak ve fırsat tanımak, sağlık durumunu yakından takip etmek gibi klinik bakım ve uygulamaların kapsamaktadır.

İlişkisel Bakım: bireylere olaylara karşı farklı bakış açısı kazandırmak, uyum sağlamak, sağlık durumuna nasıl anlam vermesi gerektiği konusunda yardımda bulunmak, mevcut sorunlarına etkin çözüm bulmak için yöntemlerin öğretilmesi gibi ifadeleri içermektedir.

Hümanistik Bakım: bireyi bütüncül olarak ele almak, benliğine saygı duymak, utandırıcı davranıştan kaçınmak, çabası için takdir etmek, umutlandırmak gibi maddeleri kapsamaktadır.

Rahatlatıcı Bakım: bireyin mahremiyetini korunmasına özen göstermek, temel ihtiyaçlarının giderilmesinde yardımcı olmak gibi durumları içermektedir.”

Önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik için her bir ifade; hiç (1), biraz (2), orta derece (3), çok (4), son derece (5) olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten en düşük 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Bu ölçekten elde edilecek yüksek puan, ölçülen boyut ve alt boyutta olumlu algıyı ifade etmektedir. Bireylerin ölçeklerden aldıkları puan arttıkça, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarını önemli bulma, uygulanabilir bulma ve yeterli hissetme olumlu yönde artmaktadır (Cossette, 2006). Ölçeğin hemşire versiyonunda üç

boyut ve bu üç boyuta ait tüm alt boyutlarda Cronbach alfa katsayısı 0,80 üzerinde bulunmuştur.

3.4.4. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği (BOHHEÖ)-Kısa Formu Hasta Versiyonu (EK 5)

Cossette ve ark., (2006) tarafından Watson'un bakım kuramını temel alarak geliştirilen ölçek, 4 alt boyut içinde yer alan 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin hasta versiyonu önemlilik, sıklık, memnuniyet olmak üzere üç boyuta ve her boyutta dört alt boyuta (Klinik Bakım, İlişkisel Bakım, Hümanist Bakım ve Rahatlatıcı Bakım) ayrılmıştır. Ölçekte yer alan her bir ifade için ayrı ayrı eklenen ve hedefe uygun yönergeye sahip, 5 maddeli Likert tipi ölçekle değerlendirme sağlanmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Onat ve Yıldırım (2019) tarafından yapılmıştır. Önemlilik hiç (1), biraz (2), orta derece (3), çok (4), son derece (5); sıklık hiçbir zaman (1), nadiren (2), sık (3), çok sık (4), her zaman (5); memnuniyet içinse, hiç memnun değilim (1), memnun değilim (2), kararsızım (3), memnunum (4), çok memnunum (5) olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten en düşük 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Bu ölçekten elde edilecek yüksek puan, ölçülen boyut ve alt boyutta olumlu algıyı ifade etmektedir. Bireylerin ölçeklerden aldıkları puan arttıkça, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarını önemli bularak memnuniyet düzeyleri olumlu yönde artmaktadır (Cossette, 2006). Ölçeğin hasta versiyonu için yine üç boyut ve bu üç boyuta ait tüm alt boyutlarda Cronbach alfa katsayısı 0,70 in üzerinde bulunmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Temmuz-Aralık 2022 tarihleri arasında Konya ili Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi'nde Kalp Damar Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Üroloji, Genel Dahiliye, Hematoloji, Endokrinoloji ve Metabolizma, Nefroloji, Gastroenteroloji, Romatoloji, İmmünoloji, Enfeksiyon, Göğüs Hastalıkları, Nöroloji, Kardiyoloji, Tıbbi Onkoloji bölümlerinde çalışan hemşireler ve kronik hastalık tanısı ile yatan hastalardan araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yapılarak toplandı. Veriler toplanmadan önce hemşirelere ve kronik hastalık tanısı almış bireylere araştırma hakkında bilgilendirme yapılarak yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra ilgili anket formlarını doldurmaları istendi ve formları doldurmak yaklaşık 15 dakika sürdü. Katılımcıların formu doldurma esnasında formula ilgili soruları araştırmacı tarafından cevaplandı.

3.6. Bağımsız Değişkenler

3.6.1. Hemşire

- Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim, çalışılan birim, haftalık çalışma saati, çalışma şekli.

3.6.2. Hasta

- Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık tanısı, kaç yıldır kronik hastalık tanısı olduğu, daha önce hastaneye başvuru sayısı, yattığı klinik, kaldığı odadaki hasta sayısı, hastanede yatış süresi.

3.7. Bağımlı Değişken

Hemşirelerin ve kronik hastalığı olan bireylerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ölçeği puan ortalamaları.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli izin alınmıştır (EK 6). Ayrıca araştırmanın uygulanabilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesinden kurum izni alındı (EK 7). Veri toplama aracı olarak kullanılan ölçek için yazarlardan e mail yolu ile yazılı izin alınmıştır (EK 8). Veri toplama formları dağıtılmadan önce araştırmayı katılmayı kabul eden bireylere bilgilendirme yapıldıktan sonra, katılımcıların sözel ve yazılı olarak onamları alınarak, çalışmaya gönüllü olan kişiler dahil edildi.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programlarında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama (*Ort*), standart sapma (SS), medyan (M) ve minimum (min), maksimum (max) değerleri olarak verildi. Sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. İki grubun karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. İki'den fazla kategorili değişkenler için karşılaştırmaları Kruskal Wallis Testi ile yapıldı. Kruskal Wallis Testi sonucunun önemli ise çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile yapıldı. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman

korelasyon katsayısı ile değerlendirildi. $p<0,05$ düzeyi istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yürütölmüş olması sınırlılık olarak kabul edilebilir.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin Demografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:100)

	$\bar{x}\pm SS$
Yaş	
$\bar{x}\pm SS$	31,65±5,15
M (min-max)	30,5 (23-45)
Mesleki Deneyim (yıl)	8,46±4,83
$\bar{x}\pm SS$	8 (2-22)
M (min-max)	
Çalışma Saati	46,12±5,95
$\bar{x}\pm SS$	48 (40-72)
M (min-max)	
	n/(%)
Cinsiyet	
Kadın	60 (%60)
Erkek	40 (%40)
Medeni Durum	
Evli	51 (%51)
Bekâr	49 (%49)
Eğitim Durumu	
Lise/Ön lisans	6 (%6)
Lisans	88 (%88)
Lisansüstü	6 (%6)
Çalışma Şekli	
Sürekli Gündüz	4 (%4)
Sürekli Gece	1 (%1)
Gündüz/Gece	95 (%95)
Çalışma Birimi	
Dâhili Birimler	57 (%57)
Cerrahi Birimler	43 (%43)

Sayısal veriler için $\bar{x}\pm SS$ ve Medyan (minimum - maksimum), kategorik veriler için n/% değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.1’de hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre hemşirelerin %60’ının kadın, %51’inin evli, %88’inin lisans mezunu olduğu saptandı. Hemşirelerin %95’inin gece veya gündüz çalıştığı, ortalama çalışma süresinin 46,12±5,95 saat, ortalama mesleki deneyim süresinin ise 8,46±4,83 yıl olduğu saptandı.

Tablo 4.2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Formu Hemşire Versiyonuna İlişkin Tanıtıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Sonuçları (n:100)

	Alt Boyutlar	$\bar{x}\pm SS$	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	40,91 \pm 2,81	9	0,708
	M (min-max)	41 (34-45)		
	İlişkisel Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	26,62 \pm 4,04	7	0,789
	M (min-max)	26(16-35)		
	Hümanistik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	18,09 \pm 1,75	4	0,713
	M (min-max)	18,5 (12-20)		
	Rahatlatıcı Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	14,69 \pm 0,68	3	0,780
	M (min-max)	15 (11-15)		
	Toplam Puan			
	$\bar{x}\pm SS$	100,31 \pm 6,97	23	0,811
	M (min-max)	100 (85-115)		
Yeterlilik Boyutu	Klinik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	37,32 \pm 3,72	9	0,719
	M (min-max)	38 (26-45)		
	İlişkisel Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	24,63 \pm 4,16	7	0,818
	M (min-max)	24 (15-35)		
	Hümanistik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	16,71 \pm 2,03	4	0,796
	M (min-max)	16 (11-20)		
	Rahatlatıcı Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	13,98 \pm 1,34	3	0,709
	M (min-max)	14,5 (9-15)		
	Toplam Puan			
	$\bar{x}\pm SS$	92,64 \pm 8,34	23	0,844
	M (min-max)	93,5 (67-114)		
Uygulanabilirlik Boyutu	Klinik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	36,26 \pm 3,90	9	0,726
	M (min-max)	36 (27-45)		
	İlişkisel Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	23,36 \pm 5,10	7	0,868
	M (min-max)	24 (11-35)		

Tablo 4.2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Formu Hemşire Versiyonuna İlişkin Tanıtıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Sonuçları (n:100) (Devamı)

Alt Boyutlar	$\bar{x}\pm SS$	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Hümanistik Bakım			
$\bar{x}\pm SS$	16,50 \pm 2,61	4	0,722
M (min-max)	17 (9-20)		
Rahatlatıcı Bakım			
$\bar{x}\pm SS$	13,38 \pm 1,67	3	0,793
M (min-max)	13 (7-15)		
Toplam Puan			
$\bar{x}\pm SS$	89,5 \pm 10,62	23	0,889
M (min-max)	90 (63-113)		

$\bar{x}\pm SS$ ve Medyan (minimum, maksimum).

Tablo 4.2’de hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğine (BOHHEÖ) ilişkin tanıtıcı istatistikler verilmiştir. Buna göre Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği önemlilik boyutu toplam puan ortalaması 100,31 \pm 6,97 puan, yeterlilik boyutu toplam puan ortalaması 92,64 \pm 8,34 puan ve uygulanabilirlik boyutu toplam puan ortalaması 89,5 \pm 10,62 puan olarak saptandı. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,708 ile 0,889 arasında bulundu.

Tablo 4.3. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanları ile Yaş, Mesleki Deneyim ve Çalışma Saati Arasındaki İlişki (n:100)

	Alt Boyutlar	Yaş	Mesleki Deneyim	Çalışma Saati
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	$\rho=-0,147$ $p=0,143$	$\rho=-0,174$ $p=0,083$	$\rho=0,036$ $p=0,721$
	İlişkisel Bakım	$\rho=-0,228$ $p=0,023^*$	$\rho=-0,224$ $p=0,025^*$	$\rho=0,064$ $p=0,527$
	Hümanistik Bakım	$\rho=-0,036$ $p=0,725$	$\rho=-0,052$ $p=0,607$	$\rho=0,007$ $p=0,948$
	Rahatlatıcı Bakım	$\rho=0,071$ $p=0,484$	$\rho=0,031$ $p=0,757$	$\rho=0,022$ $p=0,830$
	Toplam Puan	$\rho=-0,207$ $p=0,038^*$	$\rho=-0,219$ $p=0,029^*$	$\rho=0,080$ $p=0,429$
Yeterlilik Boyutu	Klinik Bakım	$\rho=-0,165$ $p=0,101$	$\rho=-0,215$ $p=0,032^*$	$\rho=0,073$ $p=0,468$
	İlişkisel Bakım	$\rho=-0,064$ $p=0,524$	$\rho=-0,114$ $p=0,259$	$\rho=0,066$ $p=0,514$
	Hümanistik Bakım	$\rho=-0,001$ $p=0,994$	$\rho=-0,046$ $p=0,652$	$\rho=-0,061$ $p=0,545$
	Rahatlatıcı Bakım	$\rho=-0,017$ $p=0,870$	$\rho=-0,087$ $p=0,388$	$\rho=0,115$ $p=0,254$
	Toplam Puan	$\rho=-0,124$ $p=0,217$	$\rho=-0,191$ $p=0,057$	$\rho=0,074$ $p=0,462$
Uygulanabilirlik Boyutu	Klinik Bakım	$\rho=-0,081$ $p=0,425$	$\rho=-0,163$ $p=0,104$	$\rho=0,104$ $p=0,304$
	İlişkisel Bakım	$\rho=-0,021$ $p=0,835$	$\rho=-0,063$ $p=0,534$	$\rho=0,129$ $p=0,202$
	Hümanistik Bakım	$\rho=0,068$ $p=0,499$	$\rho=0,011$ $p=0,915$	$\rho=-0,046$ $p=0,651$
	Rahatlatıcı Bakım	$\rho=0,004$ $p=0,965$	$\rho=-0,036$ $p=0,721$	$\rho=0,098$ $p=0,331$
	Toplam Puan	$\rho=-0,049$ $p=0,628$	$\rho=-0,114$ $p=0,259$	$\rho=0,123$ $p=0,223$

ρ : Spearman korelasyon katsayısı, * $p<0,05$.

Tablo 4.3' te hemşirelerin BOHHEÖ puanları ile yaş, mesleki deneyim ve çalışma saati arasındaki ilişki verilmiştir. Buna göre yaş ile BOHHEÖ önemlilik boyutunun ilişkisel bakım alt boyutu ve toplam puan arasında negatif yönlü zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Hemşirelerin mesleki deneyim süresi ile BOHHEÖ önemlilik boyutuun

ilişkisel bakım alt boyutu, toplam puan ve yeterlilik boyutunun klinik bakım alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu.



Tablo 4.4. Hemşirelerin Cinsiyetlerine Göre Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:100)

	Alt Boyutlar	Cinsiyet	$\bar{x} \pm SS$	Test (p)
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	Kadın	41,55±2,68	$z=-2,923$ $p=0,003^*$
		Erkek	39,95±2,75	
	İlişkisel Bakım	Kadın	27,37±4,05	$z=-2,438$ $p=0,015^*$
		Erkek	25,50±3,79	
	Hümanistik Bakım	Kadın	18,08±1,83	$z=-0,151$ $p=0,880$
		Erkek	18,10±1,66	
	Rahatlattıcı Bakım	Kadın	14,68±0,70	$z=-0,091$ $p=0,927$
		Erkek	14,70±0,65	
	Toplam	Kadın	101,68±7,05	$z=-2,634$ $p=0,008^*$
		Erkek	98,25±6,38	
Yeterlilik Boyutu	Klinik Bakım	Kadın	37,55±4,17	$z=-1,149$ $p=0,251$
		Erkek	36,98±2,94	
	İlişkisel Bakım	Kadın	25,22±4,02	$z=-1,726$ $p=0,084$
		Erkek	23,75±4,26	
	Hümanistik Bakım	Kadın	16,73±2,09	$z=-0,386$ $p=0,700$
		Erkek	16,68±1,95	
	Rahatlattıcı Bakım	Kadın	13,93±1,41	$z=-0,326$ $p=0,744$
		Erkek	14,05±1,24	
	Toplam	Kadın	93,43±9,05	$z=-1,557$ $p=0,120$
		Erkek	91,45±7,09	
Uygulanabilirlik Boyutu	Klinik Bakım	Kadın	36,77±4,14	$z=-1,706$ $p=0,088$
		Erkek	35,50±3,42	
	İlişkisel Bakım	Kadın	23,90±5,19	$z=-1,301$ $p=0,193$
		Erkek	22,55±4,91	
	Hümanistik Bakım	Kadın	16,45±2,73	$z=-0,089$ $p=0,929$
		Erkek	16,58±2,46	
	Rahatlattıcı Bakım	Kadın	13,27±1,76	$z=-0,720$ $p=0,471$
		Erkek	13,55±1,55	
	Toplam	Kadın	90,38±11,16	$z=-1,105$ $p=0,269$
		Erkek	88,18±9,75	

Mann Whitney U Test (z); * $p<0,05$.

Tablo 4.4' te hemşirelerin cinsiyetlerine göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Buna göre BOHHEÖ önemlilik boyutu klinik bakım alt boyutu kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksektir ($p<0,01$). Hemşirelerin BOHHEÖ önemlilik boyutu ilişkisel bakım alt boyutu erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu ($p<0,05$). BOHHEÖ-Hemşire önemlilik boyutu toplam puanı erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı bir

şekilde daha düşük bulundu ($p<0,01$). Hemşirelerin BOHHEÖ diğer boyut puanları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).



Tablo 4.5. Hemşirelerin Medeni Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:100)

	Alt Boyutlar	Medeni Durum	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	Evli	40,80±2,71	$z=-0,361$ $p=0,718$
		Bekâr	41,02±2,93	
	İlişkisel Bakım	Evli	25,55±3,82	$z=-2,538$ $p=0,011^*$
		Bekâr	27,74±3,99	
	Hümanistik Bakım	Evli	17,84±1,92	$z=-1,197$ $p=0,231$
		Bekâr	18,35±1,54	
	Rahatlatıcı Bakım	Evli	14,73±0,53	$z=-0,042$ $p=0,966$
		Bekâr	14,65±0,80	
	Toplam	Evli	98,92±6,73	$z=-1,860$ $p=0,063$
		Bekâr	101,76±6,98	
Yeterlilik Boyutu	Klinik Bakım	Evli	36,67±3,72	$z=-1,840$ $p=0,066$
		Bekâr	38,00±3,63	
	İlişkisel Bakım	Evli	23,90±3,51	$z=-1,726$ $p=0,084$
		Bekâr	25,39±4,65	
	Hümanistik Bakım	Evli	16,55±2,13	$z=-0,756$ $p=0,450$
		Bekâr	16,88±1,92	
	Rahatlatıcı Bakım	Evli	13,78±1,50	$z=-1,249$ $p=0,212$
		Bekâr	14,18±1,13	
	Toplam	Evli	90,90±7,82	$z=-2,268$ $p=0,023^*$
		Bekâr	94,45±8,56	
Uygulanabilirlik Boyutu	Klinik Bakım	Evli	36,00±3,60	$z=-0,599$ $p=0,549$
		Bekâr	36,53±4,21	
	İlişkisel Bakım	Evli	22,76±5,31	$z=-0,885$ $p=0,376$
		Bekâr	23,98±4,85	
	Hümanistik Bakım	Evli	16,45±2,87	$z=-0,167$ $p=0,867$
		Bekâr	16,55±2,34	
	Rahatlatıcı Bakım	Evli	13,22±1,72	$z=-1,068$ $p=0,286$
		Bekâr	13,55±1,62	
	Toplam	Evli	88,43±10,65	$z=-0,914$ $p=0,361$
		Bekâr	90,61±10,59	

Mann Whitney U Test (z); * $p<0,05$.

Tablo 4.5' te hemşirelerin medeni durumuna göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Hemşirelerin BOHHEÖ önemlilik boyutuna ait ilişkisel bakım alt boyutu puan ortalaması evli olanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu ($p=0,011$). Hemşirelerin BOHHEÖ yeterlilik boyutuna ait toplam puan ortalamaları evli olanlarda istatistiksel olarak

anlamli bir Őekilde daha dūŐuk bulundu ($p=0,023$). HemŐirelerin medeni durumuna gōre BOHHEō diđer boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamli farklılık gōstermedi ($p>0,05$).



Tablo 4.6. Hemşirelerin Çalıştıkları Birime Göre Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:100)

	Alt Boyutlar	Klinik Birim	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)	
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	Dâhili Birimler	40,58±3,09	$z=-1,052$ $p=0,293$	
		Cerrahi Birimler	41,35±2,34		
	İlişkisel Bakım	Dâhili Birimler	26,42±3,80	$z=-0,165$ $p=0,869$	
		Cerrahi Birimler	26,88±4,37		
	Hümanistik Bakım	Dâhili Birimler	18,09±1,90	$z=-0,395$ $p=0,693$	
		Cerrahi Birimler	18,09±1,56		
	Rahatlatici Bakım	Dâhili Birimler	14,72±0,67	$z=-0,584$ $p=0,559$	
		Cerrahi Birimler	14,65±0,69		
	Toplam	Dâhili Birimler	99,81±7,13	$z=-0,533$ $p=0,594$	
		Cerrahi Birimler	100,98±6,77		
	Yeterlilik Boyutu	Klinik Bakım	Dâhili Birimler	37,02±3,95	$z=-0,997$ $p=0,319$
			Cerrahi Birimler	37,72±3,40	
İlişkisel Bakım		Dâhili Birimler	24,88±3,67	$z=-0,573$ $p=0,567$	
		Cerrahi Birimler	24,30±4,75		
Hümanistik Bakım		Dâhili Birimler	16,77±1,97	$z=-0,480$ $p=0,631$	
		Cerrahi Birimler	16,63±2,12		
Rahatlatici Bakım		Dâhili Birimler	13,89±1,51	$z=-0,045$ $p=0,964$	
		Cerrahi Birimler	14,09±1,09		
Toplam		Dâhili Birimler	92,56±8,31	$z=-0,038$ $p=0,969$	
		Cerrahi Birimler	92,74±8,48		
Uygulanabilirlik Boyutu		Klinik Bakım	Dâhili Birimler	36,51±3,86	$z=-1,118$ $p=0,263$
			Cerrahi Birimler	35,93±3,98	
	İlişkisel Bakım	Dâhili Birimler	23,98±4,52	$z=-1,591$ $p=0,112$	
		Cerrahi Birimler	22,54±5,73		
	Hümanistik Bakım	Dâhili Birimler	16,65±2,53	$z=-0,597$ $p=0,550$	
		Cerrahi Birimler	16,30±2,73		
	Rahatlatici Bakım	Dâhili Birimler	13,44±1,76	$z=-0,684$ $p=0,494$	
		Cerrahi Birimler	13,30±1,57		
	Toplam	Dâhili Birimler	90,58±9,94	$z=-1,564$ $p=0,118$	
		Cerrahi Birimler	88,07±11,43		

Mann Whitney U Test (z); * $p<0,05$.

Tablo 4.6' da hemşirelerin çalıştıkları birime göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Tabloya göre hemşirelerin BOHHEÖ puanları çalıştıkları birime göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).

Tablo 4.7. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n:149)

	$\bar{x}\pm SS$
Yaş	
$\bar{x} \pm SS$	49,53±10,48
M (min-max)	50 (25-70)
Hastaneye Başvuru Sayısı	
$\bar{x}\pm SS$	21,22±16,24
M (min-max)	20 (2-80)
Hastalık Süresi (yıl)	
$\bar{x}\pm SS$	7,84±5,72
M (min-max)	6 (1-30)
Yatış Süresi (gün)	
$\bar{x}\pm SS$	5,30±2,53
M (min-max)	5 (1-15)
	n/(%)
Cinsiyet	
Kadın	72 (%48,3)
Erkek	77 (%51,7)
Medeni Durum	
Evli	125 (%83,9)
Bekâr	24 (%16,1)
Çalışma Durumu	
Evet	74 (%49,7)
Hayır	75 (%50,3)
Eğitim Durumu	
İlkokul/Ortaokul	10 (%6,7)
Lise/Ön lisans	46 (%30,9)
Üniversite	76 (%51)
Lisansüstü	17 (%11,4)
Gelir Durumu	
Gelir giderden az	84 (%56,4)
Gelir gidere eşit	55 (%36,9)
Gelir giderden çok	10 (%6,7)
Odadaki Hasta Sayısı	
Tek kişilik oda	52 (%34,9)
İki kişilik oda	97 (%65,1)
Hastalık Tanısı	
Endokrin sistem hastalıkları	52 (%34,9)
Kalp hastalıkları	53 (%35,6)
Solunum sistemi hastalıkları	28 (%18,8)
Diğer hastalıklar	16 (%10,7)
Klinik Birim	
Cerrahi Birim	36 (%24,2)
Dâhili Birim	113 (%75,8)

Medyan (minimum, maksimum), n: Sayı %: Yüzdelerik değeri olarak verilmiştir.

Diğer Hastalıklar (crohn hastalığı, esansiyel trombositoz, kemik erimesi, kolit, reflü romatoid artrit, ülser).

Tablo 4.7' de hastaların demografik özelliklerine ilişkin tanıtıcı özellikler verilmiştir. Buna göre katılımcıların yaş ortalamalarının 49,53±10,48, hastaneye başvuru sayısı puan ortalamasının 21,22±16,24, hastalık süresinin 7,84±5,72 yıl ve yatış sürelerinin 5,30±2,53 gün

olduğu saptandı. Hastaların %51,7'sinin erkek, %83,9'unun evli, %50,3'ünün çalışmadığı, %51'inin üniversite mezunu olduğu, %56,4'ünün gelirinin giderinden az olduğu ve %65,1'inin iki kişilik odada kaldığı saptandı. Hastalardan %34,9'unun endokrin sistem hastalıkları, %35,6'sının kalp hastalıkları, %18,8'inin solunum sistemi hastalıkları ve kalan %10,7'sinin diğer hastalıklara sahip olduğu belirlendi. Hastaların %75,8'inin dahili birimlerde yattığı bulundu.



Tablo 4.8. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Formu Hasta Versiyonuna İlişkin Tanıtıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Sonuçları (n:149)

	Alt Boyutlar	$\bar{x}\pm SS$	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	36,03±4,49	9	0,777
	M(min-max)	36 (27-45)		
	İlişkisel Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	23,28±5,08	7	0,871
	M (min-max)	23 (14-35)		
	Hümanistik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	16,26±2,46	4	0,714
	M (min-max)	16 (9-20)		
	Rahatlatıcı Bakım			
$\bar{x}\pm SS$	3,72±1,35	3	0,785	
M (min-max)	14 (9-15)			
Toplam Puan				
$\bar{x}\pm SS$	89,28±10,70	23	0,892	
M (min-max)	88 (65-115)			
Sıklık Boyutu	Klinik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	32,40±4,40	9	0,763
	M (min-max)	32 (21-43)		
	İlişkisel Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	21,55±4,36	7	0,822
	M (min-max)	21 (12-35)		
	Hümanistik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	14,98±2,52	4	0,722
	M (min-max)	15 (10-20)		
	Rahatlatıcı Bakım			
$\bar{x}\pm SS$	12,59±1,68	3	0,748	
M (min-max)	13 (8-15)			
Toplam Puan				
$\bar{x}\pm SS$	81,52±9,94	23	0,870	
M (min-max)	81 (59-107)			
Memnuniyet Boyutu	Klinik Bakım			
	$\bar{x}\pm SS$	37,27±3,12	9	0,757
	M (min-max)	37 (25-45)		

Tablo 4.8. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Formu Hasta Versiyonuna İlişkin Tanıtıcı İstatistikler ve Güvenilirlik Sonuçları (n:149) (Devamı)

Alt Boyutlar	$\bar{x}\pm SS$	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
İlişkisel Bakım			
$\bar{x}\pm SS$	26,32±3,11	7	0,736
M (min-max)	27 (17-35)		
Hümanistik Bakım			
$\bar{x}\pm SS$	16,76±1,89	4	0,787
M (min-max)	17 (9-20)		
Rahatlatıcı Bakım			
$\bar{x}\pm SS$	13,48±1,24	3	0,754
M (min-max)	14 (8-15)		
Toplam Puan			
$\bar{x}\pm SS$	93,83±7,14	23	0,849
M (min-max)	94 (72-111)		

Medyan (minimum, maksimum) değer olarak verilmiştir.

Tablo 4.8' de Hastaların BOHHEÖ'ne ilişkin tanıtıcı istatistikler ve güvenilirlik sonuçları verilmiştir. Hastaların BOHHEÖ önemlilik toplam puan ortalamasının 89,28±10,70 puan, sıklık toplam puan ortalamasının 81,52±9,94 puan ve memnuniyet toplam puan ortalamasının 93,83±7,14 olduğu bulundu. Cronbach's Alpha güvenilirlik katsayısı 0,714 ile 0,870 arasında bulundu.

Tablo 4.9. Hastaların Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanları ile Yaş, Hastaneye Başvuru Sayısı, Hastalık Süresi ve Yatış Süresi Arasındaki İlişkiler (n:149)

	Alt Boyutlar	Yaş	Hastaneye Başvuru Sayısı	Hastalık Süresi	Yatış Süresi
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	$\rho=-0,125$ $p=0,129$	$\rho=-0,346$ $p<0,001^*$	$\rho=-0,020$ $p=0,809$	$\rho=-0,180$ $p=0,028^*$
	İlişkisel Bakım	$\rho=0,038$ $p=0,649$	$\rho=-0,393$ $p<0,001^*$	$\rho=0,117$ $p=0,155$	$\rho=-0,157$ $p=0,056$
	Hümanistik Bakım	$\rho=-0,046$ $p=0,577$	$\rho=-0,486$ $p<0,001^*$	$\rho=-0,030$ $p=0,719$	$\rho=0,015$ $p=0,860$
	Rahatlatıcı Bakım	$\rho=0,059$ $p=0,476$	$\rho=0,025$ $p=0,763$	$\rho=0,014$ $p=0,863$	$\rho=0,098$ $p=0,234$
	Toplam Puan	$\rho=-0,040$ $p=0,628$	$\rho=-0,442$ $p<0,001^*$	$\rho=0,054$ $p=0,516$	$\rho=-0,134$ $p=0,103$
	Klinik Bakım	$\rho=-0,044$ $p=0,593$	$\rho=-0,063$ $p=0,444$	$\rho=-0,003$ $p=0,969$	$\rho=0,010$ $p=0,903$
	İlişkisel Bakım	$\rho=-0,056$ $p=0,495$	$\rho=-0,175$ $p=0,033^*$	$\rho=0,081$ $p=0,324$	$\rho=-0,007$ $p=0,937$
Sıklık Boyutu	Hümanistik Bakım	$\rho=-0,153$ $p=0,063$	$\rho=-0,417$ $p<0,001^*$	$\rho=-0,014$ $p=0,866$	$\rho=-0,051$ $p=0,535$
	Rahatlatıcı Bakım	$\rho=-0,037$ $p=0,651$	$\rho=-0,037$ $p=0,652$	$\rho=0,123$ $p=0,136$	$\rho=0,086$ $p=0,295$
	Toplam Puan	$\rho=-0,105$ $p=0,202$	$\rho=-0,217$ $p=0,008^*$	$\rho=0,044$ $p=0,593$	$\rho=0,010$ $p=0,901$
	Klinik Bakım	$\rho=-0,076$ $p=0,360$	$\rho=-0,129$ $p=0,117$	$\rho=-0,009$ $p=0,911$	$\rho=0,008$ $p=0,918$
	İlişkisel Bakım	$\rho=-0,051$ $p=0,540$	$\rho=-0,265$ $p=0,001^*$	$\rho=-0,076$ $p=0,359$	$\rho=0,014$ $p=0,862$
Memnuniyet Boyutu	Hümanistik Bakım	$\rho=-0,104$ $p=0,205$	$\rho=-0,383$ $p<0,001^*$	$\rho=-0,096$ $p=0,247$	$\rho=0,007$ $p=0,929$
	Rahatlatıcı Bakım	$\rho=-0,043$ $p=0,600$	$\rho=0,010$ $p=0,908$	$\rho=0,057$ $p=0,489$	$\rho=0,049$ $p=0,550$
	Toplam Puan	$\rho=-0,101$ $p=0,221$	$\rho=-0,264$ $p=0,001^*$	$\rho=-0,042$ $p=0,610$	$\rho=0,021$ $p=0,796$

ρ : Spearman korelasyon katsayısı, *($p<0,05$).

Tablo 4.9’da hastaların BOHHEÖ önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutlarının çeşitli değişkenler ile ilişkisi verilmiştir. Tablo 4.9 incelendiğinde hastaların hastaneye başvuru sayısı ile BOHHEÖ önemlilik boyutuna ait klinik bakım alt boyutu, ilişkisel bakım alt boyutu, hümanistik bakım alt boyutu ve toplam puan ortalamaları arasında negatif yönlü zayıf

kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Hastaların hastaneye başvuru sayısı ile BOHHEÖ sıklık boyutu puanlarından ilişkisel bakım, hümanistik bakım alt boyutu ve toplam puan arasında negatif yönlü zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$). Hastaların hastaneye başvuru sayısı ile BOHHEÖ memnuniyet boyutu puanlarından ilişkisel bakım, hümanistik bakım alt boyutu ve toplam puan arasında negatif yönlü zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p<0,05$). Hastaların yatış süresi ile BOHHEÖ önemlilik boyutua ait klinik bakım alt boyutu arasında negatif yönlü zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0,05$).



Tablo 4.10. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)

	Alt Boyutlar	Cinsiyet	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	Kadın	36,46±4,37	z=-1,118 p=0,264
		Erkek	35,62±4,59	
	İlişkisel Bakım	Kadın	23,79±5,30	z=-0,977 p=0,329
		Erkek	22,79±4,85	
	Hümanistik Bakım	Kadın	16,31±2,50	z=-0,119 p=0,905
		Erkek	16,21±2,44	
	Rahatlatıcı Bakım	Kadın	13,72±1,39	z=-0,291 p=0,771
		Erkek	13,71±1,32	
	Toplam	Kadın	90,28±11,01	z=-0,878 p=0,380
		Erkek	88,34±10,39	
Sıklık Boyutu	Klinik Bakım	Kadın	33,21±4,35	z=-2,037 p=0,042*
		Erkek	31,64±4,33	
	İlişkisel Bakım	Kadın	22,01±4,68	z=-1,270 p=0,204
		Erkek	21,12±4,03	
	Hümanistik Bakım	Kadın	14,86±2,57	z=-0,610 p=0,542
		Erkek	15,09±2,48	
	Rahatlatıcı Bakım	Kadın	12,79±1,71	z=-1,588 p=0,112
		Erkek	12,40±1,64	
	Toplam	Kadın	82,88±10,37	z=-1,412 p=0,158
		Erkek	80,25±9,40	
Memnuniyet Boyutu	Klinik Bakım	Kadın	37,75±2,55	z=-1,608 p=0,108
		Erkek	36,82±3,52	
	İlişkisel Bakım	Kadın	26,43±3,51	z=-0,671 p=0,502
		Erkek	26,22±2,71	
	Hümanistik Bakım	Kadın	16,88±1,94	z=-0,868 p=0,385
		Erkek	16,65±1,84	
	Rahatlatıcı Bakım	Kadın	13,51±1,35	z=-0,447 p=0,655
		Erkek	13,45±1,14	
	Toplam	Kadın	94,57±7,08	z=-1,223 p=0,221
		Erkek	93,14±7,17	

Mann Whitney U Test (z); * (p<0,05).

Tablo 4.10’da hastaların cinsiyetlerine göre BOHHEÖ puan ortalamaları verilmiştir. Tablo 4.10’a göre kadınların BOHHEÖ sıklık boyutuna ait klinik bakım alt boyutu puan ortalamalarının erkek hastaların puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde

daha yüksek olduğu bulundu ($z=-2,037$ $p=0,042$). Hastaların BOHHEÖ diğer alt boyut puan ortalamaları cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).



Tablo 4.11. Hastaların Medeni Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği-Hasta Formu Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)

	Alt Boyutlar	Medeni Durum	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	Evli	35,96±4,55	$z=-0,292$
		Bekâr	36,38±4,27	$p=0,770$
	İlişkisel Bakım	Evli	23,26±4,99	$z=-0,036$
		Bekâr	23,38±5,62	$p=0,971$
	Hümanistik Bakım	Evli	16,14±2,46	$z=-1,188$
		Bekâr	16,83±2,43	$p=0,235$
	Rahatlatıcı Bakım	Evli	13,70±1,38	$z=-0,226$
		Bekâr	13,83±1,20	$p=0,821$
	Toplam	Evli	89,06±10,68	$z=-0,411$
		Bekâr	90,42±10,96	$p=0,681$
Sıklık Boyutu	Klinik Bakım	Evli	32,44±4,47	$z=-0,415$
		Bekâr	32,17±4,08	$p=0,679$
	İlişkisel Bakım	Evli	21,59±4,41	$z=-0,236$
		Bekâr	21,33±4,21	$p=0,814$
	Hümanistik Bakım	Evli	14,76±2,48	$z=-2,321$
		Bekâr	16,13±2,46	$p=0,020^*$
	Rahatlatıcı Bakım	Evli	12,56±1,70	$z=-0,387$
		Bekâr	12,75±1,62	$p=0,699$
	Toplam	Evli	81,35±10,13	$z=-0,506$
		Bekâr	82,38±9,06	$p=0,613$
Memnuniyet Boyutu	Klinik Bakım	Evli	37,26±3,09	$z=-0,606$
		Bekâr	37,33±3,32	$p=0,544$
	İlişkisel Bakım	Evli	26,40±3,04	$z=-0,843$
		Bekâr	25,92±3,49	$p=0,399$
	Hümanistik Bakım	Evli	16,71±1,77	$z=-1,327$
		Bekâr	17,00±2,45	$p=0,184$
	Rahatlatıcı Bakım	Evli	13,47±1,17	$z=-0,733$
		Bekâr	13,54±1,59	$p=0,464$
	Toplam	Evli	93,84±6,87	$z=-0,044$
		Bekâr	93,79±8,56	$p=0,965$

Mann Whitney U Test (z); *(p<0,05).

Tablo 4.11’de hastaların medeni durumlarına göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Tablo 4.11. incelendiğinde hastaların BOHHEÖ sıklık boyutuna ait hümanistik bakım alt boyutu evli olanlarda bekar olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük

olarak saptandı ($z=-2,321$ $p=0,020$). Hastaların BOHHEÖ diğer alt boyut ortalama puan ortalamaları medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi ($p>0,05$).



Tablo 4.12. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)

	Alt Boyutlar	Çalışma Durumu	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	Evet	35,72±4,65	$z=-0,835$
		Hayır	36,33±4,34	$p=0,403$
	İlişkisel Bakım	Evet	22,62±5,14	$z=-1,746$
		Hayır	23,92±4,96	$p=0,081$
	Hümanistik Bakım	Evet	16,16±2,48	$z=-0,389$
		Hayır	16,35±2,46	$p=0,697$
	Rahatlatıcı Bakım	Evet	13,73±1,32	$z=-0,012$
		Hayır	13,71±1,38	$p=0,991$
	Toplam	Evet	88,23±10,89	$z=-1,489$
		Hayır	90,31±10,48	$p=0,136$
Sıklık Boyutu	Klinik Bakım	Evet	31,50±4,17	$z=-2,512$
		Hayır	33,28±4,46	$p=0,012^*$
	İlişkisel Bakım	Evet	21,04±4,28	$z=-1,519$
		Hayır	22,05±4,41	$p=0,129$
	Hümanistik Bakım	Evet	15,03±2,43	$z=-0,419$
		Hayır	14,93±2,62	$p=0,676$
	Rahatlatıcı Bakım	Evet	12,45±1,65	$z=-1,201$
		Hayır	12,73±1,71	$p=0,230$
	Toplam	Evet	80,01±9,36	$z=-1,734$
		Hayır	83,00±10,33	$p=0,083$
Memnuniyet Boyutu	Klinik Bakım	Evet	37,00±3,27	$z=-1,108$
		Hayır	37,53±2,95	$p=0,268$
	İlişkisel Bakım	Evet	26,26±2,93	$z=-0,719$
		Hayır	26,39±3,30	$p=0,472$
	Hümanistik Bakım	Evet	16,74±1,91	$z=-0,118$
		Hayır	16,77±1,88	$p=0,906$
	Rahatlatıcı Bakım	Evet	13,46±1,24	$z=-0,284$
		Hayır	13,51±1,26	$p=0,776$
	Toplam	Evet	93,46±7,43	$z=-0,639$
		Hayır	94,20±6,87	$p=0,523$

Mann Whitney U Test (z); *(p<0,05)

Tablo 4.12' de hastaların çalışma duruma göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Tablo 4.12'ye göre hastaların BOHHEÖ sıklık boyutu klinik bakım alt boyutu puanlarının çalışanlarda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulundu ($p<0,01$). Hastaların BOHHEÖ diğer puanları arasında çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)

	Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)	Fark (Bonferroni-Dunn)
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	İlkokul/Ortaokul	33,80±5,39		-
		Lise/Ön lisans	35,98±4,50	$H=3,511$	
		Üniversite	36,14±4,37	$p=0,319$	
		Lisansüstü	36,94±4,46		
	İlişkisel Bakım	İlkokul/Ortaokul	25,60±5,68		-
		Lise/Ön lisans	23,41±5,33	$H=2,646$	
		Üniversite	23,01±4,79	$p=0,449$	
		Lisansüstü	22,71±5,34		
	Hümanistik Bakım	İlkokul/Ortaokul	15,70±3,06		-
		Lise/ Ön lisans	16,33±2,49	$H=5,112$	
		Üniversite	16,05±2,25	$p=0,164$	
		Lisansüstü	17,29±2,87		
Rahatlatıcı Bakım	İlkokul/Ortaokul	12,60±2,12		-	
	Lise/ Ön lisans	13,63±1,44	$H=5,182$		
	Üniversite	13,80±1,19	$p=0,159$		
	Lisansüstü	14,24±0,83			
Toplam	İlkokul/Ortaokul	87,7±14,09		-	
	Lise/ Ön lisans	89,35±11,38	$H=0,913$		
	Üniversite	89,01±9,95	$p=0,822$		
	Lisansüstü	91,18±10,65			
Sıklık Boyutu	Klinik Bakım	İlkokul/Ortaokul	29,90±4,86		-
		Lise/ Ön lisans	33,02±4,67	$H=3,894$	
		Üniversite	32,41±4,07	$p=0,273$	
		Lisansüstü	32,12±4,64		
	İlişkisel Bakım	İlkokul/Ortaokul	21,90±4,63		-
		Lise/ Ön lisans	21,65±4,38	$H=0,037$	
		Üniversite	21,49±4,50	$p=0,998$	
		Lisansüstü	21,35±3,86		
	Hümanistik Bakım	İlkokul/Ortaokul	13,80±2,57		-
		Lise/ Ön lisans	14,93±2,64	$H=4,675$	
		Üniversite	14,96±2,40	$p=0,197$	
		Lisansüstü	15,88±2,55		

Tablo 4.13. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149) (Devamı)

Alt Boyutlar	Eğitim Durumu	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)	Fark (Bonferroni-Dunn)
Rahatlatıcı Bakım	İlkokul/Ortaokul	11,30±2,21		
	Lise/ Ön lisans	12,78±1,76	H=4,990	
	Üniversite	12,57±1,53	p=0,173	-
	Lisansüstü	12,94±1,56		
Toplam	İlkokul/Ortaokul	76,90±11,32		
	Lise/ Ön lisans	82,3±10,70	H=2,633	
	Üniversite	81,42±9,46	p=0,452	-
	Lisansüstü	82,29±9,16		
Klinik Bakım	İlkokul/Ortaokul	35,30±4,57		
	Lise/ Ön lisans	37,09±3,22	H=2,712	
	Üniversite	37,53±2,80	p=0,438	-
	Lisansüstü	37,76±3,01		
İlişkisel Bakım	İlkokul/Ortaokul	26,40±3,60		
	Lise/ Ön lisans	26,02±3,00	H=1,594	
	Üniversite	26,30±3,29	p=0,661	-
	Lisansüstü	27,18±2,27		
Memnuniyet Boyutu	İlkokul/Ortaokul	16,10±2,13		
	Lise/ Ön lisans	17,02±1,63	H=5,899	
	Üniversite	16,49±2,03	p=0,117	-
	Lisansüstü	17,65±1,41		
Rahatlatıcı Bakım	İlkokul/Ortaokul	12,50±1,90		
	Lise/ Ön lisans	13,59±1,18	H=5,950	
	Üniversite	13,45±1,18	p=0,114	-
	Lisansüstü	13,94±0,97		
Toplam	İlkokul/Ortaokul	90,30±9,88		
	Lise/ Ön lisans	93,72±7,01	H=4,380	
	Üniversite	93,76±6,95	p=0,223	-
	Lisansüstü	96,53±5,99		

Kruskal Wallis Testi (KW); *(p<0,05).

Tablo 4.13' te hastaların eğitim durumuna göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Hastaların BOHHEÖ puanlarının eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı (p>0,05).

Tablo 4.14. Hastaların Gelir Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)

	Alt Boyutlar	Gelir Durumu	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)	Fark (Bonferroni-Dunn)
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	Gelir giderden az	35,99±4,52	H=1,193 p=0,551	-
		Gelir gidere eşit	35,80±4,41		
		Gelir giderden çok	37,60±4,88		
	İlişkisel Bakım	Gelir giderden az	23,52±5,08	H=1,027 p=0,599	-
		Gelir gidere eşit	22,82±5,03		
		Gelir giderden çok	23,70±5,66		
	Hümanistik Bakım	Gelir giderden az	16,06±2,44	H=5,893 p=0,053	-
		Gelir gidere eşit	16,24±2,49		
		Gelir giderden çok	18,00±2,00		
	Rahatlatıcı Bakım	Gelir giderden az	13,62±1,45	H=0,453 p=0,797	-
		Gelir gidere eşit	13,87±1,11		
		Gelir giderden çok	13,70±1,70		
Toplam	Gelir giderden az	89,19±10,93	H=1,592 p=0,451	-	
	Gelir gidere eşit	88,73±10,36			
	Gelir giderden çok	93,00±10,96			
Sıklık Boyutu	Klinik Bakım	Gelir giderden az	33,05±4,15	H=4,347 p=0,114	-
		Gelir gidere eşit	31,64±4,66		
		Gelir giderden çok	31,10±4,36		
	İlişkisel Bakım	Gelir giderden az	22,24±4,28	H=5,237 p=0,073	-
		Gelir gidere eşit	20,64±4,29		
		Gelir giderden çok	20,80±4,87		
	Hümanistik Bakım	Gelir giderden az	14,86±2,51	H=2,862 p=0,239	-
		Gelir gidere eşit	14,91±2,41		
		Gelir giderden çok	16,40±3,03		
	Rahatlatıcı Bakım	Gelir giderden az	12,77±1,66	H=3,029 p=0,220	-
		Gelir gidere eşit	12,36±1,61		
		Gelir giderden çok	12,30±2,16		
Toplam	Gelir giderden az	82,92±9,71	H=3,918 p=0,141	-	
	Gelir gidere eşit	79,55±10,0			
	Gelir giderden çok	80,60±10,0			
Memnuniyet Boyutu	Klinik Bakım	Gelir giderden az	37,43±2,88	H=1,101 p=0,577	-
		Gelir gidere eşit	36,98±3,49		
		Gelir giderden çok	37,50±3,10		
	İlişkisel Bakım	Gelir giderden az	26,45±3,07	H=1,508 p=0,471	-
		Gelir gidere eşit	25,95±3,27		
		Gelir giderden çok	27,30±2,41		

Tablo 4.14. Hastaların Gelir Durumuna Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149) (Devamı)

Alt Boyutlar	Gelir Durumu	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)	Fark (Bonferroni-Dunn)
Hümanistik Bakım	Gelir giderden az	16,65±1,76	H=7,574 p=0,023*	1<3
	Gelir gidere eşit	16,65±2,07		p=0,042
	Gelir giderden çok	18,20±1,40		
Rahatlatıcı Bakım	Gelir giderden az	13,58±1,23	H=1,695 p=0,429	-
	Gelir gidere eşit	13,31±1,27		
	Gelir giderden çok	13,60±1,17		
Toplam	Gelir giderden az	94,12±6,46	H=2,819 p=0,244	-
	Gelir gidere eşit	92,89±8,13		
	Gelir giderden çok	96,60±6,50		

Kruskal Wallis Testi (H); p<0,05.

Tablo 4.14' te hastaların gelir durumuna göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Hastaların BOHHEÖ memnuniyet boyutuna ait hümanistik bakım alt boyutu puanları geliri giderinden az olanlarda geliri giderinden fazla olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulundu (KW=7,574 p=0,023). BOHHEÖ diğer puanları gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05).

Tablo 4.15. Odadaki Hasta Sayısına Göre Hastaların Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)

	Alt Boyutlar	Odadaki Hasta Sayısı	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)	
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	Tek kişilik oda	36,06±4,84	z=-0,044	
		İki kişilik oda	36,01±4,32	p=0,965	
	İlişkisel Bakım	Tek kişilik oda	22,87±5,58	z=-1,104	
		İki kişilik oda	23,49±4,80	p=0,270	
	Hümanistik Bakım	Tek kişilik oda	16,65±2,78	z=-1,590	
		İki kişilik oda	16,04±2,26	p=0,112	
	Rahatlatıcı Bakım	Tek kişilik oda	13,85±1,36	z=-1,073	
		İki kişilik oda	13,65±1,34	p=0,283	
	Toplam	Tek kişilik oda	89,42±11,76	z=-0,185	
		İki kişilik oda	89,20±10,15	p=0,853	
	Sıklık Boyutu	Klinik Bakım	Tek kişilik oda	31,88±4,36	z=-0,935
			İki kişilik oda	32,67±4,41	p=0,350
İlişkisel Bakım		Tek kişilik oda	20,90±4,50	z=-1,753	
		İki kişilik oda	21,90±4,27	p=0,080	
Hümanistik Bakım		Tek kişilik oda	15,50±2,64	z=-1,746	
		İki kişilik oda	14,70±2,42	p=0,081	
Rahatlatıcı Bakım		Tek kişilik oda	12,87±1,80	z=-1,911	
		İki kişilik oda	12,44±1,60	p=0,056	
Toplam		Tek kişilik oda	81,15±9,94	z=-0,383	
		İki kişilik oda	81,71±9,98	p=0,702	
Memnuniyet Boyutu		Klinik Bakım	Tek kişilik oda	36,81±4,07	z=-0,923
			İki kişilik oda	37,52±2,45	p=0,356
	İlişkisel Bakım	Tek kişilik oda	26,17±3,36	z=-0,979	
		İki kişilik oda	26,40±2,98	p=0,328	
	Hümanistik Bakım	Tek kişilik oda	17,06±1,92	z=-1,922	
		İki kişilik oda	16,60±1,86	p=0,055	
	Rahatlatıcı Bakım	Tek kişilik oda	13,67±1,28	z=-1,771	
		İki kişilik oda	13,38±1,22	p=0,076	
	Toplam	Tek kişilik oda	93,71±8,44	z=-0,130	
		İki kişilik oda	93,90±6,37	p=0,897	

Mann Whitney U Test (z); p<0,05.

Tablo 4.15' te hastaların odadaki hasta sayısına göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Buna göre hastaların BOHHEÖ puanları odadaki hasta sayısına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (p>0,05).

Tablo 4.16. Hastaların Hastalık Tanısına Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n: 149)

	Alt Boyutlar	Hastalık Tanısı	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)	Fark (Bonferroni-Dunn)
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	35,90±4,64		
		2.Kalp hastalıkları	36,11±4,81	H=0,148	
		3.Solunum sistemi hastalıkları	36,11±3,47	p=0,986	
		4.Diğer hastalıklar	36,00±4,90		
	İlişkisel Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	24,54±5,40		
		2.Kalp hastalıkları	23,34±4,91	H=8,881	1>4
		3.Solunum sistemi hastalıkları	22,25±4,27	p=0,031*	p=0,009
		4.Diğer hastalıklar	20,75±4,95		
	Hümanistik Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	16,40±2,26		
		2.Kalp hastalıkları	15,98±2,59	H=1,422	
		3.Solunum sistemi hastalıkları	16,68±2,54	p=0,700	
		4.Diğer hastalıklar	15,94±2,62		
	Rahatlatıcı Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	13,73±1,36		
		2.Kalp hastalıkları	13,94±1,20	H=3,032	
		3.Solunum sistemi hastalıkları	13,54±1,35	p=0,387	
		4.Diğer hastalıklar	13,25±1,69		
Toplam	1.Endokrin sistem hastalıkları	90,58±11,26			
	2.Kalp hastalıkları	89,38±11,33	H=2,594		
	3.Solunum sistemi hastalıkları	88,57±7,85	p=0,459		
	4.Diğer hastalıklar	85,94±11,14			
Sıklık Boyutu	Klinik Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	32,40±4,62		
		2.Kalp hastalıkları	32,09±4,30	H=1,152	
		3.Solunum sistemi hastalıkları	32,61±4,13	p=0,765	
		4.Diğer hastalıklar	33,00±4,73		
	İlişkisel Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	21,81±4,25		
		2.Kalp hastalıkları	21,74±4,75	H=2,243	
		3.Solunum sistemi hastalıkları	21,64±4,49	p=0,523	
		4.Diğer hastalıklar	19,94±2,95		
	Hümanistik Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	14,81±2,60		
		2.Kalp hastalıkları	14,92±2,23	H=6,791	
		3.Solunum sistemi hastalıkları	16,00±2,54	p=0,079	
		4.Diğer hastalıklar	13,94±2,74		
	Rahatlatıcı Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	12,35±1,85		
		2.Kalp hastalıkları	12,68±1,66	H=1,357	
		3.Solunum sistemi hastalıkları	12,68±1,49	p=0,716	
		4.Diğer hastalıkları	12,94±1,53		

Tablo 4.16. Hastaların Hastalık Tanısına Göre Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n: 149) (Devamı)

Alt Boyutlar	Hastalık Tanısı	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)	Fark (Bonferroni-Dunn)
Toplam	1.Endokrin sistem hastalıkları	81,37±10,70		
	2.Kalp hastalıkları	81,43±10,32	H=1,055	
	3.Solunum sistemi hastalıkları	82,93±8,45	p=0,788	
	4.Diğer hastalıklar	79,81±9,01		
Klinik Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	37,31±3,12		
	2.Kalp hastalıkları	37,17±3,14	H=2,539	
	3.Solunum sistemi hastalıkları	36,79±3,58	p=0,468	
	4.Diğer hastalıklar	38,31±1,96		
İlişkisel Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	26,52±3,24		
	2.Kalp hastalıkları	26,58±2,96	H=2,311	
	3.Solunum sistemi hastalıkları	25,57±3,35	p=0,510	
	4.Diğer hastalıklar	26,13±2,75		
Memnuniyet Boyutu	1.Endokrin sistem hastalıkları	16,52±1,97		
	2.Kalp hastalıkları	16,74±1,55	H=6,275	
	3.Solunum sistemi hastalıkları	17,43±2,04	p=0,099	
	4.Diğer hastalıklar	16,44±2,25		
Rahatlatıcı Bakım	1.Endokrin sistem hastalıkları	13,31±1,39		
	2.Kalp hastalıkları	13,57±1,05	H=1,781	
	3.Solunum sistemi hastalıkları	13,61±1,47	p=0,619	
	4.Diğer hastalıklar	13,56±0,89		
Toplam	1.Endokrin sistem hastalıkları	93,65±7,74		
	2.Kalp hastalıkları	94,06±6,75	H=0,206	
	3.Solunum sistemi hastalıkları	93,39±7,63	p=0,977	
	4.Diğer hastalıklar	94,44±5,93		

Kruskal Wallis Testi (KW); $p < 0,05$. Diğer Hastalıklar (crohn hastalığı, esansiyel trombositoz, kemik erimesi, kolit, reflü romatoid artrit, ülser).

Tablo 4.16' da hastaların hastalık tanısına göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Tabloya göre endokrin sistem hastalıkları olan hastaların BOHHEÖ önemlilik boyutuna ait ilişkisel bakım alt boyutu puanları diğer hastalık türüne sahip olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu (KW=8,881 $p=0,031$). Hastaların BOHHEÖ diğer puanları ile hastaların hastalık tanısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 4.17. Hastaların Yattığı Klinik Birime Göre Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:149)

	Alt Boyutlar	Klinik Birim	$\bar{x}\pm SS$	Test (p)
Önemlilik Boyutu	Klinik Bakım	Cerrahi Birim	35,92±3,71	z=-0,096
		Dâhili Birim	36,06±4,73	p=0,924
	İlişkisel Bakım	Cerrahi Birim	22,14±4,34	z=-1,393
		Dâhili Birim	23,64±5,26	p=0,164
	Hümanistik Bakım	Cerrahi Birim	16,31±2,64	z=-0,239
		Dâhili Birim	16,24±2,42	p=0,811
	Rahatlatıcı Bakım	Cerrahi Birim	13,31±1,47	z=-2,100
		Dâhili Birim	13,85±1,28	p=0,036*
	Toplam	Cerrahi Birim	87,67±8,43	z=-0,721
		Dâhili Birim	89,79±11,31	p=0,471
Sıklık Boyutu	Klinik Bakım	Cerrahi Birim	32,47±3,99	z=-0,160
		Dâhili Birim	32,37±4,53	p=0,873
	İlişkisel Bakım	Cerrahi Birim	21,39±4,26	z=-0,225
		Dâhili Birim	21,60±4,41	p=0,822
	Hümanistik Bakım	Cerrahi Birim	15,58±2,75	z=-1,565
		Dâhili Birim	14,79±2,42	p=0,118
	Rahatlatıcı Bakım	Cerrahi Birim	12,47±1,52	z=-0,644
		Dâhili Birim	12,63±1,73	p=0,520
	Toplam	Cerrahi Birim	81,92±8,33	z=-0,442
		Dâhili Birim	81,39±10,43	p=0,659
Memnuniyet Boyutu	Klinik Bakım	Cerrahi Birim	37,14±3,33	z=-0,279
		Dâhili Birim	37,31±3,06	p=0,780
	İlişkisel Bakım	Cerrahi Birim	25,81±3,17	z=-0,936
		Dâhili Birim	26,49±3,09	p=0,349
	Hümanistik Bakım	Cerrahi Birim	17,19±2,18	z=-2,082
		Dâhili Birim	16,62±1,77	p=0,037*
	Rahatlatıcı Bakım	Cerrahi Birim	13,53±1,38	z=-0,545
		Dâhili Birim	13,47±1,20	p=0,586
	Toplam	Cerrahi Birim	93,67±6,92	z=-0,318
		Dâhili Birim	93,88±7,24	p=0,751

Mann Whitney U Test (z); p<0,05.

Tablo 4.17' de hastaların yattığı klinik birime göre BOHHEÖ puanları verilmiştir. Buna göre cerrahi birimde yatan hastaların BOHHEÖ önemlilik boyutuna ait rahatlatıcı bakım alt boyutu puanları dahili birimde yatan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha düşük bulundu ($z=-2,100$ $p=0,036$). Cerrahi birimlerde yatan hastaların BOHHEÖ hümanistik bakım alt boyutu puanları dahili birimlerde yatan hastaların puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulundu ($z=-2,082$ $p=0,037$). Hastaların BOHHEÖ diğer puanları ile hastaların yattığı klinik birim arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Kronik hastalığı olan bireylerin ve hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimlerinin karşılaştırılmasının incelenmesi amacıyla bulgular iki bölümde tartışılmıştır.

- İlk bölümde; hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi Ölçeği puan dağılımına yönelik bulguların,
- İkinci bölümde; kronik hastalığı olan bireylerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi Ölçeği puan dağılımına yönelik bulguların tartışmasına yer verilmiştir.

5.1. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi Ölçeği Puan Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması

Kronik hastalığı olan bireylere bakım veren hemşirelerin BOHHEÖ'nden elde ettikleri puanlar incelendiğinde önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.2). Hemşirelerin almış olduğu yüksek puanlara bakıldığı zaman bakım odaklı hemşire hasta etkileşim düzeyinin olumlu düzeyde olduğu ve hemşirelerin hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları saptanmıştır (Tablo 4.2). Bu çalışma ile benzer şekilde Bayraktar ve Eşer (2017) ile Kaçmaz ve Çam (2019)'ın hemşirelerle yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları saptanmıştır. Kumru (2019), Cerit ve ark. (2019) ve Sertgöz (2020)'ün hemşireler ile yapmış olduğu çalışma sonucunda da BOHHEÖ-Hemşire önemlilik puan ortalamasının yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları, kendilerini bakım verme ve etkili iletişim kurabilme konusunda yeterli hissettiklerini ve bu beceriyi uygulayabildikleri söylenebilir. Foronda ve ark. (2016)'nın yapmış olduğu çalışmada bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine aşırı iş yoğunluğu, eleman sayısı ve zaman yetersizliği gibi etkenlerin engel olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızda hemşirelerin yeterlilik ve uygulanabilirlik puanlarının Foronda ve ark. (2016)'nın çalışmasında belirtilen etkenlere benzer şekilde çalışma ortamı ile ilgili faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerinin sosyodemografik özelliklerine göre BOHHEÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde önemlilik boyutu toplam puanı ile hemşirelerin yaş, cinsiyet ve mesleki deneyim özelliklerinin hemşire hasta etkileşimi üzerinde etkili olduğu görülürken çalışma saati ve çalışılan klinik gibi özelliklerinin etkili olmadığı tespit edilmiştir.

Çalışmada hemşirelerin BOHHEÖ alt boyutlarından önemlilik alt boyutu bulguları değerlendirilmiştir. Bu çalışmada hemşirelerin yaşları arttıkça, hemşire hasta etkileşiminde ilişkisel bakımı daha az önemli buldukları saptanmıştır (Tablo 4.3). Bu çalışmadan farklı olarak, Bayraktar ve Eşer (2017)'in çalışmasında yaş arttıkça, önemlilik alt boyutu puanlarının da arttığı belirtilmiştir. Uyar (2018)'in hemşirelerin bakım odaklı hasta etkileşimi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapmış olduğu çalışmasında da yaşı büyük olan hemşirelerin yaşı küçük olanlara göre bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminde daha yeterli ve uygulanabilir buldukları ifade edilmektedir. Hemşirelerin yaşı arttıkça bireysel ve mesleki yorgunluklarının da artmasına bağlı olarak hastalarla iletişimlerinin azaldığı söylenebilir.

Çalışmada hemşirelerin mesleki deneyimleri arttıkça, hemşire hasta etkileşiminde ilişkisel bakımı daha az önemli buldukları ve klinik bakımda kendilerini daha az yeterli hissettikleri belirlenmiştir (Tablo 4.3). Çelenk ve Topoyan (2017)' in yaptıkları çalışmada hemşirelerin meslekte çalışma yılı arttıkça var olan problemleri çözmek için gerekli olan beceri düzeylerinde bir azalma olduğu tespit edilmiştir. Dikmen ve ark. (2014)' nın çalışmasında mesleki deneyim süresi daha az olan hemşirelerin profesyonel tutum puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca eğitimi doktora düzeyinde olan ve meslekte çalışma yılı 0 ile 5 yıl arasında olan hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin mesleki deneyim süresi 21 yıl ve üzerinde olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu (Tanaka ve ark., 2014), başka bir çalışmada ise 20 yıl ve üzerinde çalışan hemşirelerin bakım algılarının daha yüksek olduğu (Rose, 2016) saptanmıştır. Meslekte deneyimi az olan hemşirelerin, mesleği ve meslekte gelişmeyi daha fazla önemsedikleri, olası sorun ve problemlere yönelik yeni fikir ve çözüm arayışı içinde olma isteklerinin daha fazla olabilecekleri düşünülürken mesleki deneyimi fazla olan hemşirelerin ise tükenmişlik, bedensel yorgunluk ve iş yoğunluğu gibi bireysel veya kurumsal faktörlerle ilişkili olarak hasta bireylerle yeteri kadar etkileşim sağlayamadıkları söylenebilir. Bu durum deneyimi daha az olan hemşirelerin, hem mesleğe yeni başlamış olmaları, profesyonel anlamda gelişmeyi ve mesleki değer yargılarını önemsemelerinden hem de aktif şekilde öğrenmeye, öğrendiklerini uygulamaya geçirmek konusunda merak duyarak bakım vereceği hasta bireylerle etkili iletişime geçmek için daha çok istekli olmalarından kaynaklanmış olabilir. Nitekim, hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin klinik yöntem ve becerileri kazanması, meydana gelebilecek olumsuz olayları öğrenmesi ve özverili çalışması, olası risk teşkil eden durumların güvenliğini sağlamak ve yönetebilmek gibi becerileri meslekte ilk iki yıl içerisinde kazandıkları bildirilmiştir (Lukewich ve ark., 2015). Can ve Acaroğlu

(2015)'nin çalışmasında hemşirelerin mesleki değer algıları yükseldikçe kişiselleştirilmiş bakım algılarının da yükseldiği sonucuna varılmıştır.

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre ölçek puanları incelendiğinde, kadınların, hemşire hasta etkileşiminde klinik ve ilişkisel bakımı daha fazla önemli saptanmıştır (Tablo 4.4). Erzincanlı ve Yüksel (2018)'in öğrencilerle yaptığı çalışmasında kadın öğrencilerin BOHHEÖ önemlilik boyutu toplam puan ortalamalarının erkek öğrencilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mutlu ve ark. (2015)'in hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine karşı tutum ve davranışlarını incelemiş oldukları çalışmada, mevcut duyguların ifade edilmesine ilişkin ölçek alt boyutunda erkek hemşirelerin aldığı puanın kadın hemşirelerin aldığı puandan düşük olduğu belirtilmiştir. Atar ve Aşti (2020) tarafından yapılan çalışmada kız öğrencilerin bakım veren hasta hemşire etkileşimini erkek öğrencilere göre daha önemli ve uygulanabilir buldukları bu konuda kendilerini daha yetkin hissettiklerini ifade etmişlerdir. Kaçmaz ve Çam (2019) ile Gündoğan (2018) tarafından yapılan çalışma bulgularında, bu çalışma bulgularının tersine cinsiyet durumunun hemşire-hasta etkileşim düzeyi üzerinde bir etkisinin olmadığı ifade edilmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuç, kadın hemşirelerin iletişim kurma ve duygularını ifade etme becerileri ile ilişkilendirilebilir. Yapılan çalışmalarda (Sis ve ark., 2012; Çınar ve Olgun, 2013) hemşireliğin bakım verici rolünün sadece kadınlara ait olan bir meslek dalı olarak kabul görüldüğü belirtilmiş olup, aradaki farklılıklar kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre daha içten bir yaklaşım sergileyip duygularını hasta bireylere karşı daha kolay ifade edebilmeleri ve empati kurma becerilerinden kaynaklanmış olabilir.

Hemşirelerin medeni durumlarına göre BOHHEÖ puanları incelendiğinde, bekarların evlilere göre ilişkisel bakımı daha önemli buldukları ve kendilerini daha yeterli buldukları saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu çalışma sonucundan farklı olarak yapılan çalışmalarda çalışmaya katılan hemşirelerin evli ya da bekar olmalarının BOHHEÖ-Hemşire toplam puan ortalamasını etkilemediği belirtilmiştir (Uyar, 2018; Kaçmaz ve Çam, 2019). Kumru (2019)'nin yoğun bakımda çalışan hemşireler ile yapmış oldukları çalışmada da hemşirelerin medeni durum açısından önemlilik alt boyutu puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ifade edilmiştir. Yine aynı çalışmada bekar olanların evlilere göre hümanistik bakımı daha önemli buldukları saptanmıştır. Polatkan (2004)'in yapmış olduğu çalışmasında ise evli hemşirelerin bekar hemşirelere göre problem çözme ve empati kurabilme becerisini daha çok önemsedikleri saptanmıştır. Yapılan bu çalışmada evli olan

hemşirelerin kendilerini daha yetersiz hissetmeleri, hem sosyal hayat hem de iş hayatında sorumluluklarını dengeleme çabasından kaynaklanmış olabilir.

5.2. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi Ölçeği Puan Dağılımına Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmanın bu bölümünde kronik hastalığı olan bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre BOHHEÖ puan dağılımına yönelik bulgular incelenmiş ve çalışma ile ilişkin bulgular tartışılmıştır. Çalışmaya katılan kronik hastalığı olan bireylerin BOHHEÖ'nden elde ettikleri puan değerlendirildiğinde hastaların önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutu puanları yüksek bulunmuş olup, en düşük puanı sıklık boyutundan en yüksek puanı ise memnuniyet boyutundan aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.8). Hastaların almış olduğu puanlar incelendiği zaman bakım odaklı hemşire hasta etkileşim düzeyini önemsedikleri, hemşire hasta etkileşimi ve verilen bakımdan oldukça memnuniyet duydukları, fakat hasta ve hemşire arasında etkileşimi sıklık olarak az buldukları söylenebilir. Ayrıca bireylerin aldıkları bakımdan memnun olması hemşirelerin kaliteli bakım vermesi ile ilişkilendirilebilir. Verilen hemşirelik bakımının kalitesinin hemşireler ve hastalar tarafından oldukça olumlu algılandığı (Yılmaz, Korhan ve Khorshid, 2017) ve hastaların hemşirenin varlığını algılaması arttıkça, memnuniyetin de arttığı (Bozdoğan, 2014) saptanmıştır. Dikmen ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada da kronik hastalığı olan hastaların hemşirelik bakımını algılama seviyelerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Wilby (2005)'nin kanser hastaları ile yaptığı çalışmada, hastaların hissettikleri duygulara karşı hassasiyet göstermenin, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını gidermek konusunda yardımcı olmanın, hastaların bilgi eksikliklerini gidermenin ve sıcak, içten samimi bir iletişim ile yaklaşmanın hastaların önemsendiklerini ve kendilerini iyi hissetmesini sağlayıcı hemşirelik tutum ve davranışları olduğu ifade edilmiştir. Çalışmanın bu sonucu, uygulamanın tıp fakültesi hastanesinde gerçekleştirilmesi, hastaneye başvuran bireylere bakım veren hemşirelerin çoğunluğunun lisans mezunu hemşirelerden oluşması ve hemşirelerin hastalara özenli bir şekilde bakım vermesi ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmaya katılan hastaların hastaneye başvuru sayısı arttıkça, hemşire hasta etkileşimini daha az önemli buldukları, etkileşimin sıklık olarak daha az gerçekleştiği ve hemşire hasta etkileşiminden daha az memnun oldukları bulunmuştur (Tablo 4.9). Bu durumun araştırmanın yapıldığı hastaneye başvuran hasta sayısının yüksek olması ve hastaların daha önceki hastaneye başvurma deneyimlerinin olumsuz olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların yaşı (Tablo 4.9), eğitim durumu (Tablo 4.13) ve kaldıkları odadaki hasta sayısına göre (Tablo 4.15) BOHHEÖ puanlarının değişmediği saptanmıştır. Alsaqri (2016)'nin yaptığı çalışmada da hastaların yaşı ile memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda yaşlı hastaların hemşireler tarafından verilen bakımdan daha fazla memnun kaldıkları belirtilmiştir (Fröjd ve ark., 2010; Tuğut ve Gölbaşı, 2013). Bu çalışmada yaş açısından ölçek puanlarının değişmemesi hastaların beklentileri ile ilgili olabilir. Eğitim durumu ile ilgili olarak çalışmalarda eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin memnuniyetleri daha yüksek bulunmuştur (Taggart ve ark., 2011; Karabulutlu, Atman ve Yağcı, 2015; Kalaycı, 2022). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak Wagner ve Bear (2009) ile Millutinovic ve ark. (2012)'in çalışmalarında hemşirelik bakımından duyulan memnuniyetin bireylerin beklentileri ile doğru orantılı olduğunu ifade ederek, bireylerin eğitim düzeyinde artışın bakıma dair beklentileri de artırdığını vurgulayarak eğitim düzeyi yüksek olan hastaların memnuniyet düzeylerinin düşük olduğunu ifade etmişlerdir. Tavallai ve ark. (2009)'ın çalışmasında eğitim düzeyinin yüksek olmasının bireylerin fiziksel sağlığını olumlu etkilediği saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların eğitim durumuna göre ölçek puanlarında farklılık saptanmaması, hastaların sorularına hemşireler tarafından yeterli açıklamanın yapıldığını, hasta başında geçirilen zamanın (sıklık olarak az olsa da) nitelikli olarak kullanıldığını düşündürmektedir. Hastaların kaldıkları odadaki hasta sayısı ile ilgili olarak, Özşaker, Sevilmiş, Özcan ve Samast (2020)'ın yaptıkları çalışmada üç kişi ve üstünde yatağa sahip odada kalan hastaların özel oda ve iki kişilik odada kalan bireylere göre memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır. Hasta bireylerin kaldıkları odadaki hasta sayısında artış oldukça hemşirelik bakımına dair memnuniyet düzeylerinde düşüş gözlemlendiği ifade edilmiştir (İçli, Kuşuoğlu ve Aslan 2006). Kuzu ve Ulus (2014)'un çalışma sonucunda ise hastaların kaldığı oda türünün memnuniyet düzeylerine etki etmediği saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların kaldıkları odadaki hasta sayısına göre ölçek puanlarında fark bulunmaması, çoğu hastanın iki kişilik odada kalmasına rağmen, odalarda her hastaya ait yeterli alan ve malzeme bulunması, bakım esnasında mahremiyete dikkat edilmesi gibi durumlardan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada hastaların yatış süresi arttıkça, klinik bakımı daha az önemli buldukları tespit edilmiştir (Tablo 9). Literatürdeki çalışmalarda ise, daha önce hastaneye yatma öyküsü olan hastaların memnuniyet düzeylerinin hastaneye hiç yatmamış hastalara göre daha yüksek (Koç, Sağlam ve Şenol 2011; Brkic ve Brkic, Millutinovic, Simin, 2012) ve düşük (Arslan ve Kelleci, 2011) olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ak (2017)' in kronik hastalarla

yaptığı çalışmasında hastaların hastanede hasta olarak geçirdikleri sürenin artmasıyla verilen hemşirelik bakımına yönelik memnuniyetlerinde azalma tespit edilmiştir. Bireylerin hastanede kalış süresi arttıkça, bireyin tedavisine yönelik yapılan rutin uygulamaları, hastanın her gün yapılan sıradan bir iş olarak görmesi ve hemşire hasta etkileşimine yönelik algısının bu yönde değişmesinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre BOHHEÖ puanları incelendiğinde, kadınların klinik bakım sıklığını erkelere göre daha yüksek bulduğu saptandı (Tablo 4.10). Üstünova ve Nahçıvan (2015)'in KOAH hastalarına yönelik yaptıkları çalışmada sonucunda da cinsiyet faktörünün kronik hastalık bakımını değerlendirmede etkisi olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmada kadın hastaların klinik bakım sıklığını daha yüksek olarak algılamasının nedeni, kadınların herhangi bir sağlık problemi yaşamaları durumunda erkek bireylere göre daha sık hastaneye başvurmaları ve daha sık klinik bakım almaları olabilir.

Çalışmada hastaların medeni durumuna göre bekar olan hastaların, evlilere göre, hümanistik bakım sıklığını daha yüksek olarak algıladıkları saptandı (Tablo 4.11). Zuhur (2018)'un diyabetli bireyler ile yapmış olduğu çalışmada bekâr olan bireylerin evli olan bireylere göre hemşirelik bakımını değerlendirme puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bekar olanların, hemşirelerin bakım verirken saygılı davrandığını lmasından dolayı hemşireler tarafından verilen hümanistik bakım sıklığından yeterli memnuniyeti duydukları söylenebilir.

Çalışmada hastaların çalışma durumuna göre BOHHEÖ puanları incelendiğinde, herhangi bir işte çalışmayan bireylerin, çalışanlara göre klinik bakım sıklığını daha yüksek algıladıkları bulundu (Tablo 4.12). Literatürde hastaların çalışma durumu ile hasta hemşire etkileşimini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu sonuç, çalışan hastaların kısa sürede işine geri dönme konusunda sorumluluk hissetmeleri bu nedenle hastanede kalma süresini en aza indirmeleri yönünde eğilimleri nedeniyle bu hastalar klinik bakımın sıklığını daha düşük olarak algılıyor olabilir.

Çalışmada hastaların gelir durumuna göre, geliri giderinden az olan hastaların, geliri giderinden fazla olanlara göre hümanistik bakımdan daha az memnuniyet duydukları bulunmuştur (Tablo 4.14). Yapılan çalışmalarda bu çalışma sonucundan farklı olarak gelir durumunun hastaların memnuniyet düzeylerinde etkisi bulunmamıştır (Akın ve Erdoğan, 2007; Tuğut ve Gölbaşı, 2013). Çalışmaya katılan hastaların yarısından fazlasının “geliri

giderinden az” kategorisinde bulunması bu sonucu etkilemiş olabilir. Ayrıca, bu sonuç sosyo ekonomik durumu iyi olmayan bireylerin, bireysel algıları ile ilişkili olabilir.

Çalışmada hastaların hastalık tanısına göre ölçek puanları incelendiğinde, endokrin sistem hastalıkları ile ilgili tanısı olan bireylerin ilişkisel bakımı daha önemlilik buldukları tespit edilmiştir (Tablo 4.16). Bayrak ve ark. (2019)’nın çalışmasında özellikle DM ve Kronik Böbrek hastalığı bulunan bireylerin kronik hastalığa dair bakım ve değerlendirmelerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan bireylerin kendi özbakım davranışlarını geliştirmiş oldukları ve hastaneye yatış oranlarında da azalma görüldüğü belirlenmiştir (Duangbubha ve ark., 2013). Diyabet gibi endokrin sistem hastalıklarında hastaların hastaneye kontrol, tedavi ve bakım amaçlı sık başvurması nedeniyle hemşire hasta ilişkisinin ön plana çıkması ve bakımın devamlılığının sürdürülmesi ile aralarında kurulan işbirliği, iletişim ve etkileşiminde geliştirilmesine katkı sağlayarak memnuniyet düzeylerinde artışın görüleceği söylenebilir.

Çalışmada hastaların yattığı kliniğe göre ölçek puanları incelendiğinde, dahili birimlerde yatan bireylerin rahatlatıcı bakımı daha önemli buldukları (Tablo 4.17), cerrahi birimlerde yatan bireylerin hürmanistik bakımdan daha fazla memnuniyet duydukları bulunmuştur. Alcan ve ark. (2015)’ın çalışmasında dahili kliniklerde tedavisi devam eden hastaların memnuniyet düzeylerinin cerrahi birimlerde tedavi gören hastalara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kuzu ve Ulus (2014)’un çalışmasında ise cerrahi servislerde tedavisi devam eden bireylerin memnuniyet düzeylerinin çok yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda dahili birimlerde yatan hastaların rahatlatıcı bakımı önemli bulmaları, bu birimlerde yatan hastaların tedavi ve bakımında rahatlatıcı bakım uygulamalarının yer alması ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca cerrahi birimlerde yatan hastaların memnuniyetlerinin yüksek çıkmasının, hastaların akut durumlarına ameliyat veya cerrahi girişimler gibi çözümlerin uygulanmasının, hastaneden daha kısa sürede taburcu olmalarının etkisi olmuş olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalığı olan bireylerin ve hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimlerinin karşılaştırılmasını incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- Hemşirelerin %60'ının kadın, %51'inin evli, %88'inin lisans mezunu olduğu, %95'inin gece veya gündüz çalıştığı, ortalama çalışma süresinin $46,12 \pm 5,95$ saat, ortalama mesleki deneyim süresinin ise $8,46 \pm 4,83$ yıl olduğu saptandı.
- Hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşim düzeyinin olumlu düzeyde olduğu ve hemşirelerin hemşire hasta etkileşimini önemli ve uygulanabilir buldukları saptandı.
- Kadın hemşirelerin, erkeklere göre, klinik ve ilişkisel bakımı daha önemli buldukları saptandı. Evli olan hemşirelerin, bekarlara göre ilişkisel bakımı daha önemli buldukları saptandı.
- Hemşirelerin yaşları arttıkça, ilişkisel bakımı daha az önemlilik buldukları saptandı.
- Hemşirelerin mesleki deneyimi arttıkça ilişkisel bakımı daha az önemlilik buldukları ve klinik bakımla ilgili kendilerini daha az yeterli hissettikleri bulundu.
- Araştırmaya katılan hasta bireylerin %51,7'sinin erkek, %83,9'unun evli, %51,0'inin üniversite mezunu olduğu, %50,3'ünün çalışmadığı ve %56,4'ünün gelirinin giderinden az olduğu saptandı.
- Kronik hastalığı olan bireylerin hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları, etkileşimin sıklığını yeterli buldukları ve bu etkileşimden memnuniyet duydukları saptandı.
- Hastaların hastaneye başvuru sayısının arttıkça, hemşire hasta etkileşimini daha az önemli buldukları, sıklık olarak daha az gerçekleştiğini düşündükleri ve memnuniyetlerinin azaldığı saptandı.
- Hastaların hastanede yatış süresi arttıkça, klinik bakımı daha az önemli buldukları tespit edildi.
- Kadın hastaların klinik bakım sıklığını erkeklere göre daha yüksek bulduğu saptandı.
- Bekar olan hastaların, evli olanlara göre, hümanistik bakım sıklığını daha yüksek olarak algıladıkları saptandı.
- Herhangi bir işte çalışmayan bireylerin, çalışanlara göre, klinik bakım sıklığını daha yüksek olarak algıladıkları bulundu.

- Geliri giderinden az olan hastaların, geliri giderinden fazla olanlara göre hümanistik bakımdan daha az memnuniyet duydukları bulundu.
- Endokrin sistem hastalıkları ile ilgili tanısı olan bireylerin, kalp, solunum ve diğer hastalığı olanlara göre, ilişkisel bakımı daha fazla önemli buldukları saptandı.

Bu doğrultuda;

- Özellikle mesleki deneyimi fazla olan hemşirelere hastalarla etkileşim konusunda düzenli olarak eğitim verilmesi,
- Erkek hemşirelerin de hastalarla kurdukları bakım ilişkisini geliştirecek planlamalar yapılması,
- Hastaların hastanede kalış sürelerini azaltmaya yönelik hastalığa özgü girişimlerin planlanması,
- Hemşirelerin ve hastaların bakım odaklı hemşire hasta etkileşimlerinin, endokrin sistem hastalıkları, kardiyovasküler hastalıklar gibi hastalık gruplarına özgü olarak incelenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Ak, D. S. (2017). Kronik hastalığı olan bireylere “Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği (Pacic)”nin uygulanması (Tez No: 462775) [Uzmanlık tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Akça, A. F. (2016). Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler, 7. Baskı. İstanbul; Nobel Tıp Kitapevleri, s, 2 - 30.
- Akın, S., & Erdoğan, S. (2007). The Turkish version of the newcastle satisfaction with nursing care scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4),646-653. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01583.x>
- Aktaş, Y., Arabacı, L. B., & Dülgerler, Ş. (2020). Watson insan bakım modeli'ne göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 51-57. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/54199/634830>
- Akyüz, E., Uğurlu, Z., Çevik, B., Yaman, Ç., Ayhan, A. (2017). Leiomyosarkom tanılı bir gebenin Ide Jean Orlando'nun Etkileşim Modeline göre incelenmesi: Vaka sunumu. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 73-78. <http://busbid.baskent.edu.tr/index.php/busbid/article/view/62/41>
- Alcan, O. A., Giersbergen, Y. M., Köze, Ş. B., Aksakal, İ.B. & Tanıl, V. (2015). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(3), 81-89. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/49334/630139>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (Eds.). (2010). Hemşirelik kuramcıları ve çalışmaları (7. baskı). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier. 25(2), 201-202. <https://doi.org/10.1177/0894318412437964>
- Alsaqri, S. (2016). Patient satisfaction with quality of nursing care at governmental hospitals, Ha'il City, Saudi Arabia. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*, 6(10),128-142. <https://core.ac.uk/download/pdf/234662014.pdf>
- Altıok, H. Ö., Şengün, F., & Üstün, B. (2011). Bakım: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 137-140. <https://hdl.handle.net/20.500.12397/4597>
- Altundağ, S. (2018). Tip 1 diyabetli çocukların hastalığa uyumunda eğitimin ve sosyal desteğin etkisi. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 11(2), 137-144. <https://doi.org/10.5505/ptd.2017.90958>
- Alwan, A., Maclean, R. D., Riley, M. L., Espaignet, T. E., Mathers, D. C., et al. (2010). Kronik bulaşıcı olmayan hastalıkların izlenmesi ve sürveyansı: yükün yüksek olduğu ülkelerde ilerleme ve kapasite. 376, (9755), 1861-1868. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61853-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61853-3)
- Arda, H., Ertem, M., Baran, G., & Durgun, Y. (2007). Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusundaki görüşleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 15(59), 68-74. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fnjin/issue/9022/112473>
- Arifoğlu, B., & Razi, S. G. (2011). Birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinin empati ve iletişim becerileriyle iletişim yönetimi dersi akademik başarı puanı arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1),7-11. https://acikerisim.deu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4576/7-11_arifoglu.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Arja, S., Helena, L. K., Jouko, K. (2008). Faktors related to the nursing studentpatient relationship: The students' perspective. *Nurse Education Today*, (28),539-549. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2007.09.004>
- Arslan, Ç., Kelleci, M. (2011). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 1-8. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/29577>
- Atar, N. Y., Aştı, T. (2020). Attitudes and behaviors of nursing students towards nurse-patient interaction. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1),411. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/46_atar_original_13_1.pdf
- Avdal, E.Ü., Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Elektronik Dergisi*, 3(3),164-168. <https://search.trdizin.gov.tr/tr/yayin/detay/132881/>

- Avşar, G. (2014). Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4),216-221. https://dergipark.org.tr/pub/ataunihem/issue/2667/34488#article_cite
- Ay, F. A., Ertem, Ü. T., Özcan, N. K., Güneş, B., Işık, R.B., et al. (2015). Temel hemşirelik, kavramlar, ilkeler ve uygulamalar. Ay, F. A. (Ed.). İstanbul Medical Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul.
- Aydemir, T., & Çetin, Ş. (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4(3), 109-115.
- Aydın, M. (2014). Bir üniversite hastanesindeki hastaların hemşirelik bakımını algılayışları (Tez No: 379373) [Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Babacan, G. A. (2014). Hemşirelik kuram ve modelleri. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı. Çam, O., Engin, E. (Ed.). S, 59- 83. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi.
- Baillie, L. (2016). Working in partnership with patients and carers. *Nursing Standard*, 31(15), 42–45. <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10527>
- Başol, E. (2018). Patients with health professionals (doctors and nurses) communication between the problems and solutions. *International Anatolia Academic Online Journal*, 4(1), 76-93. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/465271>
- Baykara, G. Z. (2014). Hemşirelik bakımı kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(2), 92-99. https://jag.journalagent.com/tjob/pdfs/TJOB-54264-REVIEW-GOCMEN_BAYKARA.pdf
- Bayrak, B., Yıldırım, G., Oğuz, S., Sağaltıcı, Ç., Doğanay, E., ve ark. (2019). Kalp yetersizliği hastalarında öz bakımı değerlendirme ve etkileyen risk faktörlerin belirlenmesi. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 10(23), 114- 121. <https://doi.org/10.5543/khd.2019.68552>
- Bayraktar, D., & Eşer, İ. (2017). Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3),188-194. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/31360/336373#article_cite
- Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., et al. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middleincome countries: A priority for primary health care. *Lancet*, 372, 940–949.
- Bingöl, G., & Demir, A. (2011). Amasya sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. *Göztepe Tıp Dergisi*, 26 (4), 152-159. https://jag.journalagent.com/medeniyet/pdfs/MEDJ_26_4_152_159.pdf
- Biröl, L. Hemşirelik Süreci. (2013). Bozyaka Matbaacılık, 10. Baskı, İzmir.
- Boscart, M. V. (2009). A communication intervention for nursing staff in chronic care. *J Advanced Nurs*, 9, 1823-1832. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05035.x>
- Bozdoğan, S. (2014). Kanser hastalarının hemşirenin varlığını değerlendirmelerinin hümanistik hemşirelik kuramı bağlamında incelenmesi. (Tez No: 359010) [Doktora tezi Hacettepe Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Bozdoğan, Y. S., & Öz, F. (2016). Hemşirenin varlığı: kuramsal bir bakış. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2), 94–99. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.96967>.
- Bozdoğan Y, S., & Öz, F. (2017). Cancer patients' perceptions of nursing presence. *J Psy Nurs*, 8(3), 150-156.
- Can, Ş., & Acaroğlu, R. (2015). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1),32-40. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fnijn/issue/30801/333143>
- Cerit, B., Bilgin, N. Ç., Çoşkun, S., & Yorgun, S. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 727-733. <https://journal.acıbadem.edu.tr/en/download/article-file/1701889>
- Clark, M. J. (2015). Chronic physical health problems, population and community health nursing, 6th edition, pearson education, Boston, s, 791-835.
- Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., ve ark. (2019). Recovery-focused mental health care planning and coordination in acute inpatient mental health settings: a cross national

- comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 115. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2094-7>
- Cossette, S., Cote, J. K., Pepin, J., Ricard, N. (2006). D'Aoust, L.X. "A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: refinement of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale)", *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 198-214. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03895.x>
- Crow, J. (2010). Kraszewski, S., McEwen, A. (Eds.). Communication: The essence of care. Communication skills for adult nurses, 37.
- Çam, M. O., & Dülgerler, Ş. (2014). Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliğinde tedavi edici temel araçlar: ortam ve iletişim. Çam, M. O., Engin, E. (Eds.). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi.
- Çelenk, O., & Topoyan, M. (2017). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin problem çözme beceri düzeylerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 251-259. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46787/586704>
- Çınar, D., & Olgun, N. (2013). Klinik uygulamalarda erkek hemşire algısı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (3), 3-6. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/717759>
- Dede, B., Sarı, M., Gürsul, A., Hanedar, A., Gadis, A., Görgülü, B., ve ark. (2016). Kronik hastalığı nedeniyle ayaktan izlenen hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin niteliğini etkileyen değişkenler. *TAF Prev Med Bull*, 5(3), 238-247. <https://doi.org/10.5455/pmb.1-1450185478>
- Dikmen, Y., Yılmaz, D. K., & Usta, Y.Y. (2016). Hemşirelerin otonomi düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8, 72-87. <https://doi:10.17371/uhd.2016823282>
- Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 17(2), 74-82. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88519>
- Dong, S. T., Butow, P. N., Agar, M., Lovell, M. R., Boyle, F., Stockler, M. (2016). Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: A semi-structured interview study. *Support Care Cancer*, a; 24, 1373-1386. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2913-4>
- Duangbubha, S., Hanucharumkul, S., Pookboonmee, R., Orathai, P., & Kiatboonsri, C. (2013). Chronic care model implementation and outcomes among patient with COPD in care teams with and without advanced practice nurses. *Pacific Rim Int J Nursing Res*, 17(2),102-116. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/8266>
- Duran, S., & Albayrak, S. (2020). Sağlık çalışanlarının iletişim becerileri ve göçmenlerle yaşadıkları iletişim zorlukları. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 12(3),355-365. <https://doi.org/10.5336/nurses.2020-74433>
- Durgun, O. Y., & Okumuş, H. (2013). Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların watson'ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(3),190-198. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2662/34429#article_cite
- Efil, S., Kurucu, N. M., & Eser, O. (2011). Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 12, 151-155. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kocatepetip/issue/17410/182316>
- Engster, D. (2005). Rethinking Care Theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia*, 20(3), 50-74. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2005.tb00486>
- Erbay, Ö., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç., & Aykar, F.Ş. (2018). Hipertansif atak yaşayan hastalara Watson'ın İnsan Bakım Modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 9(19), 82-88. <https://doi/10.5543/khd.2018.41275>
- Erikli, H.N., Yıldırım, Y., Aykar, Ş. F., Fadiloğlu, Ç. Z. (2021). İnsan bakım modeli'nin hemşirelik bakımında kullanımı: Covid 19. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),227-234. <https://doi.org/10.53424/balikesirsbd.87775>
- Erken, S. (2008). Klinisyen hemşirelerle akademisyen hemşireler arasındaki iletişim örüntüsünün incelenmesi. (Tez No: 215812) [Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

- Erzincanlı, S., & Yüksel, A. (2018). Öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1):10-17. <https://dergipark.org.tr/pub/ataunihem/issue/36782/342464>
- Fadıloğlu, Ç. (2010). Akciğer kanserinde bakım modelleri. Aydın, A., Can, G. (Eds.). Akciğer kanserinde tedavi ve bakım. İstanbul: İpomet Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti. s, 63-74.
- Fawcett, J., & Desanto, M. S. (2005). Contemporary nursing knowledge: Analysis and evolution of nursing models and theories. (2th ed.). Philadelphia: Fa Davis Company, 117–437.
- Feo, R., Conroy, T., Wiechula, R., Rasmussen, P., & Kitson, A. (2019). Instruments measuring behavioural aspects of the nurse–patient relationship: a scoping review, *J. Clin. Nurs*, 29,1808–1821. <https://doi.org/10.1111/jocn.14947>
- Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K., Behrenler, J. (2009). Nurse–patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health*, 17,339-353. <https://doi.org/10.1007/s10389-008-0238-1>
- Foronda, C.L., Swoboda, S.M., Hudson, K.W., Jones, E., Sullivan, N., Ockimey, J., Jeffries, P. R. (2016). Evaluation of vSIM for nursingTM: A trial of innovation. *Clin Simul Nurs*, 12(4), 128-131. <https://pure.johnshopkins.edu/en/publications/evaluation-of-vsime-for-nursing-a-trial-of-innovation>
- Fröjd, C., Swenne, C. L., Rubertsson, C., Gunningberg, L., Wadensten, B. (2011). Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients’ perceptions of quality of care. *Journal of Nursing Management*, 19:226- 36. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01197.x>
- Gedük, A. E. (2018). Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(2), 253-258. <https://doi.org/10.17681/hsp.358458>.
- Gülseven B, & Oğuz S. (2014). Kronik Durumlar. İçinde: Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Karadakovan, A., Aslan, F. E. (Eds.). Geliştirilmiş 3. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.
- Gündoğan, D. (2018). Pediatri hemşirelerinin hemşire-hasta etkileşimlerine yönelik tutum ve davranışları ve çocuk sevme düzeylerinin belirlenmesi. (Tez No: 513676) [Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Hançerlioğlu, S. (2014). Kronik hastalıklarda öz-bakım yönetimi ölçeği ve uyum soru formu’nun Türkçe’ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği. (Tez No: 398963) [Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Harris, B., & Panozzo, G. (2019). Barriers to recovery-focused care within therapeutic relationships in nursing: Attitudes and perceptions. *Int J Ment Health Nurs*, 28(5),1220-1227. <https://doi.org/10.1111/inm.12611>
- Haskard, K. B., Dimatteo, M. R., & Heritage, J. (2009). Affective and instrumental communication in primary care interactions: predicting the satisfaction of nursing staff and patients. *Health communication*, 24(1), 21-32. <https://doi.org/10.1080/10410230802606968>
- Haskett, T. (2006). Chronic illness management: changing the system. *Home health care management practice*, 18, 492–496.
- Haugan, G., Innstrand, S.T., & Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse–patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2192-205. <https://doi.org/10.1111/jocn.12072>
- Hiçdurmaz, D. (2017). Ida Jean Orlando: Hemşirelik süreci teorisi. Karadağ, A., Çalışkan, N., Göçmen, B. Z. (Eds.) Hemşirelik teorileri ve modelleri kitabı. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, 257-286.
- <http://www.icn.ch/>
- <https://www.ahna.org.tr/>
- <https://www.tdk.gov.tr/>
- <https://www.thder.org.tr/hemsirelik-yonetmeligi>
- International Council of Nurses (ICN) (2010). Delivering quality, serving communities: Nurses leading chronic care, 1-69. <https://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf>

- İçli, G.E., Kuşuoğlu, S., & Aslan, F. E. (2006). Sosyodemografik değişkenlerin hasta memnuniyetine etkisi. *Marmara Üniversitesi İdari İktisadi Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21,383-400. <https://dergipark.org.tr/pub/muiibd/issue/489/4260>
- İncirkuş, K., & Nahcivan, N. (2011). Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1,102-109. <https://hdl.handle.net/20.500.12397/4592>
- Jaarsma, T., Riegel, B., Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of selfcare of chronic illness. *Advances in Nursing Science*. 35(3), 194-204. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Jones, S. L. (2015). Diabetes case management in primary care: The new brunswick experience and expanding the practice of the certified diabetes educator nurse into primary care. *Can J Diabetes*. 39(4), 322-324. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2014.12.006>
- Kabasakal, A., Kitiş, Y. (2021). Watson'ın insan bakım modelinin kavramsal açıdan incelenmesi, *Sağlık akademisi Kastamonu*, 6 (2),45-50. <https://doi.org/10.25279/sak.516353>
- Kaçmaz, E. D., Çam, M. O. (2019). Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. *J Psychiatr Nurs*, 10(1), 65-74. doi: 10.14744/phd.2018.83702 https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-83702-RESEARCH_ARTICLE-KACMAZ.pdf
- Kalaycı, M. (2022). Covid-19 tanısıyla hastanede yatan hastaların bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin değerlendirilmesi. (Tez No: 739408) [Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Karadakovan A, Aslan FE. Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Nobel Kitabevi, Adana, 2011, S.78-79.
- Kaya, N. (2019). Dâhili polikliniklere başvuran kronik hastalığı olan hastalarda öz bakım yönetimi ve ilaç uyumu. (Tez No: 576974) [Yüksek lisans tezi, Bozok Üniversitesi] <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Kocaman, N. (2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 9,49-54. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2631/33853#article_cite
- Koç, Z., Sağlam, Z., & Şenol, M. (2011). Patient satisfaction with the nursing care in hospital. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 31(3), 629-40. <https://doi.org/10.5336/medsci.2009-16413>
- Korhan, E. A. (2019). Watson'un insan bakım modeli: Bir sistematik derleme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2 (2), 46-68. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sauhsd/issue/50266/585389>
- Kumru, E. B. (2019). Yoğun bakım hemşirelerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. (Tez No: 611510). [Yüksek lisans tezi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi].
- Kumsar, K. A., & Yılmaz, T. F. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70. <https://hdl.handle.net/20.500.12445/1333>
- Kuzu, C., & Ulus, B. (2014). Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 129-134. <https://journal.acibadem.edu.tr/en/download/article-file/1701458>
- Loghmani, L., Borhani, F., Abbaszadeh, A. (2014). Factors affecting the nurse-patients' family communication in intensive care unit of kerman: A qualitative study, *Journal Caring Sciences*, 3(1), 67-82. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.008>
- Lukewich, J., Edge, D. S., Tranmer, J., Raymond, J., Miron, J., Ginsburg, L., & VanDenKerkhof, E. (2015). Undergraduate baccalaureate nursing students' self-reported confidence in learning about patient safety in the classroom and clinical settings: An annual cross-sectional study (2010– 2013). *International Journal of Nursing Studies*, 52(5), 930- 938. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.01.010>
- Mancuso, J., (2010). Impact of Health Literacy and Patient Trust on Glycemic Control in an Urban USA Population. *Nursing and Health Sciences*. Issue 12,94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00506.x>
- McNeill, C., Shattell, M., Rossen, E., Bartlett, R. (2008). Relationship skills building with older adults. *J Nurs Educ*. 47 (6), 269-271. <https://doi.org/10.3928/01484834-20080601-07>

- Millutinovic, D., Simin, D., Brkic, N., & Brkic, S. (2012). The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scand J Caring Sci.* 26(3), 598-606. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00969.x>
- Mosby, E. (2009). Potter, P. A., Perry, A. G., Hall, A. & Stockert, P. A. (Eds.). *Fundamentals of Nursing*. 7. Baskı. USA.
- Mutlu, G., Aşıcı, B., Gerer, N., & Yavuzarslan, F. (2015). Hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Bildiri kitabı. Nisan 22–26, s. 674–675.
- Norman, V., Rossillo, K., & Skelton, K. (2016). Creating healing environments through the theory of caring. *Aorn Journal*, 104(5), 401-409.
- Okur, E. Nural, N. (2022). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bir hastanın hastalığa uyumu ve hemşirelik girişimleri: Olgu Sunumu. 31(4), 314-320. <https://doi.org/10.17942/Sted.1041259>
- Onat, T. (2019). Bakım odaklı hemşire - hasta etkileşim ölçeği - kısa formu'nun (hemşire-hasta versiyonları) geçerlik ve güvenirlik çalışması. (Tez No: 617701) [Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Ozan, D. Y. (2013). Watson'ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve infertilite etkilenme durumlarına etkisi. (Tez No: 342044) [Doktoratezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Özcan, A. (2006). Hemşire- hasta ilişkisi ve iletişim. 2.Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 4-31.
- Özcan, H. (2012). Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: gümüşhane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2),60-68. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/7508/98967>
- Özdemir, G. (2011). Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerileri ve yaşam yönelimlerinin stresle baş etme tutumları üzerine etkisi. (Tez No: 303226) [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Özdemir, Ü., & Taşçı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/66941>
- Özkahraman, K. Ş., & Yıldırım, B. (2013). Eleştirel düşünmeyi hemşirelik sürecinde uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 3(3), 29-35. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ejovoc/issue/5390/73096>
- Özkan, A. İ., & Okumuş, H. (2012). Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2,61-69. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52724/695455>
- Özkan, H. A., Akten, İ. M., & Yaşar, S. (2014). Hemşirelikte bakım kavramı. Özkan, S., (Ed.). Hemşirelikte bilim, felsefe ve bakımın temelleri. İstanbul, Akademi Basın, s, 97- 110.
- Özlü, Z. K., Eskici, V., Gümüş, K., Yayla, A., Özlü, İ., Aksoy, D., Yeşilay, Y. (2016). Acil birimlerde çalışan hemşirelerin iletişim becerileri ve empati düzeylerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 8, 52 -71. <https://doi.org/10.17371/UHD.2016823278>
- Özşaker, E., Sevilmiş, H., Özcan, Y., & Samast, M. (2021). Nursing care perception and satisfaction levels of surgical patients, 11(2), 151–159. <https://doi.org/10.16899/jcm.711131>
- Parlayan, M. A., & Dökme, S. (2016). Özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin değerlendirilmesi: Bir hastane örneği. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2). <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ksusbd/issue/24103/255842>
- Parse, R. R., & Rosemarie, R. P. (2010). Human becoming. *Theroies & Nursing practice*, s, 227-289.
- Pehlivan, S., Yıldırım, Y., & Fadiloğlu, Ç. (2013). Kanser, kültür ve hemşirelik. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(4). http://journal.acıbadem.edu.tr/tr/pub/issue/61301/914278#article_cite
- Pelin, M. (2017). Kronik hastalık yönetiminde hasta rolü, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi. (Tez No: 452528) [Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>

- Piot, P., & Ebrahim, S. (2010). Prevention and control of chronic diseases. *British Medical Journal*, 341, 48-65. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4865>
- Polatkan, R. (2004). Lisans mezunu hemşirelerin önem verdikleri ve sahip olduklarını düşündükleri yönetim bilgi ve becerilerinin belirlenmesi. (Tez No: 156220) [Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2020). *Fundamentals of Nursing*. 10 th edition. Canada: Elsevier Mosby; 2001186.
- Quisling, K. E. (2009). Resident orientation: nurses create a program to improve care coordination. *Am J Nurs*. 109, 26-28. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000362014.60966.70>
- Radwin, L. E., Farquhar, S. L., Knowles, M.N., & Virchick, B. G. (2005). Cancer patients' descriptions of their nursing care. *J Adv Nurs*, 50, 162–169. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03375.x>
- Rask, M., & Brunt, D. (2007). Verbal and social interactions in the nurse–patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a model and its philosophical and theoretical foundation”, *Nursing Inquiry*, 14(2), 169–176. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2007.00364.x>
- Rittman, M., & Gullett, D. L. (2015). Ida Jean Orlando's dynamic nurse–patient relationship. In: Smith, M. C., Parker, M. E. (Eds). *Nursing Theories & Nursing Practice*. 4th Edition, Philadelphia: F.A. Davis Company, 82-86.
- Rogers, S. R. (2002). Nurse-patient interactions: what do patients have to say?. [Doktora tezi, The University of Texas at Austin].
- Rosemann, T., Laux, M. D., Droesemeyer, S., Gensichen, J., & Szecsenyi, J. (2007). Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (KHBDÖ-H) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 806–813. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00786.x>
- Rothman, A. A., & Wagner, E. H. (2003). Chronic illness management: What is the role of primary care? *Annals of Internal Medicine*, 138, 256-261. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00034>
- Sainio, C., Lauri, S., & Eriksson, E. (2001). Cancer patients' views and experiences of participation in care and decision making. *Nurs Ethics*, 8, 97–113. <https://doi.org/10.1177/096973300100800203>
- Sapir, R., Catane, R., Kaufman, B., Isacson, R., et al. (2000). Cancer patient expectations of and communication with oncologists and oncology nurses: the experience of an integrated oncology and palliative care service. *Support Care Cancer*, 8, 458–463. <https://doi.org/10.1007/s005200000163>
- Schmieding, N. (2002). Orlando's nursing process theory in nursing practice. s, 1-10. St. Louis: Mosby.
- Schneider F, Kempfer SS, Backes VMS. (2021). Training of advanced practice nurses in oncology for the best care: A systematic review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03700. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019043403700>
- Sertgöz, B. (2020). Ruh sağlığı bölge hastanelerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. (Tez No: 638928) [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Shattell, M. (2004). Nurse–patient interaction: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 714–722. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00965.x>
- Sis, Ç. A., Pasinlioğlu, T., Çilek, M., & Çelebi, A. (2012). Kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(4), 254-261. https://dergipark.org.tr/tr/pub/ataunihem/issue/2659/34432#article_cite
- Şahin, A. Ş., Özdemir, K. F. (2015). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *Kafkas Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 1(1),1-7. <https://doi.org/105222/jaren.2015.001>
- Şahin, Z. A., & Özdemir, F. K. (2015). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(1),1-7. https://jag.journalagent.com/jaren/pdfs/JAREN_1_1_1_7.pdf

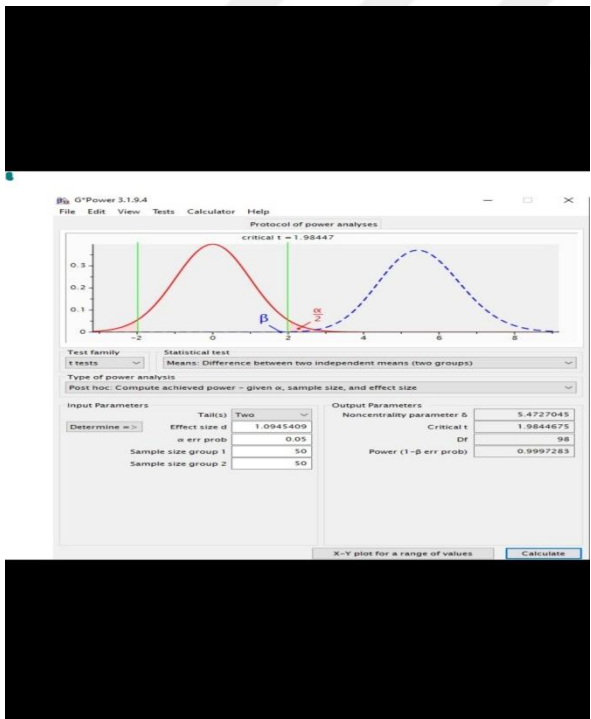
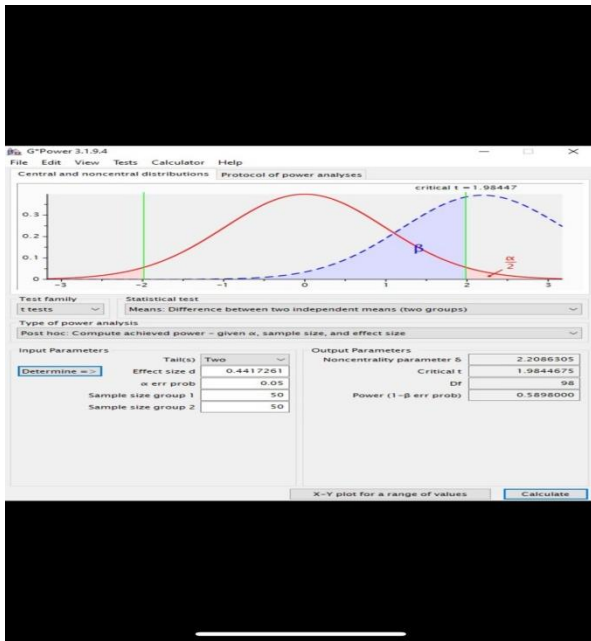
- Taggart, J., Chan, B., Jayasinghe, U. W., et al. (2011). Patients assessment of chronic illness care (PACIC) in two Australian studies: structure and utility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 215-221. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01423.x>
- Tanaka, M., Yonemitsu, Y., & Kawamoto, R. (2014). Nursing professionalism: A national survey of professionalism among Japanese nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 20, 579-587. <https://doi.org/10.1111/ijn.12201>
- Tavallaii, S. A., Einollahi, B., Azizabadi, F. M., & Namdari, M. (2009). Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety, and depression in kidney transplant recipients. *Iran J Kidney Dis*, Jan, 3(1), 40-44. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19377258/>
- Taylan, S., Alan, S., & Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 3, 66-72. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52726/695536>
- Tektaş, P. (2015). Watson insan bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı yaşayan gebelerin ruh sağlığına etkisi. (Tez No: 433165) [Doktora tezi, Ege Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Thomas, M., Dyrbye, L., Huntington, J., & Shanafelt, T. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy?. *Journal of General Internal Medicine*, 22(2),177-183. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-006-0039-6>
- Townsend, M. C. (2016). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri. Özcan, T., Gürhan, N. (Eds.). 6. Baskı. Ankara. Akademisyen Kitapevi, 26-28.
- Tuğut, N., & Gölbaşı, Z. (2013) Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 10(2), 38-44.
- Uslu, N., Korkmaz, Z., Tosun, Ö., Avcı, Ö., Bayat, M., ve Erdem, E. (2013). Kavram haritasının öğrenci eğitiminde kullanımına bir örnek: Tip 1 Diyabetes Mellitus. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1).
- Uyar, G. (2018). Hemşirelerin bakım odaklı hasta etkileşimi düzeylerinin belirlenmesi. (Tez No: 520530) [Yüksek lisans tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Uysal, H. (2015). Cardiovascular disease management programs in nursing leadership at the present time. *Turk J Card Nur*, 6(9), 1-14. <https://khd.tkd.org.tr/jvi.aspx?un=KVHD-00719>
- Uzun, Ö., Özer, N., & Akyıl Ç. R., (2002). Cerrahi kliniklerinde ve cerrahi yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların aile üyelerinin gereksinimleri. *Atatürk Üniversitesi Tıp Dergisi, (Y. A. The Eurasian Journal of Medicine)*, 34(2), 39- 45. https://www.eajm.org/content/files/sayilar/142/buyuk/pdf_EAJM_78.pdf
- Üstün, B., & Gigliotti, E. (2009). Türkiye'de Hemşirelik Araştırmaları. Cilt 22. s:3 <https://doi.org/10.1177/0894318409338691>
- Üstünova, E., & Nahcivan, N. (2015). Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin kronik hastalık yönetimine ilişkin değerlendirmeleri ve ilişkili faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 11-22. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/332616>
- Vandemark, L. M. (2006). Awareness of self & expanding consciousness: Using nursing theories to prepare nurse –therapists. *Mental Health Nursing*, 27(6), 605-615. <https://doi.org/10.1080/01612840600642885>
- Velioğlu, P. (2012). Roy'un adaptasyon kuramı suster callista roy. In: Velioğlu P, ed. Hemşirelikte kavram ve kuramlar. 2nd ed. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; s, 364-387.
- Wagner, D., & Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs*, 65, 692-701. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04866.x>
- Wall, D. (2005). Pera, S. A., Tonder, S. V., (Eds.). The caring ethic in nursing. USA.
- Wassenaar, A. ve ark. (2015). Providing good and comfortable care by building a bond of trust': nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the intensive care unit.. *J Clin Nurs.*, 24(21-22), 3233-3244. <https://doi.org/10.1111/jocn.12995>
- Watson, J. (2012), Human Caring Science: a theory of nursing. (2nd Ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, LLC.

- Watson, J. (2017). Watson caring science institute. [https://www.watsoncaringscience.org/jean bio/caring-science-theory/](https://www.watsoncaringscience.org/jean%20bio/caring-science-theory/)
- Watson, J. (2008). Nursing: Human science and human care. New York: Jones & Bartlett Learning, 1nd Revised edition.
- Watson, J. (2012), Human Caring Science: a theory of nursing. (2nd Ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
- World Health Organization. (2019). Dünya Sağlık İstatistiklerine Genel Bakış 2019: SDG'ler için Sağlık İzleme, Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri. Cenevre. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2020). Noncommunicable diseases Surveillance, Monitoring and reporting. <https://www.who.int/ncds/surveillance/ncd-capacity/en/>
- World Health Organization. (2022, Sep 16) Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Yalçın, A. N., & Aştı, A. T. (2012). Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2),129-139. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fnjin/issue/9007/112256>
- Yalçın, N., & Aştı, T. (2011). Hemşire-hasta etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 19(1); 54-59. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/fnjin/issue/9003/112185>
- Yang, H., Zhenga, Y., Goua, X., Pua, K., Chena, Z. ve ark. (2020). Prevalence of comorbidities and it's effects in patients infected with SARS-Cov-2: A Systematic Review And Meta-Analysis. *International Journal Of Infectious Diseases*, 94, 91–95. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>
- Yeakel, S., Maljanian, R., Bohannon, R. W., & Coulombe, K. H. (2003). Nurse caring behaviors and patient satisfaction improvement after a multifaceted staff intervention. *Jona*, 33(9), 434–436.
- Yıldırım, A. (2014). Sağlık yönetim ve hemşirelik sağlık sistemi ve yönetim ilkeleri ışığında hemşirelik. Ankara: Hedef Cs Yayıncılık.
- Yılmaz, E. T., & Şimşek, Ç. (2017). Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48, 183-189. <https://dx.doi.org/10.16948/zktipb.267263>
- Yılmaz, D., & Gökdere, Ç. H. (2017). Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutumlarının incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3300-3309. <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/4911>
- Yılmaz Karabulutlu, E. , Atman, R. & Yağcı, S. (2015). Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın değerlendirilmesi . *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3 (1),16-30. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/erusaglik/issue/28010/297434>
- Yılmaz, U. D., Korhan, A. E., Khorshid, L. (2017). Bir palyatif bakım kliniğinde hemşirelik bakım kalitesinin değerlendirilmesi. *Journal of Human Science*, 14(3),2968–2980. <https://www.j-humansciences.com/ojs/index.php/IJHS/article/view/4828>
- Yürün, Y. (2015). Hastanede çalışan hemşirelerin hasta bakım davranışlarının belirlenmesi. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. 68, Lefkoşa.
- Zuhur, Ş. (2018). Diyabetik bireylerde bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesi ve kronik hastalık bakımına etkisi. (Tez No: 520519). [Yüksek lisans tezi, Namık Kemal Üniversitesi]. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>



8. EKLER

EK 1 Güç Analizi



T-Test

Group	Mean	SD	Descript	95% CI
Control	100	100	100	100
Experimental	100	100	100	100

Independent Samples Test

Group	Mean	SD	DF	t	p	95% CI
Control	100	100	99	0.000	1.000	[-100, 100]
Experimental	100	100	99	0.000	1.000	[-100, 100]

EK 2 Hemşire Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz

- Kadın Erkek

2. Yaşınız:

3. Medeni Durumunuz

- Evli Bekar

4. Eğitim Durumunuz

- Lise/Önlisans Lisans Lisansüstü

5. Mesleki Deneyiminiz

-Yıl Ay

6. Çalışma Şekliniz

- Sürekli Gündüz Sürekli Gece Gündüz/Gece

7. Çalıştığınız Biriminiz

- Dahili Birimler Cerrahi Birimler

8. Haftalık Çalışma Saatiniz:

EK 3 Hasta Bilgi Formu

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

Kadın Erkek

3. Medeni Durumunuz

Evli Bekar

4. Eğitim Durumunuz

İlkokul/Ortaokul Lise/Önlisans Üniversite Lisansüstü

5. Çalışma Durumunuz

Evet Hayır

6. Gelir Durumunuz

Gelirim giderimden az Gelirim giderime eşit Gelirim giderimden çok

7. Daha Önce Hastaneye Başvuru Sayınız

3 3 ve üzeri

8. Kaldığımız Odadaki Hasta Sayısı

Tek kişilik oda İki kişilik oda

9. Kronik Hastalık Tanınız:

10. Hastalık Süreniz:

11. Şu An Yattığımız Klinik:

12. Yatış Süreniz:

EK 4 Bakım Odaklı Hemşire–Hasta Etkileşim Ölçeği–Hemşire Versiyonu Kısa Formu

Aşağıda sıralanan tutum ve davranışları ne kadar önemli bulduğunuzu, kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissettiğinizi, bu tutum ve davranışları ne derece uygulanabilir bulduğunuzu belirtiniz. Lütfen aşağıda yer alan görüşünüze en uygun sayıyı ‘X’ sembolünü kullanarak işaretleyiniz.

Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları ne kadar <i>önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların gerçekleştirilme-sinde kendinizi ne kadar <i>yeterliveya rahat</i> hissediyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin herbirinde sıralanan tutum ve davranışların ne derecede <i>uygulanabilir</i> olduğunu düşünüyorsunuz?				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece
A – Klinik Bakım															
1. Tedavilerin (intravenöz enjeksiyonlar, sargı vb.) nasıl uygulanacağını bilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Özel araç-gereçlerin (pompalar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını bilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. İlaçların, hastanın şikâyetlerini (örneğin; bulantı, ağrı, kabızlık, kaygı) hafifletip hafifletmediğini kontrol etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. İlaçların veya tedavilerin yan etkilerini önlemek ya da gidermek için yapılması gerekenleri hastaya anlatmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını bilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları ne kadar <i>önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların gerçekleştirilme-sinde kendinizi ne kadar <i>yeterliveya rahat</i> hissediyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin herbirinde sıralanan tutum ve davranışların ne derecede <i>uygulanabilir</i> olduğunu düşünüyorsunuz?				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece
6.Kendi bakımını yapamadığı durumlarda hastaya yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.Hastanın sorunlarına müdahale ederken hemşirelik beceri ve yeteneklerini göstermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.Hastanın sağlık durumunu yakındantakip etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Hastaya bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
B – İlişkisel Bakım															
10.Hastaya, yaşamında belirli bir uyuma/dengeye ulaşması için yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.Hastanın yaşamında neyin önemli olduğunu keşfetmesine yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.Hastanın, önem verdiği kişilerin kendisine neleri getirmesini istediğini belirlemesine yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları ne kadar <i>önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların gerçekleştirilme-sinde kendinizi ne kadar <i>yeterliveya rahat</i> hissediyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin herbirinde sıralanan tutum ve davranışların ne derecede <i>uygulanabilir</i> olduğunu düşünüyorsunuz?				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece
13. Hastaya, sağlık durumuna verdiği anlamı keşfetmesi için yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Hastanın, sorunlarını etkili bir şekilde çözmek için kullanabileceği yöntemlerin farkına varmasına yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hastanın, olaylara farklı bakabilmesi için yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Davranışlarının sonuçlarını hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C - Hümanistik Bakım															
17. Hastayı bir bütün olarak ele almak, sağlık sorunlarından daha fazlasıyla ilgilendiğimi göstermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Uygun olduğunda, hastayı umutlu olmaya cesaretlendirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Hastanın iyileşme çabasını takdir etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Hastayı utandırıcı bir davranışta bulunmamak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

D – Rahatlatıcı Bakım															
Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları ne kadar <i>önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların gerçekleştirilme-sinde kendinizi ne kadar <i>yeterliveya rahat</i> hissediyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin herbirinde sıralanan tutum ve davranışların ne derecede <i>uygulanabilir</i> olduğunu düşünüyorsunuz?				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece
21. Hastanın mahremiyetine saygı göstermek. (örneğin; hastaların üzerini gereksiz yere açık bırakmamak.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Hastanın temel gereksinimlerini (örneğin; uyku, hijyen vb.) dikkate almak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Planlanan zamanda tedavileri yapmak ve ilaçları vermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

EK 5 Bakım Odaklı Hemşire–Hasta Etkileşim Ölçeği–Hasta Versiyonu Kısa Formu

Aşağıda sıralanan tutum ve davranışları ne kadar önemli bulduğunuzu, bu tutum ve davranışların ne kadar sıklıkla gerçekleştiğini ve tutum ve davranışlardan ne kadar memnun olduğunuzu belirtiniz. Lütfen aşağıda yer alan görüşünüze en uygun sayıyı ‘X’ sembolünü kullanarak işaretleyiniz.

Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları <i>ne kadar önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların <i>ne kadar sıklıkta</i> gerçekleştiğini düşünüyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışlardan <i>ne derece memnunsunuz?</i>				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiçbir Zaman	2) Nadiren	3) Sık	4) Çok Sık	5) Her Zaman	1) Hiç Memnun Değilim	2) Memnun Değilim	3) Kararsızım	4) Memnunum	5) Çok Memnunum
A – Klinik Bakım															
1.Hemşireler tedavilerin (enjeksiyonlar, sargı vb.) nasıl uygulanacağını biliyordu.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.Hemşireler özel araç-gereçlerin (pompalar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını biliyordu.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.Hemşireler, ilaçlarımın şikâyetlerimi(örneğin; bulantı, ağrı, kabızlık, kaygı) hafifletip hafifletmediğini kontrol etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.Hemşireler, ilaçlarımın veya tedavilerimin yan etkilerini önlemek ya da gidermek için yapmam gerekenleri anlattı.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

5.Hemşireler hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını biliyordu.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum vedavranışları <i>ne kadar önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum vedavranışların <i>ne kadar sıklıkta</i> gerçekleştiğini düşünüyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum vedavranışlardan <i>ne derece memnunsunuz?</i>				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiçbir Zaman	2) Nadiren	3) Sık	4) Çok Sık	5) Her Zaman	1) Hiç Memnun Değilim	2) Memnun Değilim	3) Kararsızım	4) Memnunum	5) Çok Memnunum
6.Hemşireler kendi bakımımı yapamadığım durumlarda bana yardımcı oldu.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.Hemşireler sorunlarımı müdahale ederken hemşirelik beceri ve yeteneklerini gösterdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.Hemşireler sağlık durumumu yakından takip etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9.Hemşireler bakımımı kendi başıma yapabilmem için bana fırsat verdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
B – İlişkisel Bakım															
10.Hemşireler yaşamımda belirli bir uyuma/dengeye ulaşmamda bana yardımcı oldu.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11.Hemşireler yaşamımda neyin önemli olduğunu keşfetmem için bana yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12.Hemşireler önem verdiğim kişilerin neleri getirmesini istediğimi belirlemem için bana yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

13. Hemşireler sağlık durumuma nasıl anlam verdiğimi keşfetmemeye yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum vedavranışları <i>ne kadar önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum vedavranışların <i>ne kadar sıklıkta</i> gerçekleştiğini düşünüyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum vedavranışlardan <i>ne derece memnunsunuz?</i>				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiçbir Zaman	2) Nadiren	3) Sık	4) Çok Sık	5) Her Zaman	1) Hiç Memnun Değilim	2) Memnun Değilim	3) Kararsızım	4) Memnunum	5) Çok Memnunum
14. Hemşireler sorunlarımı etkili bir şekilde çözmemde kullanabileceğim yöntemlerin farkına varmama yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hemşireler olaylara farklı bir açıdan bakabilmem için bana yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Hemşireler davranışlarımın sonuçlarını, benimle birlikte tanımlamaya çalıştı.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C – Hümanistik Bakım															
17. Hemşireler beni bütün bir birey olarak ele aldı, sağlık sorunumdan daha fazlasıyla ilgilendiğini gösterdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Uygun olduğunda, hemşireler beni umutlu olmam için cesaretlendirdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Hemşireler iyileşmek için verdiğim çabaları takdir etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Hemşireler utandırıcı bir davranışta bulunmadı.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
D – Rahatlatıcı Bakım															

21. Hemşireler mahremiyetime saygı gösterdi (örneğin; üzerimi gereksiz yere açık bırakmadı.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum vedavranışları <i>ne kadar önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum vedavranışların <i>ne kadar sıklıkta</i> gerçekleştiğini düşünüyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum vedavranışlardan <i>ne derece memnunsunuz?</i>				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiçbir Zaman	2) Nadiren	3) Sık	4) Çok Sık	5) Her Zaman	1) Hiç Memnun Değilim	2) Memnun Değilim	3) Kararsızım	4) Memnunum	5) Çok Memnunum
22. Hemşireler temel gereksinimlerimi (örneğin; uyku, hijyenvb.) dikkate aldı.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Hemşireler planlanan zamanda tedavilerimi yaptı veilaçlarımı verdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5



T.C.

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı: 24	Toplantı Tarihi: 06.07.2022
----------------------------	------------------------------------

Karar Sayısı:2022/255:(Başvuru ID:10631) N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT'in "**Hemşirelerin ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimlerinin Karşılaştırılması**" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili başvurusu görüşüldü. Öğrenci Şerife Nur KILINÇER'in yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT'in sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacıya aittir.

Sorumlu Araştırmacı: Dr. Öğr. Üyesi Gülden BASİT
Yardımcı Araştırmacılar : Yüksek Lisans Öğrencisi Şerife Nur KILINÇER

ASLI GİBİDİR

06.07.2022

Prof. Dr. Emine GEÇKİL
Etik Kurulu Başkanı



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



Sayı : E-14567952-900-218394
Konu : Tez Çalışması Hk.

28.07.2022

Sayın Şerife Nur KILINÇER

İlgi : 22.07.2022 tarihli dilekçeniz..

İlgi tarihli dilekçenize istinaden, "Hemşirelerin ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimlerinin Karşılanması" başlıklı yüksek lisans tezi araştırma projesini hastanemizde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0928-Y211-0DOI Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.erbakan.edu.tr>

Adres: Hocacıhan Mahallesi Sultan Abdülhamit Han Caddesi No:3 Selçuklu/ Konya
Telefon No : 0332 223 60 01
e-Posta :

Fax No :
İnternet Adresi : <http://www.erbakan.edu.tr>

Bilgi İçin :H.Pınar Üstün
Sekreter
Telefon No:0332 223 60 01



EK 8 Ölçek Kullanım İzni

Kimden: tugba onat
Gönderilme: 3 Haziran 2022 Cuma 11:59
Kime: Şerife Nur Kılınçer
Konu: Ynt: Tez Çalışması

şimdi deneyelim...

Gönderen: Şerife Nur Kılınçer < >
Gönderildi: 2 Haziran 2022 Perşembe 10:47
Kime: tugba onat < >
Konu: Re: Tez Çalışması

İyi günler Tuğba hanım öncelikle izin için çok teşekkür ediyorum. Dosya açılmadı 😊

2 Haz 2022 00:26 tarihinde tugba onat < > yazdı:

Merhabalar Şerife Hanım çalışmanızda kolaylıklar diliyorum..
Dosya açılmazsa geri dönüş yapın lütfen..

iPhone'umdan gönderildi

Şerife Nur Kılınçer < > şunları yazdı (27 May 2022 13:20):

İyi günler Tuğba Hanım ben Şerife Nur Kılınçer

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim danışmanımınla birlikte tez konum olarak "KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ DEĞERLENDİRMELERİ" şeklinde belirledik ve ölçek olarakta sizin çalışmasını yapmış olduğunuz ölçekten yararlanmayı planladık. Yapacağımız tezimizde kullanmayı planladığımız ölçeğiniz için sizden izin almak istiyoruz sevgilerimle 😊