



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİKLERİNİN
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Esra DAVUT

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL-2022

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEMŞİRELERİN PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİKLERİNİN
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Esra DAVUT

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL-2022

ÖZET

Bu çalışma, hemşirelerin psikososyal bakım yetkinlikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın örneklemini, İstanbul'da eğitim ve araştırma hastanesinde genel kliniklerde çalışan ve çalışmayı kabul eden 217 hemşire oluşturmuştur. Hemşirelere Hemşire Kişisel Bilgi Formu ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Kolmogorov Smirnov Testi ile Mann Whitney U, Kruskal Wallies testi kullanılmıştır.

Hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin (PBYÖDÖ) toplam puan ortalaması $\bar{x}:57.97\pm11.29$ bulunurken, alt boyut puan ortalamaları; 'Semptom Tanılama' $\bar{x}:16,62\pm3,84$, 'Bilgiyi Kullanma' $\bar{x}:16.93\pm3.58$, 'Müdahale' $\bar{x}:11.63\pm3.17$, 'Tanılama' $\bar{x}:12.79\pm2.65$ olarak bulunmuştur.

İleri yaş, kadın, yüksek lisans yapan hemşirelerin PBYÖDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları diğerlerinden yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin çalışma özelliklerinden; koroner yoğun bakım, çocuk kalp cerrahi servisi, pediatri yoğun bakım ve özel dal birimlerinde çalışan, meslekte ve kurumda 6 yıl ve üzeri çalışan, sürekli gece ya da gündüz çalışan, haftalık 45 saat çalışan, sorumlu-yönetici hemşire statüsünde olan, çalıştığı birimi kendi isteyerek seçen, birimde çalışmaktan memnun olan hemşirelerde PBYÖDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları diğerlerinden anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Psikososyal bakım verme ile ilgili özelliklerinden; psikososyal bakım ile ilgili eğitim alan ve tekrar eğitim almak isteyen, hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünen, bakım verdiği hastayı psikososyal açıdan değerlendiren, hastanın psikososyal sorunlarını her vardiya değişiminde sorguladığını ifade eden hemşirelerin PBYÖDÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları diğerlerinden yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç olarak, hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği orta düzeyin üstünde olduğu saptanmıştır. Buna göre hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliğini artıracak eylem planlarının oluşturulması ve girişimlerin uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, psikososyal bakım, yetkinlik

ABSTRACT

INVESTIGATION OF NURSES' PSYCHOSOCIAL CARE COMPETENCES AND RELATED FACTORS

This study was carried out as a descriptive study in order to examine the psychosocial care competencies of nurses and related factors.

The sample of the study consisted of 217 nurses working in the general clinics of the training and research hospital in Istanbul and accepted to work. Nurse Personal Information Form and Psychosocial Care Competence Self-Assessment Scale were applied to nurses. Kolmogorov Smirnov Test and Mann Whitney U, Kruskal Wallies test were used.

While the total mean score of the Nurses' Psychosocial Care Competence Self-Assessment Scale (PBSS) was $\bar{x}:57.97\pm11.29$, the sub-dimension mean scores were; 'Symptom Diagnosis' was $\bar{x}:16.62\pm3.84$, 'Using Information' was $\bar{x}:16.93\pm3.58$, 'Intervention' was $\bar{x}:11.63\pm3.17$, and 'Diagnosing' was $\bar{x}:12.79\pm2.65$.

Advanced age, female, postgraduate nurses' total PBSS score and sub-dimension mean scores were higher than the others ($p<0.05$). Working characteristics of nurses; Working in coronary intensive care, pediatric heart surgery service, pediatric intensive care and special branch units, working in the profession and institution for 6 years or more, working continuously day or night, working 45 hours a week, having the status of a responsible-managerial nurse, working in the unit voluntarily Nurses who chose to work in the unit and were happy to work in the unit had a significantly higher mean score of PBSS and sub-dimension scores than the others ($p<0.05$). Psychosocial care-giving features; Nurses who received training on psychosocial care and wanted to be re-educated, who thought that patients should be evaluated psychosocially, who evaluated the patient they care for psychosocially, and who stated that they questioned the psychosocial problems of the patient at every shift change, were found to be higher than the others ($p<0.05$).

As a result, it was determined that the psychosocial care competence of the nurses was above the medium level. Accordingly, it is recommended to create action

plans and implement interventions that will increase the psychosocial care competence of nurses.

Keywords: Nursing, self-assessment, psychosocial care, competence



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini eksik etmeyen, profesyonel kimliğime çok değerli katkıları olan kıymetli danışman hocam

Sayın Prof. Dr. Selma DOĞAN' a,

Uzmanlık eğitimime ve tezime katkılarından dolayı kıymetli hocam

Sayın Prof. Dr. Besti ÜSTÜN' e,

Çalıştığım kurumumda profesyonelliğe attığım adımlarda beni destekleyen, Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi

Sayın Prof. Dr. Mehmet Kaan KIRALI'ye,

Uzmanlık eğitimimde emeği olan akademideki diğer hocalarıma,

Çalışmama katılmayı kabul edip beni destekleyen meslektaşlarıma,

Yaşamımın ilk anından bu yana her koşulda bana maddi ve manevi desteğini esirgemeyen, analık vazifesini layığı ile yerine getiren anneme,

Her koşulda beni dinleyen, anlayan, sabır ve sevgi gösteren sevgili eşime,

Bir gün bu çalışmamı okuyup yanlarında olamadığım anları daha iyi anlamlandıracak olan çocuklarım Eymen ve Zehra' ya,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra DAVUT

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve řkdar niversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

04.02.2022

Esra DAVUT

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iv
BEYAN FORMU	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
1.GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2.Araştırmanın Amacı	5
1.3.Araştırma Soruları.....	5
2.GENEL BİLGİLER	7
2.1.Hastalık ve Hastalığa Verilen Tepkiler.....	7
2.2. Hemşirelik ve Bakım.....	13
2.3.Holistik Bakımın Boyutları.....	15
2.4.Hemşirelikte Psikososyal Bakımın Boyutu	16
2.5.Psikososyal Bakım Modeli ve İlkeleri	17
2.6.Yetkinlik Kavramı	18
2.7.Hemşirelerin Psikososyal Yetkinlikleri.....	19
2.7.1.Mental durum muayenesi.....	22
2.7.2.Terapötik ilişki	22
2.7.3.Psikososyal bakımda tanılama	24
2.7.4.Psikososyal bakımda değerlendirme.....	24
2.7.5.Diğer psikososyal beceriler.....	25
2.8.Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği	25
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	30
3.1.Araştırmanın Tipi	30
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	30
3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.4.Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	31
3.4.1.Dahil edilme kriterleri.....	31
3.4.2.Dışlanma kriterleri	31
3.5.Verİ Toplama Araçları	31
3.5.1.Hemşire kişisel bilgi formu.....	31
3.5.2.Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği (PBYÖDÖ)	32

3.6.Verilerin Toplanması.....	33
3.7.Verilerin Analizi.....	33
3.8.Araştırmanın Etik Boyutu.....	34
3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları.....	34
4.BULGULAR.....	35
5.TARTIŞMA.....	47
5.1.Hemşirelerin Psikososyal Bakım Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	47
5.2.Psikososyal Bakım Yetkinlikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması	49
5.3.Hemşirelerin PBYÖDÖ Puanları ile Bireysel, Çalışma ve Psikososyal Bakım Özelliklerin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgularının Tartışılması	50
6.SONUÇ	56
7.ÖNERİLER.....	58
KAYNAKLAR	59
EKLER.....	66

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Maddeleri, Alt Boyutları ve Cronbach Alfa Güvenirlilik Katsayıları Karşılaştırması.....	33
Tablo 2: Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
Tablo 3: Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 4: Hemşirelerin Psikososyal Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	37
Tablo 5: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği' nin Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları.....	38
Tablo 6: Hemşirelerin (PBYÖDÖ) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	39
Tablo 7: Hemşirelerin (PBYÖDÖ) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Hemşirelerin Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	41
Tablo 8: Hemşirelerin (PBYÖDÖ) Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Psikososyal Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımı.....	44

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AHNA: American Holistic Nurses Association

ANA: American Nurses Association

APA: American Psychology Association

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

ICN: International Council of Nurses

KLPH: Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından biyopsikososyal yönden iyilik hali içinde olmak olarak tanımlanmaktadır. Hastalık ise bireylerin bu boyutlarda değişik derecelerde yaşadığı yaşam, kimlik ve bir varoluş krizidir (Özkan, 1993; Kozier ve ark., 1994).

Hastalık durumunda bireyler temel gereksinimlerini karşılamada zorlanmakta ve buna bağlı olarak pek çok duygusal sorunlar yaşamaktadırlar. Hemşirelik bakımında bireyi bütüncül değerlendirmek ve bütüncül bakım verebilmek için hastalık değil, birey ve hastalığa verilen tepkiler anlaşılmalıdır. Hastalıkla birlikte ortaya çıkan belirsizlikler bireylerin değişik derecelerde korku, kaygı, inkar, öfke, depresyon, yetersizlik, başarısızlık utanç, umutsuzluk, güçsüzlük, çaresizlik, regresyon, yalnızlık gibi duygusal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır. Birey sadece fiziksel sağlığın ya da ruhsal iyilik halinin kaybını yaşamamakta eş zamanlı olarak rutinlerinde, konfor alanında, rollerinde ve maddi kayıplar yaşayabilmekte ve belirsizlikler içerisinde var olma mücadelesi vermektedir. Tüm bu duygusal değişimler ve kayıplar ise bireylerde hastalığa ve hastaneye uyumsuzluk, bilgi eksikliği, tedaviyi reddetme, sosyal izolasyon, intihar vb. uyumsuz davranışlara yol açmaktadır. Bireyler hastalık yaşantısında kabullenme süreçleri ile beraber rahatlama, örseleyici yaşantı sonrası gelişim yaşama, bireyin hastalığında uzman olması, destek arama gibi tepkilerde vermektedirler (Özkan, 1993; Kocaman, 2008).

Hastalık bir kriz durumudur. Her birey bu kriz durumu ile başa çıkmak için farklı psikososyal tepkileri olmaktadır. (Çam ve Engin, 2014). Alaca'ın (2008) yoğun bakım hastaları ve hemşirelerinin konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine duydukları gereksinimi ortaya koymak amacıyla yaptığı çalışmada, yoğun bakım hastalarının %44' nün korku, %30' unun üzüntü, %11' inin kaygı ve öfke yaşadığını ifade etmiştir. Pehlivan'ın (2013) hemşirelerin onkoloji hastalarının psikolojik gereksinimlerini tanılama becerilerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin hastalarda gördüğü psikiyatrik problemler sırasıyla; anksiyete belirtiler (%96,2), depresif belirtiler (%91,1), uyum bozukluğu (%80,3), organik ruhsal sorunlar (%42,7), cinsel fonksiyon bozukluğu belirtileri (%25,5) olarak ifade edilmiştir. Bu

konuda yapılan diğer çalışmalarda hastaların en fazla depresyon, duygudurum bozuklukları, spiritüel distres ve iletişim bozuklukları gibi psikosozal sorunlar yaşadıkları bulunmuştur (Yıldız ve ark., 2002; Martensson ve ark., 2010; Carlson ve ark., 2012; Özsoy, 2018). Yatan hastalarda ortaya çıkan bu psikosozal belirtiler ve sorunlar, tedaviye uyumda, hastalık prognozunu etkilemesi, psikiyatrik belirtilere neden olması ve iletişim problemleri açısından hemşireler tarafından tanınmalı ve müdahale edilmelidir (Oflaz ve Varol, 2010).

Hızla gelişen sağlık sistemi içerisinde yer alan hemşireler hasta bakımında birinci derecede sorumlu ve sürekli hastalarla bir arada olan sağlık profesyonelleri olarak sürekli hastaların fiziksel sorunlarının yanı sıra psikosozal sorunlarıyla da karşılaşmakta ve bu sorunlara müdahale etmek durumunda kalmaktadırlar (Hicks, 1989). Hemşirelikte bakım anlayışı insanı biyopsikososyal ve manevi yönleri ile bir bütün olarak ele almayı gerektirmektedir (Kolcaba, 2003; Çam ve Engin, 2014; İnan, 2021). Hemşirelerin bakımda bireylerin sadece fiziksel gereksinimlerine değil, psikosozal gereksinimlerine de odaklanmaları tüm kuramcıların hemşirelik tanımlarında vurgulanmaktadır (Biol, 2000; Gorman, 2014). Ayrıca Hemşirelik Yönetmeliği görev tanımları içerisinde de yer almaktadır (Resmi gazete, 2011).

Psikososyal bakım; hemşirenin bireyi merkeze alan bir anlayışla, saygı, duyarlılık, hasta ve ailesi için ulaşılabilir olmayı, kişinin yaşam deneyimini önemsemeyi, hastanın sorunlarını, gereksinimlerini, öncelik ve değerlerini umursamaya, bütüncül bakımı ve iyileşmeyi benimseyen bir anlayış olup fiziksel hastalığı olan bireylerin emosyonel, sosyal, psikoseksüel, kültürel ve spiritüel gereksinimlerini tanımlama ve karşılama sürecidir. Psikososyal bakımda amaç, bireyin genel iyi oluşunu, hastalığına ve hastaneye uyumunu arttırmak, başetme kapasitesini artırarak hastalığından anlam bulmasına yardım etmektir. Hemşirelerin bireyin psikolojik tepkilerini yönetebilmesi, içinde bulunduğu durumu gerçekçi değerlendirebilmesi, kabullenmesi, sorunları ile baş edebilmesi, umudunu koruyabilmesi, kendisi, yakınları ve tedavi ekibi ile ilişkilerini düzenleyebilmesi, yaşam kalitesini yükseltmesi için birey ve ailesini desteklemeleri gerekir (Gorman ve Sultan, 2007, Legg 2011).

Ülkemizde hastaların hemşirelerden ilgi, güler yüz, şevkat, açıklayıcı ve sorulara cevap verici olmaları, daha özenli çalışmaları, taburculuk eğitimi ve ilaçlar ile ilgili bilgilendirmelerinin yapılması, kaygı, endişe ve beklentilerinin giderilmesi, güven

vermesi, ihtiyaç duyduğunda kolay ulaşılması, iletişiminin iyi olması, saygılı ve ilgili olması gibi beklentilerinin olduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (Özmen,1990; Kılıç, 1994; Erdem ve Akdoğan, 1997; Bölükbaş ve Türköz, 2002; Şimşek, 2004; Sarı, 2018; Erdoğan, 2013). Bununla ilgili olarak Alaca'nın (2008) çalışmasında hastaların % 69'u hemşirelerin kendilerini anlamadıklarını, iş merkezli çalıştıklarını, kendileriyle konuşmadıklarını ve dinlemediklerini belirtmiştir. Araştırmanın sonucuna göre hastaların yoğun bakım ünitesinde yaşadıkları duygu ve düşünceler ile hemşirelerin tanımladığı duygu ve düşüncelerin birbiriyle örtüşmediği belirlenmiştir. Hemşirelerin beşte dördü hastalara yardımcı olabildiklerini söylemekle birlikte bu yardımın bütüncül olmadığı tespit edilmiştir.

Ülkemizde gözlemlerimize göre de hemşirelerin genel olarak fiziksel bakım odaklı çalıştıkları görülmektedir. Pehlivan'ın hemşirelerin onkoloji hastalarının psikolojik gereksinimlerini tanılama becerileri konusunda yaptığı çalışmada (2013) hemşirelerin hastaların sorunlarını tanılamada fiziksel sorunları en fazla tanıladıkları, buna karşılık sağlığı algılama, uyku/dinlenme, ruhsal durum ve baş etme/stres toleransı boyutlarındaki sorunları daha az tanıladıkları, kendini algılama, rol ve ilişkiler, cinsellik boyutlarına ait sorunları ise en az tanıladıkları saptanmıştır. Aynı çalışmada hemşirelerin %55,4'ü psikososyal gereksinimleri tanılamada kendilerini kısmen yeterli, %29,3'ü yeterli, %15,3'ü ise yetersiz görmektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda hemşirelerin özellikle hastaların psikososyal boyuttaki sorunları ele almada yeterli olmadıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Hunt 1999; Wong ve Arthur, 2000; Harrison ve Nixon, 2002; Topitz ve ark., 2015). Aksoy ve ark.'nın (2015) psikososyal bakım konusunda hemşirelerin bilgi düzeyleri ve engeller konulu çalışmasında, hemşirelerin %40,8'i psikososyal bakımın hemşirelerin öncelikli bir rolü olduğunu düşündüğünü bildirmesine rağmen yalnızca %27,8'inin psikososyal açıdan hastasını değerlendirdiği, %76,7'sinin ise yaptığı değerlendirmeleri yeterli bulmadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin çoğunluğunun psikososyal bakımla ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Diğer birçok çalışmada da buna benzer sonuçlar elde edilmiştir (Alaca, 2008; Ünlü ve ark. 2010; Nakaguchivd, 2013; Pehlivan, 2013; Menyhertvd, 2014; Boogerdvd, 2015; Yıldırım ve ark. 2019).

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin psikososyal bakımı uygulamada engel olarak çoğunlukla; hemşire sayısının az olması, iş yoğunluğu, bilgi yetersizliği, hasta sayısının fazla olması, hastaya psikososyal gereksinimine vakit ayıramama, psikososyal bakım

yapılması gerektiğine inanmama, bu işin başka bir disiplin üyesinin işi olduğunu düşünme gibi nedenleri belirttikleri tespit edilmiştir (Ünlü ve ark., 2010; Pehlivan, 2013; Chen ve ark., 2017; Yürün, 2015; Aksoy ve ark, 2016; Aktaş, 2016; Mercan, 2020).

Hemşirelik bakımının bütüncül anlayışla verilmemesi, özellikle psikososyal yönden yetkin olarak verilmemesi durumunda hastalar, kurum ve hemşireler açısından pekçok olumsuz sonuçlar ortaya çıkmaktadır. Hastalar açısından; tedaviye uyumun azalması, hasta bakım sürecinin ve sonucunun olumsuz etkilenmesi, hastanın hastalığı ile etkin başedememesi, hasta ve ailesinin sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin azalması gibi sonuçları ortaya çıkmakta (Ahmad ve Alasad, 2004; Kılıç, 2014; Zamanzadeh ve ark., 2015; Jasemi ve ark., 2017) kurum açısından ise; hastaların yatış sürelerinin artması, psikiyatrik komorbidite ile ilişkili tıbbi komplikasyonların artması, tedavi maliyetin artması gibi durumlar olabilmektedir (Kocaman,2008; Gardulf ve ark., 2016; Özkan ve ark., 2017). Hemşireler ve diğer sağlık çalışanları yönünden de tedavi ekibi arasında iletişimin bozulması, hasta ve yakınları ile iletişimin bozulması, tedavi ve bakımda başarısızlık, iş doyumsuzluğu, motivasyonda azalma gibi önemli sorunlar görülmektedir (Lipowski, 1981; Robinette, 2000; Sharrock ve Happell, 2001; Yakimo, 2006; Kocaman, 2008; Van den Pol-Grevelink, 2012). Hemşirelik bakımının kalitesi kurumun hizmet kalitesini doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Fiziksel hastalığı olan hastalardaki nitelikli psikososyal bakım; hasta bakım ve kalitesini arttırdığı, mortaliteyi, morbiditeyi azalttığı, hastanede yatış süresini ve genel masrafları azalttığı, bireylerin düzelme ve iyilik haline katkıda bulunduğu bildirilmektedir (Özkan,1993; Oflaz ve Vural, 2010; Legg, 2011).

Bu nedenle hastaların ve ailelerinin uygun bakımı almaları ve tanımlanan gereksinimlerinin karşılanması için hemşireler ve diğer çalışanların bu konularda güçlendirilmesi, desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.

Hemşirelerin psikososyal bakım konusunda bilgi eksikliklerine yönelik eğitim ve danışmanlık alabileceği KLPH ile işbirliği içinde olması psikososyal bakımı engelleyen faktörler açısından önemli bir çözümdür (Sharrock, 2006). Bu konuda Aktaş'ın (2016) yaptığı araştırmada hemşirelerin %66,7'sinin psikolojik bakımı hemşirenin vermesi gerektiğini, %53,3'ü KLP hemşiresinin ve %13'ü ise uzman psikiyatri hemşiresinin vermesi gerektiğini düşündüklerini saptamıştır.

Hemşirelik yetkinliğini değerlendirmek, mesleki gelişim ve eğitim ihtiyaçları için alanların belirlenmesinde, kalite güvence sistemlerinde, işgücü planlamasında ve insan kaynakları yönetiminde önemlidir. Hemşirelerin yetkinliklerini değerlendirmede öz değerlendirme yapmak önemli bir yeri vardır. Öz değerlendirme, hemşireleri kendi ortamlarında uygulamalarını değerlendirmelerine izin verir ve uygulamalarını sürdürmeye ve geliştirmeye yardımcı olur. Hemşirelerin kendileri tarafından yapılan klinik yetkinliğin değerlendirilmesi, hemşirelere çalışma ortamında kendi performanslarına odaklanma fırsatı verir, bu da onların davranışlarını değiştirmek ve iyileştirmek için yararlı olmaktadır (Meretoja ve ark., 2004; Bahreini ve ark., 2011; Toprak, 2018).

Yukarıdaki nedenlerle hemşirelerin psikososyal bakımda yetkinliklerinin belirlenmesi bu yönden gereksinimlerinin ortaya konulması gereklidir. Yöneticiler gerekse hemşirelerin farkındalıklarını arttırılarak bu yönden güçlendirmeli ve bakımın geliştirilmesi açısından gerekli görülmektedir.

Literatür incelendiğinde son yıllarda bu alanda yapılan bazı çalışmalar olmakla birlikte (Pehlivan, 2013; Chen ve ark., 2014; Aksoy ve ark., 2015; Aktaş, 2016; Karataş ve Kelleci, 2019; Sancak, 2021) hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliklerini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Hemşirelerin psikososyal bakım vermedeki yetkinliklerinin artması ile var olan güçlerinin artacağı ve psikososyal bakımdaki engellerin azalacağı ön görülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, bir hastanede çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinlikleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırma Soruları

Hemşirelerin;

1. Bireysel, çalışma özellikleri nasıldır?
2. Psikososyal bakım verme özellikleri nasıldır?
3. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme (PBYÖÖ) Ölçeği toplam ve alt grup puan ortalamaları nasıldır?

4. Bireysel ve çalışma özellikleri yönünden (PBYÖÖ) ölçek genel ve alt grup puan ortalamalarında fark var mıdır?
5. Psikososyal bakım verme ile ilgili özellikleri yönünden (PBYÖÖ) ölçek genel ve alt grup puan ortalamalarında fark var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hastalık ve Hastalığa Verilen Tepkiler

İnsan biyopsikososyal ve spirüüel boyutları olan bir varlıktır. Fizyolojik gereksinimleri ile psikososyal gereksinimleri arasında hiyerarşik bir yapı ve birbirleri arasında sürekli etkileşim vardır. Bireyin temel gereksinimleri ve bunların karşılanması kültür, ırk, cinsiyet ve yaş gibi birçok neden ile farklılık göstermektedir. İnsan bu gereksinimleri karşılamada desteğe ihtiyaç duyan bir varlıktır (Vayalilkarottu, 2012; Ay, 2015; Ünsal, 2017). Bireyin tüm boyutlardaki iyilik halini devam ettirebilmesi, gereksinimlerini karşılayabilmesi, tüm koşullara uyum sağlayabilmesi sağlıklı olabilmesi ile mümkündür (Birol, 2000). Sağlık kavramı; Dünya Sağlık Örgütü tarafından ‘sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik hali’ olarak tanımlamaktadır.

Hastalık kavramıda tıp bilimi tarafından; vücuttaki çeşitli organlara ilişkin ölçülebilen, objektif bazı belirti ve bulgularla tanımlanabilen bozukluklar olarak tanımlanmıştır. Psikolojik açıdan hastalık; bireyin beklenmedik bir durumda duyguları ile duruma karşı gösterdiği tepkilerdir. Biyolojik açıdan hastalık; bedenin, optimal fonksiyonuna ve yapısına karşıt bir durum olarak açıklanır. Sosyolojik açıdan hastalık sosyal normlardan sapmayı, uyumsuzlukları işaret etmektedir (Ünsal, 2017). Buna göre, hastalık yaşantısında bireyin biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel boyutlarında etkilenmektedir. Bu nedenle fiziksel bir sorun olarak başlayan hastalık çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (Barry, 1996; Gümüş, 2009).

Hastalık, her bireyin yaşantısında deneyimleyebileceği bir olgudur. Bireyin temel gereksinimlerini karşılama noktasında sorunlar yaşadığı birçok belirsizlik içeren, korku, kaygı, öfke umutsuzluk, güçsüzlük, çaresizlik, yalnızlık pek çok kavram ile ilişkili, bireyin yaşamdaki yerini, önceliklerini de sorguladığı bir kriz durumudur (Kozier, 1994; İnan, 2021). Her birey bu kriz durumunda farklı duygular ve davranışsal tepkiler gösterebilmektedir. Bireylerin hastalık algısı, kişilik tipleri, savunma mekanizmaları, gelişimsel dönemi, ailenin tutumları ve kişinin baş etme biçimi hastanın stresöre cevabını etkileyen önemli değişkenlerdir. (Özkan,1993; Kocaman 2008; Öz, 2010). Bu değişkenler ile birlikte hastanın hastalığına gösterdiği tepkiler; inkar, regresyon,

anksiyete, belirsizlik, öfke, tedaviyi reddetme, güçsüzlük, utanç, yetersizlik ve başarısızlık, suçluluk, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme (izolasyon), umutsuzluk, yas ve rahatlama (Özkan, 1993).

Yapılan çalışmalarda; birçok akut ve kronik hastalık gruplarında psikososyal sorunlar görülmektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013). Psikososyal sorun görülme bakımından nörolojik bozukluklarda, kalp hastalıklarında, kronik akciğer hastalıklarında, kanserde, sakatlıklar ve artritlerde riskin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Mete, 2008). Hastaların psikososyal sorunları arasında üzüntü, öfke, kızgınlık, çaresizlik, sürekli ağlama, ümitsizlik, endişe, içe kapanma, inkar, aile ve iş yaşantısına ilişkin rol kaybı, öz güvende azalma, ölüm korkusu, kendine yetememe/bağımlı olma endişesi ve sosyal izolasyon yer almaktadır (Akdemir ve ark. 2011). Birey fiziksel hastalık teşhisi ile beraber psikiyatrik hastalıklar da sık görülebilmektedir. Tıbbi hastalıkla birlikte görülen depresyon, deliryum, anksiyete bozukluğu, kişilik değişiklikleri, duygudurum bozuklukları, posttravmatik stres bozuklukları, intihar girişimi gibi psikiyatrik bozukluklar görüldüğü tespit edilmiştir (Özkan,1993; Yıldız ve ark., 2002; Martensson ve ark., 2010; Mayda, 2015; Carlson ve ark., 2012; Özsoy, 2018).

Hastalık bir kriz durumudur. Bu kriz hasta tarafından tehdit olarak algılandığında hastada sıklıkla anksiyete, korku ve öfke duyguları oluşmaktadır. Bireyin fiziksel olduğu kadar emosyonel dengesini de değiştirmektedir. Hastanede yatmanın neden olduğu, bilinmeyen işlem ve incelemelere maruz kalmaktadır. Yeni insanlar ve yeni çevre ile karşılaşması ile bireyin otokontrol ve savunma mekanizmalarında yetersizlik nedeni ile bazı emosyonel tepkilere oluşmaktadır (Özkan, 1993; Yazıcı, 2003; Kocaman, 2005). Yatan hastalarda olumsuz değişen emosyonel tepkiler hastaneye ve tedaviye uyumda güçlüklerle neden olmaktadır. Hastalık seyrini etkilemesi, psikiyatrik bozuklukların oluşması ve iletişim bozukluğu yaşanması açısından emosyonel sorunların izlenmesi, tanınması ve müdahale edilmesi önemli bir konudur (Kocaman, 2006).

Kübler Ross, terminal dönem hastalar ile yaptığı görüşmeler sonucunda bir hastalık tanısı aldıktan sonra yaşanan psikolojik tepkileri beş aşamaya ayırarak tanımlamıştır. Bu evreler; inkar, öfke, pazarlık, depresyon ve kabullenme aşamalarıdır (Güleç ve Büyükkıncı, 2011).

İnkar, katlanılması güç olan durumlara karşı geliştirilen savunma mekanizmasıdır. Hastalık yaşantısı ile beraber bireyin hastalığı tehdit olarak algılaması muhtemeldir. Birey bu dönemde hastalığa verdiği tepki inkar olmaktadır.

Birey, hastalığı veya hastalığın bazı belirtilerini, tedavinin şartlarını reddedebilir. Hastaya zaman tanınması, tedavi süreciyle ilgili bilgilendirmenin yapılması ve aile desteğinin sağlanması önemlidir. İnkar bireyde patolojik olmadığı sürece inkar aşamasını yaşamasına izin verilir ancak desteklenmez. İnkar evresinde bireyin uygun girişimlerle desteklenmesi ile hastalığına uyumu kolaylaştırılabilmektedir (Özkan, 1998; Öz, 2004; Bahar, 2006).

Öfke aşamasında algılanan bir tehdide karşı yanıt olarak gelişen hoşnutsuzluk, hayal kırıklığı ve/veya anksiyete içeren gergin ve heyecanlı duygusal durumdur (Tambağ, 2014). Öfke duygusunun kişiye olumlu ve olumsuz işlevleri vardır. (Watson, 2007). Birey ‘neden ben’ sorusuna cevap arar. Bireyler; deneyimleri, bilgileri, değerleri, inanç ve gereksinimleri doğrultusunda bu sorunun cevabını bulmaya çalışırlar. Hastalık yaşantısındaki tehdite verilen tepkilerde yaşanan kızgınlık ve gücenme duyguları ile birey kendini ifade eder. Sağlığın kaybı, kronik bir hastalığa sahip olma, beden imajı değişimleri, kısıtlanmalar, kontrol kaybı hastane sürecinde yetersizlik, çaresizlik, yalnızlık gibi duygular öfke ile görünür hale gelebilir (Sarıköç, 2014). Olası olan bu kızgınlık duygusunun sağlıklı ifade edilememesi öfke duygusu ile saldırgan davranışlara neden olabilir. Bu saldırganlık çevresine ve kendisine yönelik olabilir (Sala, 1997). Bu aşamada hastanın duygu ve düşüncelerinin ifade edilmesinin sağlanması, hastayı rahatlatan bir girişimdir. Bireyde tanılanmayan, değerlendirmeyen ve müdahale edilmeyen öfke bireyde depresyona neden olabilir.

Hemşireler Öfke kavramını tanımalı hastalarında öfkeyi tanımlayabilmeli ve uygun girişimlerle müdahale edebilmelidir (Terakye, 1998). Hemşire bireyin öfkesini etkisiz baş etme tanısı ile değerlendirmeli ve süreci uygun girişimlerle yönetebilmelidir. Öfkenin uygun bir tarzda ifadesinin kolaylaştırılmasına yönelik;

- Hasta ile terapötik ilişki kurulmalı.
- Hastanın öfke ifadeleri hemşire tarafından kişiselleştirilmemelidir.
- Öfkesini ifade etmesi için fırsat tanınmalıdır.
- Kaygılarını ifade etmesi için açık uçlu sorular sorulmalıdır.

- Hastanın davranışlarını tanımlamak için yargılayıcı olmaktan kaçınılmalıdır.
- Hastanın engellenmeye karşı tepkileri gözlemlenmelidir.
- Bakım ve tedavi planında tutarlılığı sağlamak için sınırlar belirlenmelidir
- Hasta ile terapötik ilişki kurulmalıdır.
- Öfkesi ile başa çıkma yöntemleri (atılabilirlik eğitimi, gevşeme teknikleri, günlük yazma, dikkatini başka yöne çekme) kullanılmalıdır (Kozier, 1994; Tambağ, 2014; NIC,2017)

Pazarlık aşamasında bireyin baş etme kapasiteleri ve yöntemleri bilinmesi ve bireye başetme kapasitelerini geliştirici girişimlerde bulunulması gerekir.

Depresyon aşamasında hasta önce düşünce sisteminde karamsarlık ağır basar ve geçmişin yasını tutar. Birey kayıplarının yasını tutar ve hüznün dönemine girer. Bu dönemde Kayıplarının yasını tutmasına izin verilirse ve aile desteği sağlanırsa birey **kabullenme** evresine geçebilir. (Bahar, 2006).

Depresyon ve anksiyete arasında güçlü bir ilişki vardır. Anksiyete ve depresyon izlemi rutin hemşirelik bakımının içinde yer almalıdır. Hemşireler psikiyatrik morbiditenin farkında olmalıdır. Onkoloji, hematoloji ve palyatif bakım hastalarını kapsayan bir metaanaliz çalışmasında, % 30 ile %40'ının depresyon, anksiyete ve uyum bozuklukları gibi sorunlar yaşadığı belirtilmiştir (Mitchell, 2011, Young-Hyman ve ark., 2016).

Depresyon hastanın tedaviye uyumunu etkilediği için belirtilerin tanınması ve müdahale edilmesi önemlidir (Rao, 2008). Özellikle cerrahi işlem yapılacak hastaların ve yatma süreleri uzayan hastaların depresyon ve anksiyete durumlarının arttığı tespit edilmiştir (Ofiaz, 2010).

Depresyondaki fiziksel semptomlardan tıbbi durumlar ile karıştırılabileceği için yorgunluk, ölüm ve intihar ile ilgili düşünceler ya da ifadeler, uyku bozukluğu, motivasyon bozukluğu, sosyal izolasyon, ilgi ve istekte azalma gibi bilişsel ve davranışsal bulgular tanılamada daha belirleyicidir (İnan, 2021).

Depresyonda, umutsuzluk, güçsüzlük, yalnızlık, benlik saygısında azalma etkisiz başetme gibi tanılar ön plandadır (NANDA, 2017). Psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, hasta eğitimi, danışmanlık, sosyal destek kanıtlanmış müdahalelerdir (NICE Clinical Guideline, 2011).

Anksiyete, yatan hastalarda en sık karşılaşılan sorunun anksiyete olduğu belirtilmektedir (Kelleci, 2009). Normal düzeyde anksiyete hayatta verimlilik ve motivasyon için gereklidir. Bireyin anksiyetesi temel gereksinimlerini karşılayamayacak kadar arttığında işlevsellik azalır. Bu işlevsellik bozulduğunda bireyin adaptasyonu bozulabilir (Bostancı, 2018). Bu sebeplerden hemşireler anksiyete belirti ve bulgularını gözlemlemelilerdir (Anderson, 2014). Anksiyetenin belirti ve bulguları fizyolojik, bilişsel, davranışsal olarak sınıflandırılır (Mcmillian, 2016). Anksiyete hafif, orta, şiddetli ve panik düzeyde değerlendirilir.

Hemşireler hastanın anksiyete sorunları için, duygularını ifade etmesi sağlanmalı, öfke ya da ağlama gibi dışa vurumlara izin verilmeli, terapötik ilişki kurulmalı, anksiyete düzeyi izlenmeli, baş etme kapasiteleri değerlendirilmeli ve girişimler planlanmalıdır. Çevresel uyaranlar indirgenmeli, psikiyatrik tedavi için yönlendirme yapılmalı, psikoeğitim, duygusal destek sağlama, gevşeme egzersizlerine yönlendirilmelir (Özkan,1993; Çam 2014; Ünüvar, 2017; Bostancı, 2018).

Güçsüzlük, kişinin kendisi ve belirli olgular ile ilgili olarak algıladığı kontrol duygusuna yönelik yetersizlik hissetmesi durumudur (Gorman, 2002).

Hastane yaşantısında birey güçsüzlüğü kontrol kaybı ve bilgi eksikliği nedeni ile yaşamaktadır. Hastane sürecinde bireyler gereksinimlerini karşılamak için başkalarına bağımlılığı artar. Bu sebepten birey hastane yaşantısında kendi üzerindeki ve çevresi üzerindeki kontrolünü kaybeder. Üstelik birçok bilinmezlik ve belirsizlik içinde bilgi eksikliği oluşur. Hasta bu durumda bilgi eksikliği giderilmez ise bulunduğu durumu tehdit edici ya da anlamsız bulabilir (Öz, 2010).

Hemşireler kontrolü düzenlemede ve bilgi ve öğrenmeyi desteklemede;

- Hastayı bakıma katmalıdır.
- Seçim yapma fırsatı sağlamalı ve karar vermesine olanak vermelidir.
- Önemli bir birey olduğu vurgulanmalıdır.
- Başarılı olduğu davranışlar ya da düşünceler konusunda olumlu geribildirim vermelidir.
- Hastanın kişisel eşyalarını yanında bulundurulması konusunda olanak vermelidir.

- Hastanın güçsüz hissettiği konularda gerçekçi hedefler koyması için motive edilmelidir.
- Bilgi eksikliğinin giderilmesi için bireyin soru sorması desteklenmelidir.
- Bilgi verme terapötik ilişki çerçevesinde sağlanmalıdır (Robinson, 1984; Öz, 2010; İnan, 2021).

Umut, bireyin yaşamı ve iyileşme ile ilişkili temel kavramlardan olup kişinin motivasyon kaynağıdır. Umutsuzluk ise intihar için bir risk faktörüdür (Herth, 2002; Öz, 2010). Hastalık yaşantısı boyunca bireyin karşılaştığı zorlu tedaviler, kronik hastalık tanıları, hastanede yatış süresinin uzaması, semptom şiddetinde artma, kötü seyirli prognoz, nöksler, sosyal destek yetersizliği, belirsizlikler, damgalanma gibi faktörler umutsuzluğa neden olabilmektedir (Arslantaş ve ark, 2010; Tambağ, 2014).

Bireyin umutsuzluğa karşı eylemlerini başlatmak ve sürdürmek için kendisine olan inancını arttırmak için; Bireyin içsel motivasyon kaynaklarını öğrenilmeli, bu kaynaklara yönelik amaca ulaşma konusunda birey desteklenmelidir. Geçmişte yaşadığı başarı ve deneyim öykülerini dinleyip cesaretlendirilmelidir (Olçun, 2020). Bireye farklı bakış açıları kazandırması, problem çözme becerilerin geliştirilmesi, gerçekçi ve ulaşılabilir hedefler belirlemesi, hayal etmesi, başarıların taktir edilmesi, aileyi bakıma katma, bireyin güçlü yönleri görmesinin sağlanması umutsuzluğa yönelik psikososyal bakımda önemli girişimleridir (Miller, 1989; Watson, 2007).

Psikolojik distres; DSM-5 tanı ölçütlerinde psikolojik distres kavramı “Bir kişinin iç dünyasındaki yaşadığı rahatsız edici, kafa karıştırıcı veya olağan dışı olduğu düşünülen bir dizi belirti, bulgu ve deneyim” olarak tanımlanmıştır.

Psikolojik distres, biyolojik ve fiziksel olarak iki farklı boyut ile incelenmiştir. Biyolojik distres; stres etkenine tepki olarak insan vücudunda meydana gelen potansiyel olarak zararlı fizyolojik değişiklikler olarak tanımlanmıştır. Psikolojik distres; bireye geçici ya da kalıcı olarak zarar veren belirli bir stresöre yanıt olarak yaşanan rahatsız edici duygusal durum olarak tanımlanmıştır. Psikolojik distresin kapsayan beş durum vardır. Bunlar; etkili baş edememe, duygusal durumda değişim, rahatsızlık, iletişimde rahatsızlık ve zarar vermedir (Ridner, 2004).

Hemşireler bakım verdikleri hastaları psikolojik distres yönünden gözlemlemeli, değerlendirme ve müdahale de önemli bir yeri vardır. Bu değerlendirme hastanın jest ve mimikleri ve sözle ifadelerinin verdiği mesajlar dikkatli bir şekilde gözlemlenmesi,

hastanın psikolojik distres düzeyi ölçüm araçları ile değerlendirilmesi, terapötik ilişkinin sürdürülebilirliğinin sağlanması, hasta ve ailesinin yaşam deneyimlerinin paylaşılması ile yapılabilir (Doran, 2010).

Spiritüel Distres; spiritüalizite kavramının Türkçe kelime olarak karşılığı olmadığından, Arapça kelime olan “maneviyat” kullanılmaktadır (Aştı, 2005). Yaşamın anlamı, amacı ve gücünü bulma, bireyin kendisi, başkaları ve tanrı/ulu güç, ilgi, inanç ve umut kavramlarını da içermektedir (Yılmaz, 2011).

Spiritüel Distres; Gücün ve umudun kişisel bir kaynağı olan inanç veya değerler sistemindeki bir bozukluktur (Öz, 2014). Hemşireler bütüncül hemşirelik yaklaşımı ile bireylerin manevi gereksinimlerini, inanç ve uygulamalarını tanımlamalı ve onlara destek olmalıdır (Collister,2004; Grant,2004; Yılmaz,2011).

Spiritüel destekte amaç bireyin manevi güç ile bağlantıda ve dengede hissetmesi için hastaya yardım edilmesini kapsamaktadır (LeMone, 2001). Bu kapsamda hemşireler;

- Bireyin spiritüel iyilik halini değerlendirme ve izleme,
- Spiritüel aktiviteler için sessizlik ve gizlilik sağlama,
- Bireyin tercihiine göre spiritüel eşya sağlama,
- Manevi gereksinimleri karşılamada diğer ekip üyeleri ile işbirliği sağlama gibi girişimler planlanabilir (Van, 2001; Ergül, 2004; Kalkım,2021).

Genel kliniklerde hastanın psikolojik davranışsal sorunları daha çok tedaviye uyumsuzluk ile görünür olur. Hastalarda davranışsal tepkiler; sosyal izolasyon, gizlenme ve tedavi rejiminde uyumsuzluk ve tedaviyi reddetme olarak görülebilmektedir (Kocaman, 2008).

2.2. Hemşirelik ve Bakım

Hemşirelik birey, aile, toplumun sağlığını koruma, geliştirme, hastalık durumunda iyileştirme ve rehabilitasyonu sağlamada, bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşması sürecindeki en önemli dinamik güçtür. "Travelbee'ye göre ‘Hemşire hasta ve ailesine hastalık durumlarında bu deneyimlerinden anlam çıkarmalarına yardım eden ve durumları ile başetmelerinde onlara yol gösteren profesyoneldir.

ICN'e (International Council of Nurses) göre hemşirelik, "Hasta ya da sağlıklı her yaştan, aileden, gruptan ya da topluluktan olan bireylerin tüm alanlarda sağlığının geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta, engelli ve yaşamının son evresindeki bireylerin bakımını kapsar.

İnsan; biyolojik, psikolojik, sosyolojik, kültürel ve spiritüel gereksinimleri olan ve bu gereksinimler arasında sürekli etkileşimleri olan bir varlıktır (Vayalilkarottu, 2012). İnsan bu gereksinimleri karşılamada desteğe ihtiyaç duyan bir varlıktır (Ay, 2015). İnsan yaşamının sürekli değişimi ile birlikte hemşirelikte değişime ve gelişime uğramıştır. Hemşireliğin değişmeyen tek olgusu ise bakım rolüdür (Öztunç, 2013).

Bakım kavramı hemşireliğin temelini oluşturmaktadır. Bakım kavramı çok boyutlu bir kavramdır (Üstün, 2011). Bakım, insanlığın tarihiyle başlayan, birçok boyutuyla tanımlanmış bir olgudur. Bakım, fakat hemşireliğin özüdür. İnsanın doğduğu andan itibaren varlığını sürdürebilmesi için bakıma ihtiyaç duyması hemşireliğin var olma ve vazgeçilmez olma sebebidir (Gül, 2017).

Hemşirelik bakımı, bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalık yaşantısında iyileşme sürecinde hemşirenin iletişim becerileri ile bireyin yaşam kalitesini arttırmak için yapılan kanıta dayalı uygulamaların bütünüdür (Velioğlu, 1999). Hemşirelik bakımı hemşireliğin kendisine özgü en temel rolüdür (Dinç, 2010).

Hemşirelik bakımı ile ilgili yaklaşımlar zaman içerisinde gelişerek evrimleşmiştir. Sağlık alanındaki gelişmeler, değişen ve artan gereksinimler ile hemşirelik bakımı gelişmiş ve bakım anlayışına yeni boyutlar getirmiştir. Sağlık alanındaki gelişmelere göre hemşirelikte de yeni yaklaşımlar tanımlanmıştır. Bu yaklaşımlar arasında holistik bakım kavramı gelişmiştir. Florence Nightingale'in holizm kavramını, sağlık, insan ilişkileri, çevre, birlik, olaylar ve çevre kavramlarının kapsadığına yönelik görüşleri vardır (İlhan ve Öztaş, 2021).

Amerikan Holistik Hemşireler Birliği (AHNA) 1981 yılından beri Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) 'nin katkılarıyla bütüncül/holistik hemşireliğin sesi olmuştur. 2006 yılında ANA Bütüncül/Holistik hemşireliği hemşireliğin uzmanlık alanı olarak tanımıştır.

AHNA'ya göre Bütüncül/Holistik hemşireler; her bireyin fiziksel, zihinsel, duygusal, ruhsal ve çevresel etkileşimlerine değer vererek ve her bireyin değerlerini,

sağlık tutumlarını ve sağlık deneyimlerini değerlendirerek bütünlüğü ve iyileşmeyi amaçlamalıdır. Hemşirenin; hemşirelik sürecinin her aşamasında kişinin Bütünselliği dikkate alınmalıdır (Thornton, 2012).

Bütüncül hemşirelik iyileştirmeyi bütün olarak hedefleyen tüm hemşirelik uygulamalarını kapsayan, koruma, geliştirme, en üst düzeyde sağlığın iyiliğin sağlanması, iyileşmeye yardım edilmesi, hastalığın ve yaralanmanın önlenmesi, acının dindirilmesi, barışın, rahatlığın ve uyumun sağlanması, desteklenmesi, tanı ve tedavi sürecinde bireyin tepkilerini dengelemesini kapsamaktadır (Papathanasiou, 2013).

Maslow'dan ve birçok modern teorisyenlerle temelleşmiş holistik yaklaşım insan gereksinimlerini bir bütün olarak ele almıştır. Holistik hemşirelik bakımı birçok hemşirelik teorilerinin oluşmasını sağlamıştır. Callista Roy'un " Adaptasyon Modeli", Martha Rogers'ın " Enerji Sistem Modeli", Newman'ın " Sağlık Bakım Sistem Modeli" ve Parse'nin " İnsan olma Modeli" holistik yaklaşım temeline dayanan modellerdir (İlhan ve Öztaş, 2021).

2.3. Holistik Bakımın Boyutları

Fizyolojik boyut; İnsan hücre, doku ve organ sistemlerinden oluşan; fark edilmeyen hücresel faaliyetlerin yanında, beslenme, boşaltım, hareket gibi bilinçli olarak yapılan, fizyolojik gereksinimleri olan bir varlıktır. Ayrıca insanın fizyolojik gereksinimlerinin karşılanmaması bireyi psikolojik olarak etkileyebilirken, psikolojik problemlerin varlığı da fizyolojik gereksinimleri etkileyebilir (Ay, 2015)

Psikolojik boyut; Değerler, kişilik, huy, motivasyon, istek/isteksizlik, tepkiler, algılama, bireyin psikolojik yönü ile ilişkili faktörlerdir. İnsan bu özellikleri ile bir toplum içinde yaşar, toplumun bir parçası olur. Bu boyutta meydana gelen değişim ve problemler diğer boyutları da etkiler (Ay, 2015; Bayındır, 2019)

Sosyal boyut; İnsan toplumsal bir varlıktır. Birey olarak insan, varlığını ancak toplumsal ilişkileri ile ortaya koyar. İnsanın diğer bireylerle ve gruplarla olan etkileşimi, bireyin sosyal yönünü oluşturur. Her insan sosyal bir varlıktır. Toplumun bir parçasıdır, soyutlanamaz. Sosyalleşme de toplum içinde gerçekleşir (Bayındır, 2019).

Spiritüel boyut; Dini içine alan ama her zaman din yoluyla ifade edilemeyen evrensel bir kavram olan spiritüalite, bireyin dini inancına bakmaksızın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bileşenleri kapsayan insana yaşama gücü veren itici bir güçtür

Bireyin sağlık ve hastalıkla ilgili tutum ve davranışları üzerinde etkisi bulunduğu için holistik bakımın en önemli öğelerinden biridir Ölüm korkusu, çaresizlik ve umutsuzluk duygusu, kronik ve fiziksel hastalıklar, emosyonel stres, yaşamın anlamını bulmada yetersizlik gibi pek çok yaşamsal krizler bireyin spiritüel gereksinimlerini ön plana çıkarır (Bayındır, 2019).

2.4. Hemşirelikte Psikososyal Bakımın Boyutu

Holistik bakım, hemşireliğin özel bir alanıdır. Beden, zihin, ruh, duygular, çevre, ilişkiler ve hayatın sosyal ve kültürel yönleri ile ilgilenip, bireylerin fiziksel bakımlarını zenginleştirerek, bireylerin optimal iyileşme seviyelerine ulaşmalarına yardımcı olmalıdır (Thornton, 2012)

Hemşireler hastayı ve ailesini hastalık yaşantıları boyunca görüyoruz ve hastanın psikososyal baş etmesini ve herhangi bir sıkıntısını izlemek için eşsiz bir konumdayız (Legg, 2011).

Psikososyal bakım, psikososyal değerlendirme parametrelerini bilmeyi ve terapötik işbirliği kurabilmeyi gerektirmektedir. Psikososyal bakım sunumunda gözlem, etkili iletişim becerileriyle amaçlı görüşme gibi temel hemşirelik bilgi ve becerilerini kullanma yoluyla hastalığa karşı gösterilen psikolojik tepkileri anlamayı, hastanın psikolojik ve sosyal gereksinimlerini tanılamayı ve bireyin psikososyal iyi oluşunu eğitim, danışmanlık ve özelleşmiş psikolojik müdahaleler aracılığı ile gidermeyi içermektedir. Psikososyal bakımda amaç, bireyin genel iyi oluşunu ve hastalık ya da psikososyal uymunu arttırmak, başetme becerilerini geliştirmek, hastalık yaşantısından anlam bulmasına yardım etmek, umudu ve yaşam kalitesini arttırmaktır (İnan, 2021).

Hemşire psikososyal boyutta bakımı sunarken, insan bir ilişki çerçevesinde, bireyi merkeze alan bir anlayışla, saygı, duyarlılık, hasta ve ailesini açısından ulaşılabilir olma, bireyin yaşam deneyimini önemseme, bireyin sorun, gereksinim, öncelik ve değerlerini önemseme, bütüncül ve iyileşmeye odaklanan bir anlayışı benimsemelidir. Bu şekilde hemşire bireyin yaşam deneyiminden anlam bulmasına ve güçlenmesine katkıda bulunmalıdır. Ayrıca hemşire hastanın bakımından önce kendi duygularına, düşüncelerine ve davranışlarına da odaklanabilmeli ve anksiyete/stres düzeyini kontrol edebilmelidir (Walters, 2018).

Hastayı anlamadan önce hastalığı ve ona verdiği tepkileri anlamalıyız. Hastaya

sadece fiziksel boyutundan değil bütün boyutları ile ele almalıdır (Özkan, 1999).

Hemşireler psikosyal bakımı uygulamak için hastalık yaşantısının psikososyal etkilerinin, riskli grupların ve psikososyal etkilenmeyle ilgili semptomların (anksiyete, öfke, kızgınlık, güçsüzlük, ümitsizlik, suçluluk, distres, yalnızlık, depresyon vs.) farkında olmalı ve tanıyabilmelidirler. Hastalığa verilen tepkiler emosyonel ve davranışsal olarak kategorize etmek mümkündür. Bireyler hastalık yaşantısında emosyonel olarak; anksiyete ve korku, öfke, güç, güçsüzlük, yetersizlik, başarısızlık, utanç, umut, umutsuzluk, rahatlama gibi tepkiler vardır. Davranışsal olarak; destek arama, zorlayıcı yaşam olayı sonrası gelişim, kişinin hastalığında uzman olması, gizlenme, yalnızlık, sosyal izolasyon, tedavide uyumsuzluk, tedaviyi reddetme gibi davranış tepkileri vardır (Kocaman, 2008; İnan, 2021).

Hastaların psikokosyal tepkilerini etkileyen faktörler ise; hastalık algısı ile ilgili faktörler, bireyin bireysel özellikleri ile ilgili faktörler, çevre özellikleri ile ilgili faktörler olarak kategorize edilebilir (Kocaman, 2006).

2.5. Psikososyal Bakım Modeli ve İlkeleri

Tunmore (1990) Psikolojik bakım modelini tanımlamıştır. Genel hastane uygulamasında psikolojik bakımı 4 düzeyde kategorize etmiştir.

Düzyey 1: Temel iletişim ve tanılama becerileri: Bilgi verme, görüşme, dinleme, empati becerisi, psikolojik gereksinimleri tanımlayabilme, sunabilme, aktarılan problem hakkında bilgili olma.

Düzyey 2: Rutin-koruyucu psikolojik bakım: Hasta/ailesinin stresle başetme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, aktarılan problem hakkında bilgili olma.

Düzyey 3: Özelleşmiş psikolojik girişimler: Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimler, danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.

Düzyey 4: Terapi: Bilişsel terapi, davranışı değiştirme gibi psikoterapi uygulamaları.

Lisans düzeyi bire hemşireye hemşirelik yönetmeliğinde birinci ve ikinci düzey psikolojik bakım görev ve yetkileri verilmiştir. Temel iletişim becerileri, tanılama

becerileri ve rutin koruyucu psikolojik bakım yaklaşımlarını uygulama yetkinliğine sahiptir. Bu yetkinliklerle hasta ve ailesi ile teröpatik işbirliği geliştirme, hasta ve ailesinin psikolojik bakım gereksinimlerini belirleme, bu gereksinimlere yönelik psikososyal bakım sağlama ve bireylerin başetme becerilerini güçlendirmesi gerekmektedir. Üçüncü ve Dördüncü düzey psikolojik bakım lisansüstü ve özelleştirilmiş psikoterapi uygulamaları yetkinliğine sahip hemşireler için açıklanmıştır (Kocaman,2005; İnan, 2021).

Psikososyal bakımın ilk adımı temel iletişim ve tanılama becerileri oluşturmaktadır. Hemşire etkili bir psikososyal tanılamada, bireyin gereksinimlerine bütüncül olarak odaklanır. Görüşme, gözlem yapma gibi temel bilgi ve becerilerini kullanır. Bu sebepten etkili psikososyal bakım vermenin ön koşulu teröpatik ilişki geliştirmedir. (İnan, 2021)

İyi psikososyal bakım sağlamak, hem sözlü hem de sözlü olmayan iyi iletişim becerilerine bağlıdır. Kanseri bakımı bağlamında iletişim, empati ve destek iletmek ve anlaşılabilir ve akılda kalan tıbbi bilgiler sağlamak için genel etkileşim becerilerini içerir. Sağlık hizmeti sunucularının hastalarla olan ilişkisi, güvene, açık ve dürüst olmaya, anlayışa, var olmaya, saygıya, karşılıklı hedefler belirlemeye ve sosyal destek sağlamaya dayanmaktadır (Ritchie, 2001).

2.6. Yetkinlik Kavramı

Yetkinlik kavramı Türk Dil Kurumu'na göre “yetkin olma durumu, olgunluk, kemal, mükemmeliyet” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2021). İlk yetkinlik modeli Mc Clelland tarafından geliştirilmiştir. Modele göre yetkinlik; mükemmel performansın elde edilmesinde bilgi, beceri tutumlarını kapsayan gözlemlenebilir davranışlar şeklinde tanımlanmaktadır Bu özellikler kişinin en iyi performansı elde edebilmesi için gereken temel niteliklerdir. Modele göre yetkinlik bileşenleri; bilgi, beceri, tutum olarak belirlenmiştir. (Biçer, 2003; Toprak, 2018).

Mesleki yetkinlik farklı aşamalarla ve deneyimlerle oluşmaktadır. Benner'ın (1984) ‘Acemilikten Uzmanlığa’ modelinde bireylerin mesleki yeterlilik kazanma sürecini beş aşamada tanımlamaktadır; birinci aşamada bireyler acemi yani deneyimsiz olarak nitelendirilmektedir İlk aşamada bireyler tam anlamıyla mesleki sorumluluk almazlar. Ancak aldığı görevleri talimatlar doğrultusunda tamamlar. İkinci aşamada bireyler deneyimlenmiş çalışan ya da acemi olarak nitelendirilmektedir. Geçirilen süresi

iki yıl kabul edilmektedir. Üçüncü aşamada yetkinlik aşaması olarak nitelendirilmektedir. Yetkinlik aşaması bireyler kompeten nitelendirilmekte ve yetkin birey birçok sorumluluğu yönetilebilir. Ayrıca sorumlulukla ilgili kavramları algılar ve karşılaştığı problemleri çözerek aktif karar verilebilir. Yetkinlik aşamasında geçirilen süre yaklaşık 2-3 yıl kabul edilmektedir. Dördüncü aşama ustalık olarak nitelendirilir. Beşinci aşama “bilirkişi” veya “uzman” olarak tanımlanan aşamalardır. Meslek üyelerinin uzman olarak adlandırılabilmesi için minimum beş yıllık deneyim ve çalıştığı alanda sertifika ve lisansüstü eğitim gibi özel eğitim almış olmaları istenir (Benner, 1984; Güven, 2021).

2.7. Hemşirelerin Psikososyal Yetkinlikleri

Yetkinlik, sağlık sistemi içerisinde gerekli olan ve önemli kriterlerdendir. Hemşirelikte yetkinlik kavramı çok boyutlu bir kavram olup tek bir tanımlı bulunmamaktadır (Karahana ve Kav, 2018). Hemşirelik yetkinliği tanımları ulusal ve uluslararası Hemşirelik Kuruluşları tarafından tanımlanmış olup; İngiltere Hemşireler ve Ebeler Birliği (NMC) (2010) tarafından yetkinlik; ‘meslek üyesinin etkili ve güvenli girişim yapabilmesi için gerekli bilgi, beceri ve tutuma denetim olmadan karar verebilmesi’ şeklinde tanımlanmıştır. Avustralya Hemşireler Birliği tarafından yetkinlik; (Australian Nursing Council) ‘yüksek ve/veya etkili performansın esası olan bilgi, beceri, davranış, değer ve yeteneklerin birleşimi’ olarak tanımlanmıştır. Kanada Hemşireler Birliği (Canadian Nursing Council) ise yetkinliği; ‘klinisyen hemşirelerin farklı rollerde etkili ve güvenli girişim için gereken bilgi, beceri, kararları uygulayabilme yeteneği’ olarak tanımlamıştır. Amerika Hemşirelik Ulusal Konseyi (The National Council of State Boards of Nursing) yetkinliği; ‘hemşirelik girişimlerinde bilgi, etkileşim, karar verme ve psikomotor becerileri gerçekleştirebilme’ olarak tanımlamıştır. Uluslararası meslek kuruluşları yetkinliği tanımlarken; özelleşmiş bilgi, beceri, davranış, kişiler arası ilişkiler ve karar verebilme özelliklerinde ortaklaşmıştır (Güven, 2021).

İç ve dış bazı faktörler klinik yetkinliği etkilemektedir. İç faktörler; bilgi beceri, mesleki bağlılık gibi bireysel özellikleri ve etkin iletişim, mesleki ilgi, hesap verebilirlik ve sorumluluk alma gibi mesleki deneyimlerini içerir. Dış faktörler ise etkin yönetim, denetim, izlem ve yetki gibi mesleki faktörlerden oluşurken; iyi eğitim, çalışma koşulları ve yeterli teknoloji gibi çevresel faktörleri de içerir. Yetkinlik mesleki deneyim, pozisyon ve eğitim düzeyi arttıkça gelişmektedir. Ayrıca hemşirelerin

çalıştıkları alan, profesyonel davranma becerisi, mesleki gelişim ve daha çok beceri kazanmak için istekli olması yetkinliği etkilemektedir.

Literatürde yetkin hemşirelerde olması gereken özellikler; holistik bakış açısına sahip olma, sorunları değerlendirme, tanılama yapma, planlama ve uygulama yapma, sonuçları tahmin etme, etkili bakımı gerçekleştirme, klinik karar verme, eleştirel düşünme ve problem çözme becerisine sahip olma, sorumluluk alma, kanıtları kullanarak bilgi, beceri, duyarlı tutum ve değerleri bütünleştirme kapasitesine sahip olma ve fonksiyonel yeterliliğe sahip olma, teknolojiyi etkin kullanma, koçluk/mentörlük yapma gibi özellikler belirtilmiştir (Sezer, 2015; Toprak, 2018; Karahan ve Kav, 2018).

Yetkinlik değerlendirilmesi hemşirelik eğitimi sırasında başlamalı ve hemşirelik kariyeri boyunca devam etmelidir. Hemşirelik yetkinliğini değerlendirmek, mesleki gelişim ve eğitim ihtiyaçları için alanların belirlenmesinde, kalite güvence sistemlerinde, işgücü planlamasında ve insan kaynakları yönetiminde önemlidir. Hemşirelerin yetkinliklerini değerlendirmede öz değerlendirme yapmak önemli bir yer oluşturur. Öz değerlendirme, hemşireleri kendi ortamlarında uygulamalarını değerlendirmelerine izin verir ve uygulamalarını sürdürmeye ve geliştirmeye yardımcı olur. Hemşirelerin kendileri tarafından yapılan klinik yetkinliğin değerlendirilmesi, hemşirelere çalışma ortamında kendi performanslarına odaklanma fırsatı verir, bu da onların davranışlarını değiştirmek ve iyileştirmek için yararlı olmaktadır (Meretoja ve ark., 2004; Bahreini ve ark., 2011; Toprak, 2018).

Birçok ülkede hemşireliğin karşı karşıya olduğu temel zorluklara, sağlık hizmetlerinin sağlanması açısından beklentileri giderek değişiklik gösteren hasta grubuna hizmet vermesi, teknolojik gelişime ayak uydurabilmesi, karmaşık çalışma ortamına uyum sağlaması, farklı disiplinlerle uyumlu çalışması istenmektedir. Hemşirelerin bu beklentileri karşılayacak yetkinliğe ulaşması ise yetkinlik geliştirmeyi etkileyebilecek tüm faktörlerin dikkate alındığı, mezuniyet öncesinden başlayarak okul ve hastane yönetiminin işbirliğine dayanan ve bireyin de kendi sorumluluğunun farkında olarak katkı verdiği bir yetkinlik geliştirme programının oluşturulması ile mümkün olabilecektir. Yetkinlik geliştirme sürecinin anlaşılması ve hemşirelerin uygulamadaki yetkinlik düzeyini sürekli değerlendirmek bakım kalitesini etkiler (Karahan ve Kav, 2018; Toprak, 2018). Literatürde hemşire ve hemşirelik öğrencilerinin yetkinliklerini değerlendirmek için geliştirilmiş ölçme araçları bulunmaktadır.

Literatürde yetkinlik konusunda en sık kullanılan ölçek olan Meretoja ve ark. (2004) tarafından geliştirilen Hemşire Yeterlilik Ölçeğidir. (Nurse Competence Scale). Literatürde kullanılan diğer ölçekler; Gillespie ve ark.'nın (2007) Algılanan Yeterlilik Ölçeği (Perceived Competence Scale), Kennedy ve ark.'nın (2015), Perng ve Watson'ın (2012) Gözüm, Tuzcu ve Kırca tarafından 2016 yılında Türkçeye Geçerlik ve Güvenirlik çalışması yaptığı Hemşire Kültürel Yeterlilik Ölçeği (Nurse Cultural Competence Scale), Takase ve Teraoka'nın (2011) Holistik Hemşirelik Yeterlilik Ölçeği (Holistic Nursing Competence Scale), Nilsson ve ark.'nın (2014) Hemşire Profesyonel Yeterlilik Ölçeği (Nurse Professional Competence Scale) gibi ölçeklerdir (Karahan ve Kav,2018; Güven, 2021).

Hemşireler hastaları en kötü ve en iyi hallerinde görürler; tanıdan tedaviye, tedavi veya palyatif ve yaşam sonu bakımına kadar, hasta ve sağlık çalışanı arasında paylaşılan uzun bir yolculuktur (Legg, 2011). Bu yolculukta hemşireler hastaların psikososyal bakımında psikolojik, sosyal ve manevi bakımın kültürel açıdan harmanlayarak hassas bir şekilde sağlanırlar (Hodgkinson 2008). Hastanın psikososyal gereksinimleri karşılanmadığında tedaviye uyumu bozması ve iyileşmelerini olumsuz etkilemesi gibi olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Kocaman, 2005).

Psikososyal bakım, hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu bağlamda hasta ve ailelerinin gereksinimleri bütüncül bakış açısıyla tanılanmalı, en uygun psikososyal bakımı alma yönünde desteklemelilerdir. Hemşireler psikososyal bakımı verirken hastalık olgusunun fiziksel, psikososyal etkilerinin ve genel kliniklerde psikiyatrik morbiditenin farkında olmalı, gereksinimlere duyarlı, insan insana terapötik bir ilişki kurma anlayışını benimsemeli ve temel görüşme, gözlem ve psikososyal tanılama becerileriyle, iyileşmeye odaklanan bir bakış açısıyla psikososyal iyilik halini geliştirmeyi hedeflemelidirler (Kaşıkçı ve Akın, 2021).

Yapılan bir çalışmada hemşireler hastaların psikososyal gereksinimleri tanılamada kendilerini kısmen yeterli gördüklerini belirtmiştir (Pehlivan, 2013). Hemşirelerin özellikle psikososyal semptomları ve psikososyal gereksinimleri yeterince tanılayamadıkları ve müdahale edemedikleri bulunmuştur (Nakaguchi ve ark., 2013, Alaca, 2011; Yakimo ve ark., 2004). Hemşirelerin psikososyal sorunlara müdahale konusunda yetersiz kaldığını hissetme hemşirelerin tükenmeleri ve motivasyonlarının azalmasına neden olan faktörler arasında yer alabilir (Robinson, 1984).

Hemşirelerin hasta ve aileleri ile iş merkezli çalıştıkları belirlenmiştir. Sağlık bakım kuruluşları ve hemşireler, kaliteli etkin bakımı sunmak için etkili iletişim kurması ve hasta merkezli çalışmasının önemini fark etmedikçe iş merkezli çalışma anlayışı devam edecektir (McCabe, 2004). Hemşireler psikososyal bakımın öncelikli bir rolü olduğunun farkında olmalarına rağmen psikososyal bakımın önündeki birçok engel bu bakımı göz ardı etmelerine neden olmaktadır. Hasta bakım kalitesinde önemli yeri olan psikososyal bakım hemşireler ve sağlık sisteminin önemli bir parametresidir. Psikososyal bakım ile ilgili bilgilerin beceriye dönüştürülmesine yönelik düzenlemelerin yapılması, hemşireliğin gelişimine ve hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlayacaktır (Kocaman, 2005; Aksoy ve ark., 2015).

2.7.1. Mental durum muayenesi

Mental durum muayenesi, görünüm, davranış, konuşma, düşünme, mizaç ve duygu durum, soyut düşünebilme yeteneği, hafıza, zeka, konsatrasyon, oryantasyon, yargı ve iç görü gibi kategorilerin değerlendirmesini içerir (Demiralp ve Tuncer, 2014).

2.7.2. Terapötik ilişki

Hemşirelik mesleğinde kazandırılması gereken temel becerilerin başında hasta ile iletişim ve etkileşim gelmektedir. Bu etkileşimi terapötik olarak sürdürebilmek için hemşirenin birçok kavramı bilmesi ve uygulamaya yansıtabilecek düzeyde beceri kazanması beklenmektedir (Bozdoğan Yeşilot ve Öz, 2016).

Teröpatik ilişki, bireyin yardım gereksinimine odaklıdır. Bireyin psikososyal uyumunu geliştirme ve problemlerin olası çözümlerini keşfetmesine yardımcı olmak amacıyla hemşirenin kendi kimliğini, bilgi ve becerilerini tedavi edici bir unsur olarak kullanması gereklidir. Bu ilişkide insanı merkeze alan bir anlayış söz konusudur. Saygı, özneliliğin kabulü temel unsurlardandır (Terakye, 1998; Finfgeld ve Connett, 2008). Hemşire hastanın sorunlarını ve gereksinimlerini önemsedğini, anladığını ve bu doğrultuda kendisine yardım için orada olduğunu kavraması söz konusudur. Hasta ve hemşire arasında kurulan teröpatik ilişki hastanın iyileşmesinde, tedaviye uyumunda, hasta memnuyeti ve bakımın kalitesini arttırmada önemli bir etkindir (Lipowski 1981; Robinette, 2000; Sharrock, 2006; Yakimo, 2006; Kocaman,2008).

Hemşireler mesleki temel araçları olan iletişim ve terapötik ilişki kurma boyutlarında kendilerini geliştirerek bakım kalitesini artıracaklardır (Bozdoğan Yeşilot

ve Öz, 2016). Ayrıca literatürdeki çalışmalar incelendiğinde hemşirelerin kurdukları terapötik ilişki sayesinde hem hasta açısından hem de hemşire açısından olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir (Bridges ve ark., 2013; Wiechula ve ark., 2016)

Peplau'ya göre hemşirelik hasta-hemşire ilişkisine dayanır. Bu ilişki süresince hemşirenin eylemleri dört aşamada incelenir. Tanımladığı tedavi edici/terapötik ilişkinin aşamaları; oryantasyon, tanımlama, yararlanma ve çözülmedir. Bu aşamalar ile hemşire-hasta ilişkisinin nasıl olacağı ile ilgili iyi bir çerçeve sunmaktadır (Günüşen, 2019).

Oryantasyon aşamasında hemşire dinlemeye hazır bir beden dili ile göz teması kurulmalıdır. Hem sözlü hem de sözsüz mesajlara odaklanmalıdır. Hemşire birey ile görüşmeden önce birey ile ilgili ön bilgiye (hastanın adı, yaşı, tıbbi geçmişi, mevcut şikayetleri, gibi) sahip olması iletişimin etkinliği açısından yararlı olacaktır. Tedavi sürecinde hastanın sorumlulukları ve hemşirenin sorumlulukları açıklanır. Bireyin değerleri, inançları kültürü ve önyargılarının farkında olmalıdır. Hemşire oryantasyon aşamasında bireyi gözlemler ve ihtiyaçlarını sorgular.(Videbeck, 2011; Jones ve ark., 2012; İnan, 2021).

Tanımlama aşamasında güven karşılıklı olmalıdır. Bireyin duygu ve düşünceleri sorgulanmalıdır. Hemşire bu aşamada hastanın beklentilerini ve algılarını anlamalı ve bu sırada kendi algı, beklenti ve düşüncelerini de değerlendirebilmelidir. Bireyin tedavi sürecindeki sorumluluklarına odaklanması sağlanmalıdır. Hemşire çoğu zaman bireyin olumlu değişimlerini ön plana çıkartıp bireyi desteklemelidir. Bireyin problem çözme ve başetme becerilerini belirlemelidir (Gorman, 2008; Jones ve ark., 2012; Stuart, 2013; Alligood, 2014).

Yararlanma aşamasında terapötik işbirliği esastır. Bireyin bağımsızlığını geliştirilir. Bireyin sorunları ve gereksinimlerine yönelik daha derinlemesine bilgiler toplanır. Bireyin duygu ve düşünceleri bireye yansıtılmalı ve bireyin farkındalığını arttırmak için hedefler belirlenmelidir. Hemşire bu aşamada; ilişkiyi sürdürmek, daha fazla veri toplamak, olumlu başa çıkma mekanizmalarını geliştirmek, davranış değişimini kolaylaştırmak için girişimlerde bulunmak, motive edici görüşmeler yapmak gibi hedefler benimsemelidir (Videbeck, 2011).

Çözülme/Sonlandırma aşamasında birey ile kurulan ilişkide ulaşılan olumlu değişimler değerlendirilip bireye aktarılır. Tedavi sürecinde uyumu ve uyumun

sürekliliği değerlendirilir. Bireyin geliştirilen bağımsızlığı bireye yansıtılır. Birey ile ilişkinin sonlandıktan sonra kendisinin bu olumlu değişimleri nasıl sürdürebileceği konuşulur (Jones ve ark., 2012; Alligood, 2014)

Tüm bu aşamalarda hemşirelerin; kendini tanıma, empati kurma, etkin dinleme, etkili soru sorma, bilgi verme, görüşme gibi temel becerilerini geliştirmeleri gerekir. Günümüz sağlık politikaları ve değişen tedavi süreçleri ile hemşirelerin hastalar ile geçirdiği süre sınırlı olmaktadır. Bu durum ile hemşirelerin hastalarla uzun ve etkili bir hemşirelik kurmasını zorlamaktadır. Bu sebeple hemşirelerin kısa süreli ve amaca yönelik ilişkiler kurup bireylere bakım vermesi gerekmektedir (İnan, 2021).

2.7.3. Psikososyal bakımda tanılama

Hemşire hastanın bedensel, duygusal davranışsal tepkilerini ve psikososyal gereksinimlerini amaçlı görüşmelerle elde ettiği verilerden, gözlemlerden, mevcut kayıtlardan ve ekibin diğer üyelerinden elde ettiği veriler aracılığı ile ayrıntılı bir şekilde değerlendirir. Hemşire bakımında öykü alma, ruhsal durum muayenesi, hastalık öncesi kişisel özellikleri, hastalık algısı, stresörler ve başetme, rol ve ilişkiler, benlik algısı, değer ve inançlar, fizyolojik ve öz bakım ile ilgili değerlendirmeler yapar. Beslenme ve boşaltım alışkanlıkları, uyku ve aktivite düzeni, cinsel sağlık, laboratuvar bulguları, öz bakımını yerine getirmede bağımsızlık düzeyi, günlük yaşamı sürdürmede aktivite düzeyi, diğer sağlık sorunları, tedavileri de değerlendirerek psikososyal bakım gereksinimlerini belirler (İnan, 2021; Demiralp ve Tuncer, 2014).

2.7.4. Psikososyal bakımda değerlendirme

Psikososyal değerlendirme fiziksel belirtilerden çok, hastalığın birey ve aile üzerindeki etkilerine yoğunlaşır. Bireyin yaşam tarzı, baş etme yöntemleri, hastalık algısı, kişilik tarzı, psikiyatrik öyküsü, yaşam stresörleri, spiritualite, hastalığın getirdiği problemler, mental durumu gibi değişkenleri içerir. Hemşire psikososyal değerlendirme yaparken mental durum muayenesi ve teröpotik iletişim tekniklerini konusunda bilgili olmalılardır (Demiralp ve Tuncer, 2014). Hastayla teröpotik ilişkisi kurulması, mevcut hastalık ve etkilerinin anlaşılması, yaşamındaki ortaya çıkan değişimler ve stres etkenlerinin tanımlanması, hastanın güçlü yönlerinin belirlenmesi, hastanın daha önce herhangi bir psikiyatrik sağlık sorununun bulunup bulunmadığının belirlenmesi, hastanın yaşam tarzının belirlenmesi, hastaya ruhsal durum muayenesi uygulanması,

eldeki bilgilerin güçlendirilmesi değerlendirmenin en önemli başlıklarıdır (Karataş, 2019).

2.7.5. Diğer psikososyal beceriler

Hemşirelik girişimi sınıflamasında (NIC) Davranışsal alanda psikososyal işlevselliği destekleyen ve yaşam şekli değişikliğini kolaylaştıran bakım için;

Davranış terapisi; İstendik davranışları geliştirme/güçlendirme ve istenmedik davranışları değiştirme girişimleri,

Bilişsel terapi; İstenmedik bilişsel işlevselliği geliştirme /güçlendirme ve istenmedik bilişsel işlevselliği değiştirme girişimleri,

İletişimi güçlendirme; Sözel ve sözel olmayan mesajların alınması ve verilmesini kolaylaştırma girişimleri,

Başıetme yardımı; Kendi gücünü yapılandırması, işlevdeki bir değişime uyum sağlaması ya da daha yüksek bir işlev düzeyine ulaşması için bir başkasına yardım etme girişimleri,

Hasta eğitimi; Öğrenmeyi kolaylaştırma girişimleri,

Psikolojik rahatlığı geliştirme; psikolojik teknikleri kullanarak rahatlığı geliştirme girişimleri kategorize etmiştir.

Hemşireler hastaların psikososyal gereksinimlerini karşılamada kabullenme, güven oluşturma, benlik saygısını artırma, rol model olma, rol oynama, stres yönetimi, kendine güvenme/ atılganlık, sınır koyma, yüzleştirme, empati, sessizliğin kullanımı, gevşeme tekniklerinin kullanımı konusunda bilgili olup aktif kullanıyor olmaları ile becerilerini arttırabilirler (Demiralp ve Tuncer, 2014).

2.8. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği

Hemşirelerin psikososyal bakım önündeki engellere yönelik yönelik konsültasyon ve liyezon psikiyatri hemşireliği psikiyatri dışındaki tüm kliniklerde işlev görmektedir. Temel işlevleri fiziksel hastalığı bulunan bireylerin sağlık durumlarını yükseltmek, tıbbi bölümlerde psikiyatrik morbiditeyi engellemek, hasta bakımında psikososyal etkenleri inceleyerek sunulan hizmeti bütüncül kılmak, hasta bireylerin psikososyal uyumlarını kolaylaştırmak, hastanın ailesine psikososyal destek sağlamak

ve bakım veren klinik hemşirelerine psikososyal tanılama ve müdahale konularında becerilerini arttırmak gibi amaçları vardır.

Yönetim, araştırma, eğitim ve klinik olmak üzere dört rolü vardır. Hastalara doğrudan ya da dolaylı olarak bakım sunmaktadır (Durmaz ve Orak, 2016). ***Doğrudan bakım gerektiren durumlar;*** sorunun belirgin olmadığı durumlarda, primer bakım verenin uzmanlık alanı dışında bir durum varsa, tedavi ortamında direç ve yüksek anksiyete varsa, Serviste hastaya/aileye gerekli zamanı ayıracak yeterli eleman yoksa, hastada ciddi uyumsuzluk ya da öfke, şiddet oluşturan nedenler varsa, benzer sorunlar aynı hemşire ile daha önceden yaşanmışsa, sorun (intihar riski, organ veya fonksiyon kaybı, major psikiyatrik bir bozukluğun saptanması gibi) danışmanın (KLP hemşiresi, psikiyatrist vb.) özel ilgisini gerektiriyorsa, dolaylı bakım modeli başarısızsa doğrudan bakım hizmeti seçilmelidir. ***Dolaylı bakım gerektiren durumlar ise;*** Sorun açıksa ve kolaylıkla belirlenebilmişse, primer tedavi ekibi veya hemşire sadece bakım planını oluşturmak için danışmanın görüşlerine ve desteğine gerek duyuyorsa, hemşirenin motivasyonu ve klinik becerisi gerekli girişimleri uygulamada yeterliyse, hemşirenin gerekli girişimleri uygulamada direnç göstermiyorsa, sorun hasta odaklı değilse dolaylı bakımı tercih etmektedir (Kocaman, 2005).

Bireylere bütüncül bakım vererek, mevcut durum üzerinde etkili olan psikososyal faktörlerin rolünü incelemek, hastanın psikolojik sağlığına kavuşmasına ve psikososyal uyumuna katkı vermek, psikopatolojik durumların önüne geçmek veya azaltmak KLP hemşiresinin birincil amacıdır. Ayrıca tanı ve tedavi sürecini takip etmek, hastanın hastalık veya hastalık sürecinin getirdiği güç durumla başa çıkmasına yardım etmek ve bu süreçten güçlenerek çıkmasına destek olmaktır. İkincil amacı ise; hemşirelerin ve diğer bakım verenlerin psikososyal tanılama ve bakım verme becerilerini geliştirmek, profesyonel gelişimlerine katkı vermektir (Kocaman, 2005; Yıldırım ve ark, 2019).

Genel hastanelerde istihdamı sağlanan KLP hemşirelerinin hizmetleri sonucu; Hasta, ailesi ve sağlık çalışanlarının memnuniyeti artar, konsültasyon işlemlerinde nitelik ve nicelik artar, bakım veren hemşirelerin becerileri gelişir, hemşirelerin sistemle birlikte artan emosyonel gerginliği azalır, hasta bakım standartları sonuçları iyileşir ve maliyet etkinliği sağlanır (Kocaman, 2006).

Ancak, liyezon psikiyatrisinin yeterince tanınmaması, niceliksel ve niteliksel olarak insan kaynağındaki sınırlılıklar mevcut hizmeti engelleyen, ilk akla gelen faktörlerdir. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğinin kamu ve özel kurumlarda yaygınlaşabilmesi, bunun için de bu alanda görev yapabilecek nitelikte, eğitime ve deneyime sahip psikiyatri hemşirelerinin yetiştirilmesi günümüzde üzerinde durulması gereken bir konudur (Botti ve ark., 2006).

Ülkemizde sağlık politikaları ve yasal düzenlemeler içerisinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresinden beklenen yetkinliklerin tanımlanması önemli bir gelişmedir. 19.04.2011 Resmi Gazete Tarihli, 27910 Sayılı “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”te görev, rol ve sorumlulukların belirlenmiş olması, konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliğine kurumsal bir kimlik kazandırmıştır. Yönetmelikte KLP hemşiresinin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda verilmiştir.

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Fiziksel yakınması ya da hastalığı olan bireyin fiziksel durumu ile ruhsal durumu arasındaki etkileşimi gözlemler,
2. Fiziksel hastalığı olan bireyin ve ailesinin hastalığa, tedaviye psikolojik uyumunu sağlamada, adaptif fonksiyonlarını geliştirmelerinde, yeniden kazanmalarında yardım eder,
3. Bireyin mevcut hastalığı ve hastalığın yol açtığı yaşam sorunlarıyla baş edebilecek güce gelmesine, başa çıkma yöntemleri geliştirmesine yardımcı olur,
4. Hastanın hastalık yaşantısından sağlığını sürdürmesine yarayacak anlam çıkarmasına yardımcı olur,
5. Özel eğitim alarak psikoterapi uygulamalarında görev alır,
6. Bakımın tıbbi ve psikiyatrik boyutunu entegre eder, bakımın etkinliğini değerlendirir,
7. Bakımın etkinliğini azaltan, sistemin işlemesine engel olan nedenleri ortaya çıkarmak, ortadan kaldırmak ya da değiştirmek için çaba gösterir,

8. Genel hastanedeki tedavi ekibi ile işbirliği içinde hasta/hasta ailesine yönelik eğitim ihtiyacını saptar, psikolojik eğitimi planlar, hastanın aktif katılımını teşvik eder, eğitimi uygular ve değerlendirir,
9. Hasta ve ailelerine ruh sağlığını, problemlerle baş etme yollarını geliştirmeleri için yardım eder ve eğitim verir,
10. Hastaların gereksinimlerine uygun eğitim materyali hazırlar, gelişmelere göre yeniden gözden geçirir,
11. Hastaların rehabilitasyonuna yardım eder,
12. Hasta ile hemşire arasında iletişim problemlerinin ve çatışmalarının çözümlenmesinde yardımcı olur, etkin kişiler arası iletişimi ve terapötik ilişkiyi kolaylaştırıcı faaliyetler planlar,
13. Genel hastanede çalışan hemşirelerin yaşadığı iş stresi-problemi hakkında duygularını ifade etmesine ve problemlerini çözmelerine yardımcı olur, sağlık elemanlarına destek olur, destek grupları oluşturur ve sürdürür,
14. Hemşirelerin mesleki benliği, kişisel benlik saygılarını, girişimciliğini artırmak için gerekli terapötik grup çalışmalarını planlar,
15. Değişim, çatışma çözümü ve diğer personelle ilgili konularda yönetsel danışmanlık hizmeti verir,
16. Genel hastanede çalışan hemşirelerin eğitime katılımı, gelişmeleri uygulamaya aktarmaları ve araştırma yapmaları için destekler, teşvik eder, danışmanlık yapar,
17. Hastaların yaşam kalitelerini yükseltecek uygulamalar konusunda dünya literatürünü takip eder ve gelişmelerin kuruma uyarlanması ile ilgili düzenlemeleri önerir, uygular ve denetler,
18. Mesleki gelişmeleri takip eder, sürekli eğitimi felsefe edinerek kurum içi ve kurum dışı bilimsel toplantılara, kongrelere, hizmet içi eğitimlere katılarak sürekli eğitim yoluyla mesleki gelişiminin devamlılığını sağlar.

Kocaman Yıldırım ve ark.'nın (2012) yaptığı konsültasyon liyezon psikiyatrisinde psikososyal bakım hizmetinin ülkemizdeki mevcut durumu konulu araştırmanın sonuçlarına göre, ülkemizde sadece biri devlet hastanesi olmak üzere sekiz

hastanede konsültasyon liyezon psikiyatrisi hizmeti verildiği ve altısında en az bir hemşirenin görev aldığı tespit edilmiştir. Rollerile ilgili; dört ünite de çalışan hemşirelerin genel hastanede konsültasyon takibinde, liyezon hizmetinde, hasta, aile ve çalışanlara yönelik eğitim, ayrıca araştırma faaliyetlerinde bulundukları saptanmıştır. Beş ünite de, ayaktan hasta takibinde bireysel/grup terapileri ile psikososyal bakım hizmetinin verildiği, iki ünite de yataklı serviste görev aldıkları, idari olarak da yönetime danışmanlık, çeşitli komitelerde rollerinin olduğu belirlenmiştir. Türkiye genelinde konsültasyon liyezon psikiyatrisi hizmetinin yaygınlaşmadığı ve var olan bölümlerde görev yapan hemşirelerin faaliyetlerinin de değişkenlik gösterdiği anlaşılmıştır.

Aslan'nın (2021) Yoğun bakım hemşirelerine yönelik yaptığı konsültasyon ve liyezon psikiyatri hemşireliğine olan gereksinimin belirlenmesi konulu çalışmasında KLPH' ne olan gereksinimin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Aktaş'ın (2016) yaptığı araştırmada hemşirelerin %66,7'sinin psikolojik bakımı hemşirenin vermesi gerektiğini, %53,3'ü KLP hemşiresinin ve %13'ü ise uzman psikiyatri hemşiresinin vermesi gerektiğini düşündüklerini saptamıştır. Diğer birçok araştırmada da aynı sonuçlara rastlanılmıştır (Wood ve Wand, 2015; Yıldırım ve ark., 2019). Fiziksel hastalığı ve psikolojik durumu arasında köprü vazifesi gören, bireylerin psikososyal bakımını üstlenen konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşirelerin psikososyal psikososyal bakımdaki boşluğu doldurmada önemli bir ihtiyaçtır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliklerinin öz değerlendirmeleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu çalışma, İstanbul Anadolu yakasında bir dal hastanesi olan eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler ile yapıldı. Bu çalışmanın verileri Mart 2021-Haziran 2021 tarihleri içerisinde toplandı. Çalışmanın yapıldığı hastane 465 yatak kapasitesine sahiptir dal hastanesi olarak hizmet vermektedir. Hastanede yedi adet Kardiyoloji Kliniği, beş adet Kalp Damar Cerrahi Kliniği, bir adet Çocuk Kalp Hastalıkları, bir adet Gastroenteroloji Cerrahi, iki Organ Nakli kliniği bulunmaktadır. 12 adet ameliyathane 8 anjiyografi kateterizasyon laboratuvarı mevcut olup kalp damar cerrahisi, kardiyoloji, göğüs hastalıkları ve genel cerrahi hastalıkları tanı ve tedavisinde sayılı merkezlerden biridir. Kardiyoloji kliniklerinde 171, Kalp ve Damar Cerrahi kliniklerinde ise 94 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Hastanede hemşire kadrosunda 364 hemşire bulunmaktadır. Bu hemşirelerden 44'ü kardiyoloji kliniklerinde, 68'i kardiyoloji yoğun bakım ünitesinde, 45'i cerrahi kliniklerinde, 73'ü cerrahi yoğun bakım ünitesinde, 20'si ameliyathanede, 21'i anjiyografi kateterizasyon laboratuvarında, 28'i tanı laboratuvarlarında, 20'i özel dal hemşireliğinde, 17'si acilde, 7'si çocuk kalp cerrahi kliniğinde, 21'i pediatri yoğun bakım ünitesinde çalışmaktadır.

Hastanede Psikososyal Destek Birimi bulunmakta Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi olarak multidisipliner çalışma yürütmektedirler. Birimde Psikiyatri Hemşiresi (Konsültasyon Liyezon psikiyatri Hemşiresi) görev almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın yapıldığı tarihlerde toplam 364 hemşire görev yapmakta idi. Önce evrenin tamamına ulaşılmaya çalışıldı fakat çalışmanın yapıldığı tarihlerde 38 hemşire izinli/raporlu olduğundan, 109 hemşire çalışmaya katılmaya gönüllü olmadığından güç analizi hesaplayıcı ile ana kütle 364 olarak alındığında, yanıt dağılımı %50, hata payı 0.05 ve güven aralığı % 95 olarak alındığında minimum 188 kişi çalışmaya katıldığında

çalışma için yeterli olacağı öngörüldü. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uygun 217 hemşire ile çalışma tamamlandı.

3.4. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

3.4.1. Dahil edilme kriterleri

Araştırmaya dahil olmayı kabul eden yatan hasta servislerinde, yoğun bakım ünitelerinde, acil serviste, tıbbi tanı laboratuvarlarında ve özel dallarda çalışan hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir.

3.4.2. Dışlanma kriterleri

Anjiyografi kataterizasyonu laboratuvarında ve ameliyathanede çalışan hemşireler çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu birimlerde çalışan hemşirelerin hasta ile teması kısıtlı olduğu için bu birimlerde çalışan hemşireler kriterlere uygun olmadığı düşünüülerek çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

3.5. Veri toplama araçları

Veriler, Hemşire Kişisel Bilgi Formu (Ek-1) ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği (Ek-2) ile elde edilmiştir.

3.5.1. Hemşire kişisel bilgi formu

Hemşire Kişisel Bilgi Formu araştırmacının literatür bilgisine dayanarak hazırlanmış olduğu bir formdur (Kocaman ve ark., 2006; Alaca, 2008; Paul, 2012; Pehlivan, 2013; Uysal, 2015; Karataş ve Kelleci, 2019). Hazırlanan formda hemşirelerin bireysel, çalışma ve psikososyal bakım özelliklerini içeren 22 maddeden oluşmaktadır.

Bireysel özellikleri: Sorular 4 maddeden oluşmaktadır. Yaş, cinsiyet, medeni hal, mesleki öğrenim durumu gibi değişkenleri içermektedir.

Çalışma özellikleri: Sorular 9 maddeden oluşmaktadır. Çalışılan birim, meslekte çalışma süresi, kurumda çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, kurumdaki statü, çalıştığı birimi kendi isteği ile seçme durumu, birimde çalışma memnuniyeti ve çalışma koşulları gibi değişkenleri içermektedir.

Psikososyal bakım verme ile ilgili özellikleri: Sorular 9 maddeden oluşmaktadır. Psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma durumu, psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma ihtiyacı, hastaları psikososyal açıdan değerlendirme gerekliliğini

düşünme, hastaları psikososyal açıdan değerlendirme durumu, psikososyal bakımı vermeyi engelleyen faktörler, hastaları psikososyal açıdan değerlendirme sıklığı, hastalarda en sık karşılaşılan psikososyal sorunlar, psikososyal bakım verirken zorlanıldığında hangi disipline başvurduğu gibi değişkenleri içermektedir (Ek-1).

3.5.2. Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Karataş ve Kelleci (2019) tarafından geliştirmiştir. Hemşirelerin psikososyal bakıma yönelik öz değerlendirme yapmaları amaçlı oluşturulmuş bir ölçektir. 44 ifadelik taslak ölçek ile toplanan verilerin analizi sonucunda 18 ifadelik ve 4 alt boyuttan oluşturulmuştur.

Semptom Tanılama: Hemşirelerin; hastadaki anksiyete, depresyon, güçsüzlük, öfke/kızgınlık ve umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilmesidir.

Bilgiyi Kullanma: Hemşirelerin; hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendirmesi, hasta ve ailesini bakıma dahil etmesi, hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilmesi, hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilmesi ve hastanın umudunu destekleyebilecek gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olması durumlarını içerir.

Müdahale: Hemşirelerin; klinikte hastayla ilgili karşılaştığı her sorun için bir çözüm yolu üretebilmesi, hastaların sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görebilmesi, hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendisini yetkin bulmasını ve krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, gibi) yetkin olması durumlarını içerir.

Tanılama: Hemşirelerin; hastanın psikososyal sorunlarını belirleyebilmesi, hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendini yeterli bulması, hastaların manevi ihtiyaçlarını belirleyebilmesi ve hastaların umut kaynaklarını belirlemede yetkin olması durumlarını içerir.

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği' nin Maddeleri ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları ve bu çalışmada hesaplanan Cronbach Alfa Güvenirlik katsayıları Tablo 1' de verilmiştir.

Tablo 1: Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği' nin maddeleri, alt boyutları ve cronbach alfa güvenirlik katsayıları karşılaştırması

Ölçek ve Alt Boyutları	Maddeler	Min-Max	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları	
			Karataş 2019	Bu Çalışmada
Semptom tanılama alt boyut	3, 4, 5, 6, 7	5- 25	0.93	0.93
Bilgiyi kullanma alt boyut	10, 11, 12, 13, 14	5- 25	0.85	0.84
Müdahale alt boyut	15, 16, 17, 18	4- 20	0.83	0.89
Tanılama alt boyut	1, 2, 8, 9	5- 20	0.80	0.84
Ölçek Toplam Puanları	18 Madde	18-90	0.93	0.94

Ölçek 5'li likert tipi özellikte hazırlanmış olup 'Beni hiç tanımlamıyor', 'Beni biraz tanımlıyor', 'Kararsızım', 'Beni iyi tanımlıyor', 'Beni çok iyi tanımlıyor' şeklinde değerlendirilip sırasıyla 1, 2, 3, 4, 5 şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan 90, en düşük puan ise 18'dir. Ölçek puanı düştükçe genel hastanelerde çalışan hemşirenin psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmesinin kötü olduğunu göstermektedir.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri hemşirelerle yüz yüze görüşülüp çalışmanın amacı açıklanmış ve formlar ayrıntılı bilgi için bilgilendirilmiş onam formu ile birlikte verilmiştir. Hemşirelerle çalışma saatleri içerisinde dinlenme alanlarında görüşülüp formları doldurmaları istenmiştir. Formları uygulama boyunca hemşirelerin yanlarında durulup sormak istedikleri sorular cevaplanmıştır. Formları uygulaması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri SPSS 26 paket programıyla analiz edildi. Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine göre frekans ve yüzde dağılımları sunuldu. Hemşirelerin Psikososya bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin ortalama, standart sapma, minimum maksimum değerleri verildi. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile incelenmiş olup verilerin normal dağılıma uymadığı saptandı ($p<0,05$). Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri ile psikososyal bakım yetkinlikleri öz değerlendirmeleri karşılaştırıldı. İki kategoriye sahip verilerin nicel veriler ile karşılaştırılmasında Mann Whitney U, ikiden fazla kategoriye sahip değişkenlerin nicel veriler ile karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallies testi kullanıldı.

Kruskal Wallies testinde fark çıkması durumunda ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi kullanıldı. Verilerin güvenilirliği güvenilirlik katsayısı ile değerlendirildi. Veriler %5 hata payı ile test edildi.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik kurulundan etik kurul izni (Ek-4), çalışmanın yapılacağı T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi kurum izni (Ek-5) ve çalışmaya katılan hemşirelerden yazılı onam izni alınarak yapılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadan elde edilen veriler İstanbul ilindeki bir eğitim araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin görüşleri ile sınırlıdır.

4. BULGULAR

Bu çalışma, hemşirelerin psikososyal bakım yetkinlikleri öz değerlendirmeleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan ve çalışmayı kabul eden 217 hemşireyle gerçekleştirildi.

Çalışma kapsamında 217 hemşirenin bireysel özelliklerine göre dağılımı aşağıdaki Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 2: Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre dağılımı (n=217)

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri	n	%
Yaş	20-25 yaş	55
	26-30 yaş	104
	31 yaş ve üzeri	58
Cinsiyet	Kadın	176
	Erkek	41
Medeni durum	Bekar	117
	Evli	100
Öğrenim durumu	Lise- Ön lisans	25
	Lisans	174
	Yüksek lisans-Doktora	18

Çalışmaya katılan hemşirelerin bireysel özellikleri incelendiğinde %48’i 26-30 yaş aralığında, %81,1’i kadın, %53,9’u bekar olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin %80,2’sinin öğreniminin lisans düzeyinde olduğu bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma özelliklerine göre dağılımı Tablo 3’de yer almaktadır.

Tablo 3: Hemşirelerin çalışma özelliklerine göre dağılımı (n=217)

Hemşirelerin Çalışma Özellikleri		n	%
Çalışılan birim	Kalp Cerrahi Servisi	22	10,13
	Cerrahi Yoğun Bakım	73	33,64
	Tıbbi Tanı Laboratuvarları	18	8,34
	Pediyatri Cerrahi Servisi	7	3,22
	Pediyatri Yoğun Bakım	7	3,22
	Kardiyoloji Servisi	27	12,44
	Koroner Yoğun Bakım	33	15,20
	Özel Dal Hemşiresi	8	3,68
	Acil Servis Hemşiresi	22	10,13
Meslekte çalışma süresi	0-5 yıl	104	47,90
	6-9 yıl	62	28,60
	10 yıl ve üzeri	51	23,50
Kurumda çalışma süresi	0-5 yıl	133	61,30
	6-9 yıl	43	19,80
	10 yıl ve üzeri	41	18,90
Çalışma şekli	Sürekli Gündüz/Gece	42	19,40
	Gece/Gündüz	175	80,60
Haftalık çalışma saati	45 saat altı	16	7,40
	45 saat	38	17,50
	45 saat üstü	163	75,10
Kurumdaki statü	Servis Hemşiresi	82	37,8
	Yoğun Bakım Hemşiresi	111	51,2
	Sorumlu- Yönetici Hemşire	24	11,10
Çalışma koşulları	İyi	6	2,80
	Orta	96	44,20
	Kötü	115	53,00
Çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu	Evet	74	34,10
	Hayır	143	65,90
Birimde çalışma memnuniyeti	Evet	131	60,60
	Hayır	85	39,40

Hemşirelerin %33,6'sının cerrahi yoğun bakımda çalıştığı, %47,9'unun meslekte çalışma süresinin 0-5 yıl arasında olduğu, %61,3'ünün 0-5 yıl arasında kurumda çalıştığı, %80,6'sının gece/gündüz şeklinde çalışma düzeninin olduğu, %75,1'inin 45 saat ve üzerinde çalıştığı, %51,2'sinin kurumda yoğun bakım hemşiresi hemşiresi olarak çalıştığı bulunmuştur. Hemşirelerin %53'ünün çalışma koşullarının kötü olduğunu, %65,9'unun çalıştığı birimi kendi isteğiyle seçmediğini, %60,6'sının birimde çalışmaktan memnun olduğunu belirtmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin psikososyal bakım verme ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4: Hemşirelerin psikososyal bakım verme ile ilgili özelliklerine göre dağılımı (n=217)

Hemşirelerin Psikososyal Bakım Verme İle İlgili Özellikleri		n	%
Psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	91	42,10
	Hayır	125	57,90
Psikososyal bakım ile ilgili eğitim almaya ihtiyaç duyma durumu	*Evet	131	60,40
	Hayır	86	39,60
*Eğitim almaya ihtiyaç duyduğu konular (n:131)	Kronik hastalığı olan hastaya ve aileye yaklaşım	63	48,09
	Hastalığın psikolojik yönü	75	57,25
	Stres ve kriz yönetimi	97	74,05
	Hastayla etkili ve doğru iletişim	79	60,31
	Bütüncül (holistik) bakım	77	58,78
Hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünme durumu	Evet	182	83,90
	Hayır	35	16,10
Bakım verilen hastayı psikososyal açıdan değerlendirme durumu	*Evet	155	71,40
	Hayır	62	28,60
*Psikososyal bakım vermeyi engelleyen durumlar (n=155)	Hemşire sayısının yetersiz olması	128	82,58
	Birimde hasta sayısının fazla olması	114	73,55
	Psikososyal açıdan değerlendirmek için yeterli bilgiye sahip olmama	51	32,90
	İş yoğunluğu nedeni ile hastanın psikososyal gereksinimine vakit ayırma	131	84,52
	Psikososyal bakım yapılması gerektiğine inanmama	7	4,52
	Bu işin başka bir disiplin üyesinin işi olduğunu düşünme	21	13,55
	Diğer (Hasta ile geçirilen sürenin az olması, hasta mahremiyetinin sağlanamaması)	3	1,94
Hastanın psikososyal sorunlarını değerlendirme sıklığı durumu	Hasta Kabulünde	161	74,2
	Her Vardiya Değişiminde	56	25,8
*Hastalarda en sık karşılaşılan psikososyal sorunlar	Depresyon belirtileri	137	63,13
	Organik ruhsal sorunlar (deliryum, demans, vb.)	77	35,48
	Hastalığa ve hastaneye uyumsuzluk	116	53,46
	İletişim problemleri	177	81,57
	Anksiyete/Kaygı sorunları	167	76,96
	Diğer (Hasta ve hasta yakını psikolojisi, hepsi)	6	2,76
*Hastanın psikososyal bakımında zorlandığında başvurulacak disiplin	Psikolog	110	50,69
	Psikiyatri Uzmanı	141	64,98
	Sosyal Hizmet Uzmanı	31	14,29
	Psikiyatri Hemşiresi	35	16,13
	Diğer (Sorumlu asistan doktor ve/veya sorumlu hemşire)	54	24,88

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hemşirelerin %57,9'unun psikososyal bakım ilgili eğitim almadığı, %60,4'ünün eğitim almaya ihtiyaç duyduğu, eğitim almaya ihtiyaç duyanların %74,05'inin stres ve kriz yönetimiyle ilgili eğitim almak istediği belirlenmiştir. Hemşirelerin %71,4'ü bakım verdikleri hastayı psikososyal açıdan değerlendirdiklerini, bakım verdikleri hastayı

psikososyal açıdan değerdendirlemeyen hemşirelerin %84,52'sinin iş yoğunluğu nedeniyle değerdendiremediği belirlenmiştir. Hemşirelerin %74,2'si hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde değerdendirdiğini belirtirken, hemşireler hastalarda %81,57 oranında iletişim sorunları, %76,96 oranında anksiyete/kaygı sorunları gözlemlediklerini belirtmiştir. Hemşireler hastaların psikososyal bakımlarında zorlandıklarında %64,98'i hastaları psikiyatri uzmanına yönlendirdiğini, %83,9'u hastaların psikososyal açısından değerdendirilmesi gerektiğini belirtmiştir.

Hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerdendirme Ölçeği'nin (PBYÖDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 5' de yer almaktadır.

Tablo 5: Hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği öz değerdendirme ölçeği'nin (PBYÖDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamaları (n=217)

	X±SS	Minimum-Maximum	Ölçekten Alınabilecek Puan
Semptom Tanılama Alt Boyut	16,62±3,84	5- 25	5-25
Bilgiyi Kullanma Alt Boyut	16,93±3,58	5- 25	5-25
Müdahale Alt Boyut	11,63±3,17	4- 20	4-20
Tanılama Alt Boyut	12,79±2,65	5- 20	4-20
Ölçek Toplam Puan	57,97±11,29	22- 90	18-90

Çalışmaya katılan hemşirelerin PBYÖDÖ' nün semptom tanılama alt boyut puan ortalaması $\bar{x}$:16,62±3,84, bilgiyi kullanma alt boyut puan ortalaması $\bar{x}$:16,93±3,58, müdahale alt boyut puan ortalaması $\bar{x}$:11,63±3,17, tanılama alt boyut puan ortalaması $\bar{x}$:12,79±2,65 ve ölçek toplam puan ortalaması $\bar{x}$:57,97±11,29 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin PBYÖDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının bireylerin demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 6'de yer almaktadır.

Tablo 6: Hemşirelerin (PBYÖDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının bireysel özelliklerine göre dağılımı (n=217)

Hemşirelerin Bireysel Özellikleri			Semptom tanılama alt boyutu	Bilgiyi kullanma alt boyutu	Müdahale alt boyutu	Tanılama alt boyutu	Ölçek toplam puan
		n	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Yaş	20-25 yaş ^a	55	14,95±3,32	15,27±3,3	10,56±3	11,78±2,23	52,56±9,62
	26-30 yaş ^b	104	17,12±3,96	17,30±3,45	11,62±3,37	13,27±2,67	59,31±11,38
	31 yaş ve üzeri ^c	58	17,31±3,64	17,84±3,63	12,66±2,61	12,88±2,74	60,69±11,08
	Kwχ ²		14,618	15,663	12,520	11,720	19,319
	P		0,001	0,000	0,002	0,003	0,000
			a<b, c	a<b, c	a<b	a<b	a<b, c
Cinsiyet	Kadın	176	16,95±3,91	17,2±3,69	11,91±3,25	12,99±2,68	59,06±11,61
	Erkek	41	15,17±3,15	15,76±2,84	10,44±2,49	11,93±2,32	53,29±8,46
	Z		-3,228	-2,588	-2,763	-2,311	-3,154
	p		0,001	0,010	0,006	0,021	0,002
Medeni durum	Bekar	117	16,53±3,76	16,75±3,61	11,58±3,27	12,87±2,55	57,74±11,21
	Evli	100	16,72±3,94	17,14±3,56	11,69±3,05	12,69±2,76	58,24±11,44
	Z		-0,276	-0,482	-0,531	-0,781	-0,277
	p		0,783	0,630	0,595	0,435	0,782
Mesleki öğrenim durumu	Lise- Ön lisans ^a	25	15,68±4,13	16,20±3,35	11,84±3,24	12,00±2,5	55,72±10,73
	Lisans ^b	174	16,53±3,71	16,75±3,55	11,33±3,09	12,72±2,59	57,33±10,98
	Yüksek lisans- Doktora ^c	18	18,72±4,13	19,72±3,1	14,22±2,69	14,56±2,73	67,22±11,36
	Kwχ ²		8,195	17,488	14,250	9,465	13,897
	P		0,017	0,000	0,001	0,009	0,001
			c>a	c>a, b	c>b	c>a, b	c>a, b

Z: Mann Whitney U, Kwχ²: Kruskal Wallies

Çalışmada bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumlarına göre PBYÖDÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Buna göre; 20-25 yaşta ($\bar{x}$:52,56±9,62), erkek olanlar ($\bar{x}$:53,29±8,46), lise ve önlisans mezunu ($\bar{x}$:55,72±10,73) olan hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Medeni durumda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Alt gruplara bakıldığında; semptom tanılama alt boyutunda, 20-25 yaş grubundakilerin ($\bar{x}$:14,95±3,32), erkeklerin ($\bar{x}$:15,17±3,15) ve lise önlisans mezunlarının ($\bar{x}$:15,68±4,1) puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Medeni durumda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Bilgiyi kullanma alt boyutunda, 20-25 yaş grubundakilerin ($\bar{x}$:15,27 $\pm$ 3,3), erkeklerin ($\bar{x}$:15,76 $\pm$ 2,84) ve lise önlisans mezunlarının ($\bar{x}$:16,20 $\pm$ 3,35) puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Medeni durumda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Müdahale alt boyutunda, 20-25 yaş grubundakilerin ($\bar{x}$:10,56 $\pm$ 3), erkeklerin ($\bar{x}$:10,44 $\pm$ 2,49) ve lisans mezunlarının ($\bar{x}$:11,33 $\pm$ 3,09) puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Medeni durumda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tanılama alt boyutunda, 20-25 yaş grubundakilerin ($\bar{x}$:11,78 $\pm$ 2,23), erkeklerin ($\bar{x}$:11,93 $\pm$ 2,32) ve lise önlisans mezunlarının ($\bar{x}$:12,00 $\pm$ 2,5) puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Medeni durumda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma özelliklerine göre PBYÖDÖ'nün alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 7'de yer almaktadır.

Tablo 7: Hemşirelerin (PBYÖDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma özelliklerine göre dağılımı (n=217)

Hemşirelerin Çalışma Özellikleri			Semptom tanılama alt boyutu	Bilgiyi kullanma alt boyutu	Müdahale alt boyutu	Tanılama alt boyutu	Ölçek toplam puan
		n	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Çalışılan birim	Kalp Cerrahi Servisi ^a	22	16,36±4,03	16,91±4,28	11,86±3,09	12,77±2,81	57,91±12,35
	Cerrahi Yoğun Bakım ^b	73	15,67±3,32	15,7±2,98	10,41±2,84	12,7±2,44	54,48±9,5
	Tıbbi Tanı Laboratuvarları ^c	18	17±4,38	16,61±4,29	12,11±2,97	12,28±2,93	58±13,02
	Pediyatri Cerrahi Servisi ^d	7	18,14±4,63	19,43±4,20	13,00±1,63	12,71±2,06	63,29±10,81
	Kardiyoloji Servisi ^e	27	16,89±4,77	17,7±3,16	12,85±3,84	12,89±2,97	60,33±12,43
	Koroner Yoğun Bakım ^f	33	18,21±3,38	17,67±3,55	11,85±3,51	13,88±2,68	61,61±11,64
	Özel Dal Hemşiresi ^g	8	21,13±3,00	21,12±2,53	15,75±2,49	15,00±3,55	73,00±10,54
	Acil Servis Hemşiresi ^h	22	14,82±2,22	16,23±2,76	11,36±1,62	11,09±1,31	53,50±6,17
	Pediyatri Yoğun Bakım ⁱ	7	16,71±3,15	19,14±3,89	11,43±2,51	12,43±1,62	59,71±8,12
	Kwχ ²		30,084	32,720	31,335	22,670	32,725
	p		0,000	0,000	0,000	0,002	0,000
			h<f, g	g>b,h	b<e, g	h<f, g	h<g, b<f,g
Meslekte çalışma yılı	0-5 yıl ^a	104	16,17±3,87	16,23±3,33	11,21±3,32	12,71±2,57	56,33±10,86
	6-9 yıl ^b	62	16,55±3,96	17,47±3,70	11,55±3,21	12,81±2,73	58,37±11,72
	10 yıl ve üzeri ^c	51	17,61±3,5	17,71±3,74	12,59±2,6	12,92±2,74	60,82±11,22
	Kwχ ²		5,238	7,789	7,263	0,101	5,512
			0,073	0,020	0,026	0,951	0,064
				a<bc	a<c		
Kurumda çalışma yılı	0-5 yıl ^a	133	16,29±3,84	16,46±3,48	11,12±3,25	12,71±2,58	56,58±11,04
	6-9 yıl ^b	43	17,02±4,29	18,02±3,72	12,6±3,3	13,44±3,13	61,09±12,7
	10 yıl ve üzeri ^c	41	17,27±3,24	17,32±3,56	12,27±2,38	12,34±2,22	59,2±9,93
	Kwχ ²		4,144	9,977	10,187	3,874	6,509
			0,126	0,007	0,006	0,144	0,039
				a<b	a<b		a<b
Çalışma şekli	Sürekli						
	Gündüz/Gece	42	17,74±4,63	18,07±3,95	13,38±3,3	13,1±3,32	62,29±13,39
	Gece/Gündüz	175	16,35±3,58	16,66±3,45	11,21±3	12,71±2,46	56,93±10,51
	Z		-2,390	-2,690	-3,771	-0,478	-2,614
			0,017	0,007	0,000	0,633	0,009
Haftalık çalışma saati	45 saat altı ^a	16	17,63±4,81	18,19±3,97	13±3,52	13,31±3,68	62,12±14,14
	45 saat ^b	38	17,89±4,45	18,32±3,86	13,39±2,99	13,47±2,98	63,08±12,86
	45 saat üstü ^c	163	16,22±3,51	16,48±3,39	11,09±2,99	12,58±2,42	56,37±10,16
	Kwχ ²		9,694	12,091	19,040	2,682	11,762
			0,008	0,002	0,000	0,262	0,003
			c<b	c<b	c<b		c<b

Z: Mann Whitney U, Kwχ²: Kruskal Wallies

Tablo 7: Hemşirelerin (PBYÖDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının çalışma özelliklerine göre dağılımı (n=217) (Devam)

Çalışma koşulları	İyi	6	17±3,9	17,17±3,97	13,5±1,87	12,5±3,08	60,17±11,99
	Orta	96	16,92±3,82	17,19±3,4	11,88±3,15	13,14±2,62	59,11±11,22
	Kötü	115	16,35±3,86	16,7±3,73	11,33±3,2	12,51±2,64	56,9±11,31
	Kwχ^2		1,887	1,800	4,996	2,555	2,431
	p		0,389	0,407	0,082	0,279	0,297
Kurumdaki statü	Servis hemşiresi ^a	82	16,48±4,00	16,84±3,55	11,77±3,05	12,54±2,66	57,62±11,18
	Yoğun bakım hemşiresi ^b	111	16,18±3,58	16,41±3,52	10,97±3,02	12,66±2,47	56,22±10,48
	Sorumlu-Yönetici Hemşire ^c	24	19,12±3,6	19,67±2,79	14,21±2,96	14,25±3,03	67,25±11,28
	Kwχ^2		11,038	18,298	20,229	6,179	16,699
	p		0,004	0,000	0,000	0,046	0,00
			c>a,b	c>a,b	c>a,b	c>a	c>a,b
Çalıştığı birimi isteyerek seçme durumu	Evet	74	16,8±3,99	17,34±3,83	12,81±3,13	12,7±2,9	59,65±12,47
	Hayır	143	16,52±3,76	16,72±3,45	11,02±3,02	12,83±2,51	57,1±10,58
	Z		-0,271	-1,380	-3,937	-,830	-1,219
	p		0,787	0,168	0,000	0,407	0,223
Birimde çalışmaktan memnun olma durumu	Evet	74	16,8±3,99	17,34±3,83	12,81±3,13	12,7±2,9	59,65±12,47
	Hayır	85	16,26±3,89	16,16±3,45	11±3,12	12,65±2,63	56,07±11,06
	Z		-1,397	-2,831	-2,793	-0,539	-2,272
	p		0,163	0,005	0,005	0,590	0,023

Z: Mann Whitney U, Kw χ^2 : Kruskal Wallis

Çalışmada bireylerin çalışılan birim, kurumda çalışma yılı, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, kurumdaki statü, birimde çalışmaktan memnun olma durumuna göre PBYÖDÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Buna göre; özel dal hemşirelerinde ($\bar{x}$:73,00±10,54), pediatri cerrahi servisi ($\bar{x}$:63,29±10,81) ve koroner yoğun bakım ($\bar{x}$:61,61±11,64) hemşirelerinde en yüksek bulunurken acil hemşirelerinde en düşük ($\bar{x}$:53,50±6,17) puan ortalaması olduğu bulunmuştur. Ayrıca kurumda 0-5 yıldır çalışan ($\bar{x}$:56,58±11,04), gece/gündüz vardiya şeklinde çalışan ($\bar{x}$: 56,93±10,51), haftada 45 saat üstü çalışan ($\bar{x}$: 56,37±10,16), birimde çalışmaktan memnun olmayanların ($\bar{x}$:56,07±11,06) ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Kurumda sorumlu yönetici hemşire

olarak çalışanların ($\bar{x}$:67,25±11,28) ölçek puan ortalamaları diğer statüdeki hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Meslekte çalışma yılı, çalışma koşulları, birimi kendi isteği ile seçme durumunda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Alt gruplara bakıldığında; semptom tanılama alt boyutunda, acil serviste çalışan ($\bar{x}$:14,82±2,22), gece/gündüz vardiyasında çalışan ($\bar{x}$:16,35±3,58), 45 saat üstü çalışan ($\bar{x}$:16,22±3,51), Sorumlu yönetici hemşire ($\bar{x}$:19,12±3,6) statüsünde çalışan hemşirelerin ölçek semptom tanılama alt boyut puan ortalaması diğerlerinden yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, çalışma koşulları, birimi kendi isteği ile seçme ve birimde çalışmaktan memnun olma durumunda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Bilgiyi kullanma alt boyutunda, cerrahi yoğun bakımda çalışan ($\bar{x}$:15,7±2,98), meslekte 0-5 yıldır çalışan ($\bar{x}$:16,23±3,33), kurumda 0-5 yıldır çalışan ($\bar{x}$:16,46±3,48), gece/gündüz vardiyasında çalışan ($\bar{x}$:16,66±3,45) ve birimde çalışmaktan memnun olmayarak çalışan ($\bar{x}$:16,16±3,45) hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Bilgiyi kullanma alt boyutunda sorumlu-yönetici hemşire ($\bar{x}$:19,67±2,79) statüsünde çalışan hemşirelerin alt boyut puan ortalaması diğer statüde çalışanlardan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Çalışma koşulları, birimi kendi isteği ile seçme durumunda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Müdahale alt boyutunda, cerrahi yoğun bakımda çalışan ($\bar{x}$:10,41±2,84), meslekte 0-5 yıldır çalışan ($\bar{x}$:11,21±3,32), kurumda 0-5 yıldır çalışan ($\bar{x}$:11,12±3,25), gece/gündüz vardiyasında çalışan ($\bar{x}$:11,21±3), haftalık 45 saat üstü çalışan ($\bar{x}$:11,09±2,99) ve çalıştığı birimi kendi isteği ile seçmeyen ($\bar{x}$:11,02±3,02), birimde çalışmaktan memnun olmayarak çalışan ($\bar{x}$:11±3,12) hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Müdahale alt boyutunda sorumlu-yönetici hemşire statüsünde çalışan hemşirelerin puan ortalaması ($\bar{x}$:14,21±2,96) diğer statüde çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Çalışma koşulları durumunda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tanılama alt boyutunda, acil serviste çalışan ($\bar{x}$:11,09±1,31), hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Tanılama alt boyutunda sorumlu-yönetici hemşire statüsünde çalışan ($\bar{x}$:14,25±3,03) hemşirelerin

diğer statüde çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek bulundu($p<0,05$). Meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, çalışma koşulları, birimi kendi isteği ile seçme ve birimde çalışmaktan memnun olma durumunda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Çalışmaya katılan hemşirelerin psikososyal bakım verme ile ilgili özelliklerine göre PBYÖDÖ'nün alt boyut puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 8'de yer almaktadır.

Tablo 8: Hemşirelerin (PBYÖDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının psikososyal bakım verme ile ilgili özelliklerine göre dağılımı (n=217)

Hemşirelerin Psikososyal Bakım Verme İle İlgili Özellikleri			Semptom tanılama alt boyutu	Bilgiyi kullanma alt boyutu	Müdahale alt boyutu	Tanılama alt boyutu	Ölçek toplam puan
		n	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
Psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma durumu	Evet	91	17,81±3,25	17,96±3,26	11,8±3,19	13,82±2,39	61,4±10,26
	Hayır	125	15,78±4,01	16,21±3,65	11,54±3,16	12,06±2,57	55,58±11,39
	Z		-3,905	-3,596	-0,611	-5,105	-3,899
	p		0,000	0,000	0,541	0,000	0,000
Psikososyal bakım ile ilgili eğitim almaya ihtiyaç duyma durumu	Evet	131	17,07±3,24	17,47±3,1	11,39±2,92	13,21±2,24	59,13±9,28
	Hayır	86	15,93±4,53	16,12±4,1	12±3,5	12,15±3,07	56,2±13,67
	Z		-2,285	-2,429	-1,181	-3,098	-2,270
	p		0,022	0,015	0,238	0,002	0,023
Hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünme durumu	Evet	182	17,08±3,78	17,34±3,41	11,92±3,13	13,07±2,58	59,4±10,82
	Hayır	35	14,23±3,21	14,83±3,81	10,11±2,96	11,34±2,52	50,51±10,9
	Z		-4,396	-3,910	-3,325	-3,378	-4,642
	p		0,000	0,000	0,001	0,001	0,000
Hastayı psikososyal açıdan değerlendirme durumu	Evet	155	17,75±3,51	17,82±3,36	12,23±3,23	13,47±2,52	61,26±10,65
	Hayır	62	13,79±3,09	14,71±3,16	10,15±2,47	11,08±2,14	49,73±8,28
	Z		-7,127	-5,906	-4,427	-6,078	-7,141
	p		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Hastanın psikososyal sorunlarını değerlendirme sıklığı durumu	Hasta Kabulünde	133	16,13±3,86	16,61±3,51	11,48±3,19	12,47±2,65	56,69±11,24
	Her Vardiya Değişiminde	56	18,02±3,42	17,84±3,68	12,07±3,07	13,71±2,44	61,64±10,71
	Z		26,716	18,873	16,411	22,105	27,235
	p		0,001	0,019	0,240	0,001	0,001

Z: Mann Whitney U, $Kw\chi^2$: KruskalWallies

Çalışmada bireylerin psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma, eğitim almaya ihtiyaç duyma, hastaları psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünme, hastayı psikososyal açıdan değerlendirme ve hastanın psikososyal sorunlarını değerlendirme sıklığı durumlarına göre PBYÖDÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Buna göre; psikososyal bakım ile ilgili eğitim almayan ($\bar{x}$:55,58±11,39), eğitim almaya ihtiyaç duymayan ($\bar{x}$:56,2±13,67), hastaları psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünmeyen ($\bar{x}$:50,51±10,9), hastayı psikososyal açıdan değerlendirmeyen ($\bar{x}$:49,73±8,28) ve hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde/her gün değerlendiren ($\bar{x}$:56,69±11,24) hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Alt gruplara bakıldığında; semptom tanılama alt boyutunda, psikososyal bakım ile ilgili eğitim almayan ($\bar{x}$:15,78±4,01), eğitim almaya ihtiyaç duymayan ($\bar{x}$:15,93±4,53), hastaları psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünmeyen ($\bar{x}$:14,23±3,21), hastayı psikososyal açıdan değerlendirmeyen ($\bar{x}$:13,79±3,09) ve hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde/her gün değerlendiren ($\bar{x}$:16,13±3,86) hemşirelerin puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Bilgiyi kullanma alt boyutunda, psikososyal bakım ile ilgili eğitim almayan ($\bar{x}$:16,21±3,65), eğitim almaya ihtiyaç duymayan ($\bar{x}$:16,12±4,1), hastaları psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünmeyen ($\bar{x}$:14,83±3,81), hastayı psikososyal açıdan değerlendirmeyen ($\bar{x}$:14,71±3,16) ve hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde/her gün değerlendiren ($\bar{x}$:16,61±3,51) hemşirelerin puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$).

Müdahale alt boyutunda, hastaları psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünmeyen ($\bar{x}$:10,11±2,96), hastayı psikososyal açıdan değerlendirmeyen ($\bar{x}$:10,15±2,47) ve hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde/her gün değerlendiren ($\bar{x}$:11,48±3,19) hemşirelerin puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma, eğitim almaya ihtiyaç duyma ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).

Tanılama alt boyutunda, psikososyal bakım ile ilgili eğitim almayan ($\bar{x}$:12,06±2,57), eğitim almaya ihtiyaç duymayan ($\bar{x}$:12,15±3,07), hastaları psikososyal

açıdan değeriendirilmesi gerektiğini düşünmeyen ($\bar{x}$:11,34 $\pm$ 2,52), hastayı psikososyal açıdan değeriendirmeyen ($\bar{x}$:11,08 $\pm$ 2,14) gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde/her gün değeriendiren ($\bar{x}$:11,48 $\pm$ 3,19) puan ortalamalarının diğerilerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Hemşirelerde psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmeleri ile ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin Psikososyal Bakım Verme ile İlgili Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan hemşirelerin %48'i 26-30 yaş aralığında, %81,1'i kadın, %53,9'u bekar olduğu, %80,2'sinin öğreniminin lisans düzeyinde olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin çalıştığı birimlere bakıldığında, çoğunluğunun %48,80'inin yoğun bakım ünitelerinde, %47,9'unun meslekte 0-5 yıldır, %61,3'ünün ise kurumda 0-5 yıldır çalıştığı, %80,6'sının gece/gündüz vardiya şeklinde ve %75,1'inin 45 saat ve üzerinde çalıştığı görülmüştür. Hemşirelerin %53'ünün çalışma koşullarının kötü olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %88,9'unun kurumda servis hemşiresi-yoğun bakım statüsünde çalıştığı, %65,9'unun çalıştığı birimi kendi isteğiyle seçmediği, %60,6'sının birimde çalışmaktan memnun olduğunu ifade etmiştir. Bu bulgular ile meslekte yeni ve deneyimsiz olarak başlayan hemşirelerin yoğun bakım ünitelerinde istihdam edildikleri, çalışma koşulları zor olsa da birimlerinde çalışmaktan memnun oldukları ön plana çıkmaktadır.

Hemşirelerin %57,9'unun psikososyal bakım ile ilgili eğitim almadığı, %60,4'ünün eğitim almaya ihtiyaç duyduğu, eğitim almaya ihtiyaç duyanların %74,05'inin stres ve kriz yönetimiyle ilgili eğitim almak istediği belirlenmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu genç ve lisans mezunudur. Lisans eğitim programlarında insanı biyopsikosozal bütünlük içinde ele alma, bu doğrultuda bakımın da biyopsikosozal boyutları ile verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Hemşirelerin çoğunluğunun genç grup olduğu da düşünüldüğünde psikososyal bakım kavramı ve becerileri ile ilgili bilgi ve farkındalığının düşük olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin %71,4'ü bakım verdikleri hastayı psikososyal açıdan değerlendirdiğini, %61,3'ü hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde değerlendirdiğini ve %83,9'u hastaların psikososyal açısından değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Çalışma yapılan kurumda ve genel hastanelerde bakım planları ve karar destek sistemleri fizyolojik tanılama ağırlıklı olsa da hemşireler psikososyal

değerlendirmelerini kendi isteği ile yapabilirken takibini yaptığı hastayı sadece hasta kabülünde değerlendirebildiğini ve bunu düzenli aralıklarla yapamadığı görülmektedir. Bu bulgu ile hemşirelerin psikososyal değerlendirme yapmalarını kolaylaştırıcı tanılama ve müdahale rehberlerine olan ihtiyaçları olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

Bakım verdikleri hastayı psikososyal açıdan değerlendiremeyen hemşirelerin %84,52'sinin iş yoğunluğu nedeniyle değerlendiremediğini belirtmiştir. Hemşirelerin psikososyal bakım verme ile ilgili yaşadıkları engellerin var olduğu ve bu engellerin sistem kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Aksoy ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada da %83,7'sinin hemşire sayısının az olması ve %80,4'ünün iş yoğunluğu nedeni ile psikososyal bakıma zaman ayıramama nedenlerin engel olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Literatür incelendiğinde ise psikososyal bakıma engel faktörlerin daha çok psikososyal bakım ile ilgili sürekli eğitimlerin ve eğitici modellerinin olmaması, hasta mahremiyeti yetersizliği, zaman yetersizliği, hemşirelerin duygusal yetersizliği, klinik göstergelerle ilgili belirsizlikler, tarama araçları kullanımı ile ilgili deneyimsizlik, iletişimsizlik faktörlerinde olduğu tespit edilmiştir (Frost ve ark., 1997; Chen ve ark., 2017).

Çalışmamızda hemşireler hastalarda %81,57 oranında iletişim sorunları, %76,96 oranında anksiyete/kaygı sorunları gözlemlediklerini belirtmiştir. Hemşireler hastaların psikososyal bakımlarında zorlandıklarında %64,98'i hastaları psikiyatri uzmanına yönlendirdiğini belirtmiştir. Pehlivan'ın (2013) hemşirelerin onkoloji hastalarının psikolojik gereksinimlerini tanılama becerilerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, hemşirelerin hastalarda gördüğü psikiyatrik problemler sırasıyla; anksiyete belirtiler (%96,2), depresif belirtiler (%91,1), uyum bozukluğu (%80,3), organik ruhsal sorunlar (%42,7), cinsel fonksiyon bozukluğu belirtileri (%25,5) olarak ifade edilmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hastaların en fazla depresyon, duygudurum bozuklukları, spiritüel distres ve iletişim bozuklukları gibi psikososyal sorunlar yaşadıkları bulunmuştur. (Yıldız ve ark, 2002; Martensson ve ark., 2010; Carlson ve ark., 2012; Özsoy, 2018). Bu sonuçlara göre; genel hastanede yatışı yapılan hastalarda, iletişim sorunlarının ve anksiyete/kaygının artması gerek hastalığın seyri, gerekse tedaviye uyumuna etkisi olduğundan bu süreçte tüm tedavi ekibi tarafından temel iletişim ve tanılama becerileri ile rutin-önleyici psikolojik bakım verebilmelidir. Bozuk ve uyumsuz tepkiler ise, genellikle psikiyatrik tedavi ve değerlendirme gerektirir.

5.2. Psikososyal Bakım Yetkinlikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan hemşirelerin PBYÖDÖ'nün toplam puan ortalaması $\bar{x}:57,97\pm11,29$ olarak bulunmuş olup hemşirelerin ölçekten aldıkları toplam puanın ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir. Karataş'ın (2019) aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği puan ortalaması $\bar{x}:72,06\pm9,36$ olarak çalışma grubundan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 5). Sancak'ın (2021) çalışmasında hemşirelerin ölçekten aldıkları toplam puanın ($\bar{x}:61,43\pm13,28$) ortalamasının üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu hemşirelerin çalışmalarında psikososyal bakım verme yönünden gelişme olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin PBYÖDÖ'nün alt puan ortalamalarına bakıldığında; 'Hastadaki anksiyete, depresyon, güçsüzlük, umutsuzluk, öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.' ifadelerini içeren **Semptom Tanılama** alt boyutunda hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları puan $\bar{x}:16,62\pm3,84$ olarak saptanmıştır. Karataş'ın (2019) çalışmasında Semptom Tanılama alt boyutunda hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları puan $\bar{x}:20,67\pm3,05$ ve Sancak'ın (2021) çalışmasında $\bar{x}:17,85\pm4,36$ olarak tespit edilmiştir.

'Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilirim; hasta ve ailesini bakıma dahil ederim; hastanın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim; hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilirim; hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm' ifadelerini içeren **Bilgiyi Kullanma** alt boyutunda hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları puan $\bar{x}:6,93\pm3,58$ olarak saptanmıştır. Karataş ve Kelleci'nin (2019) çalışmasında çıkan sonuç $\bar{x}:20,79\pm3,03$ ve Sancak'ın (2021) çalışmasında da $\bar{x}:17,90\pm4,04$ tespit edilmiştir.

'Krize müdahalede yetkinim; klinikte hastayla ilgili karşılaştığım her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim; hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim; hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum' ifadelerini içeren **Müdahale** alt boyutunda hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları puan $\bar{x}:11,63\pm3,17$ olarak saptanmıştır. Karataş ve Kelleci'nin (2019) çalışmasında ise çıkan sonuç $\bar{x}:15,08\pm2,75$ ve Sancak'ın (2021) çalışmasında $\bar{x}:12,69\pm3,24$ olarak tespit edilmiştir. Karataş ve Kelleci (2019) ve Sancak'ın (2021) çalışmalarda müdahale alt boyut puanları ortanın üzerinde olup bizim çalışmamızda ise

düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamız hemşirelerinin özellikle acilde çalışan hemşirelerinin krize müdahalede yetkin olmamaları dikkat çekici olup öncelikli olarak krize müdahale konusunda eğitim gereksinimlerinin olduğu görülmektedir.

‘Hastanın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim; hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim; hastanın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim; hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum’ İfadelerini içeren **Tanılama** alt boyutunda hemşirelerin PBYÖDÖ’den aldıkları puan $\bar{x}$:12,79±2,65 olarak saptanmıştır. Karataş ve Kelleci’nin (2019) çalışmasında çıkan sonuç $\bar{x}$:15,53±2,49, Sancak’ın (2021) çalışmasında da $\bar{x}$:12,98±3,21 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamız ile diğer çalışmalar arasında benzerlik görülmektedir.

Hemşirelerin psikososyal bakıma ilişkin yetkinlik öz değerlendirmelerinin orta düzeyin üzerinde olduğu ve alt boyutlarda ise; semptom tanılama ve bilgiyi kullanma alt boyut puan ortalamalarının, müdahale ve tanılama alt boyut puan ortalamalarından yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmamız ile Karataş ve Kelleci’nin (2019) ve Sancak’ın (2021) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

5.3. Hemşirelerin PBYÖDÖ Puanları ile Bireysel, Çalışma ve Psikososyal Bakım Verme ile İlgili Özelliklerin Karşılaştırılması ile İlgili Bulgularının Tartışılması;

Bireysel özelliklerden genç olanların ve lise-önlisans düzeyinde olan hemşirelerin PBYÖDÖ toplam ve alt boyut puanları diğer gruplara göre düşük bulunmuştur. Psikososyal bakım ile ilgili son yıllarda daha fazla üstünde durulsa da hemşirelerin mezun olduktan ve kurumda çalışmaya başladıktan sonra soyut kavramları bakıma yansıtımları somut olanlardan daha az olduğu görülmektedir. Psikososyal bakım ile ilgili verilecek eğitimlerin lise-önlisans düzeyinde ve genç olan hemşirelere verilmesi gerekmektedir. Yaş arttıkça semptom tanılama, bilgiyi kullanma, tanılama ve müdahalede kendilerini daha yetkin değerlendirdikleri saptanmıştır. Gunawan ve ark.’ın (2020) hemşirelerin klinik yeterlilikleri konulu 22 çalışmanın incelendiği, 28 faktörün oluşturduğu sistematik meta-analiz çalışmasında klinik yeterlilikleri ile bireysel faktörler, iş tatmini ve klinik bilgilerinin hemşirelik yeterlilik değişkenleri arasında anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin yaş ve deneyimleri arttıkça kendilerini psikososyal bakımda yetkin değerlendirdikleri anlaşılmaktadır. Hemşirelerde psikososyal bakım ve yetkinlik ile ilgili literatür incelendiğinde eğitim düzeyi

yükseldikçe psikososyal bakım verme ve yetkinlik düzeyi arttığı görülmüştür (Alaca, 2008; Toprak, 2018; Karataş ve Kelleci, 2019; Aslan, 2021). Kliniklerde lisans ve lisansüstü eğitim düzeyindeki hemşirelerin artması ile bakım yönetiminin hasta merkezli olmasını kolaylaştırmaktadır.

Hemşirelerin PBYÖDÖ toplam ve alt boyutlar ile cinsiyet değişkenine göre kadın olanların erkeklere göre düzeyde daha yüksek düzeyde olduğu bulundu. Kadın cinsi annelik duygusu ile daha hassas, sevecen, merhametli olma, bakma ve büyütme gibi özellikler yönünden hasta bakım davranışlarında erkeklere göre daha etkili olduğu belirtilmiştir (Topuz ve Erkanlı,2016; Molla, 2019; Güven,2021). Kadın hemşirelerin erkeklere göre psikososyal bakımda kendilerini daha yetkin olarak değerlendirmeleri kadın cinsiyetine atfedilen rollere ilişkin olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalışılan birim değişkeni ile PBYÖDÖ alt boyutları ile karşılaştırılmasında; puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı. Yapılan ikili karşılaştırmalarda acil servisi hemşirelerin özel dal hemşiresi ölçek toplam puan ortalaması acil servis hemşiresi olarak çalışanlardan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$). Çalışma yapılan hastanede özel dal hemşireleri; enfeksiyon hemşiresi, kalite ve destek hemşiresi, eğitim kontrol hemşiresi, endoskopi ve bronskopi hemşiresi, diyaliz hemşiresi, diyabet hemşiresi, yara bakım hemşiresi, nütrisyon hemşiresi, hemovijilans hemşiresi, iş sağlığı hemşiresi, Nöroloji hemşiresi, kardiyak rehabilitasyon hemşiresi, transfer hemşiresi, araştırma geliştirme hemşiresi olarak çalışmaktadır. Bu birimlerde çalışan hemşirelerin çoğunluğunun yüksek lisansını tamamlamış olmaları sebebiyle ortalamanın yüksek çıktığı ön görülmektedir. Hemşirelikte uzmanlaşma, sertifikaya sahip olma, sorumlu hemşire ve yönetici hemşire olarak görev yapma, profesyonelleşmenin hemşirelik bakım kalitesi ve yetkinlik açısından öneminin arttığı çalışmalarda görülmektedir (Chang, 2011; Özçetin, 2013; Kim, 2015; Lakanmaa, 2015; Çalışkan, 2016; Toprak, 2018; Güven, 2021). Bu literatür örneklerinin bu çalışmada edinilen bulguları destekler niteliktedir. Biel ve ark.'nın (2014) yaptığı sistematik derleme çalışmasında özel dal sertifikasyonunun hasta sonuçları üzerinde olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve kurumda çalışma süresi değişkenleri ile PBYÖDÖ alt boyutları ile karşılaştırılmasında; ölçek alt boyut puan ortalamalarından bilgiyi kullanma ve müdahale alt boyutlarında anlamlı fark saptandı ($p=0,020$, $p=0,026$). Buna göre 6 yıl üzeri meslekte ve kurumda çalışan hemşirelerde bilgiyi kullanma ve müdahalede öz değerlendirmelerinde yetkin oldukları saptandı. Aslan'ın

(2021) çalışmasında meslekte çalışma yılı arttıkça hastaya psikososyal bakım verme yaklaşımına daha yatkın oldukları tespit edilmiştir. Hemşirelerin örgütsel bağlılık ve verimlilik tutumları incelenen araştırmada meslekteki deneyim süreleri arttıkça, hemşirelerin örgüt için daha çok uğraş vermiş olmaları, örgütsel bağlılık düzeylerinin de arttığı tespit edilmiştir (Loke, 2001; Dorgham,2012; Özgörü,2019). Hemşirelikte verimlilik kurumda çalışma yılı arttıkça mesleğe ve kuruma bağlılık olumlu etkilendiğinden psikososyal bakımda yetkinliğin artacağı düşünülmektedir.

Hemşirelerin haftalık çalışma saati ve çalışma şekli değişkeni ile PBYÖDÖ alt boyutları ile karşılaştırılmasında; haftalık çalışma saati 45 saat ve üstü olan hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması ve Semptom tanılama, Bilgiyi kullanma, Müdahale alt boyut puan ortalamaları 45 saat çalışan hemşirelerden anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,01$). Sürekli Gündüz/Gece çalışan hemşirelerin PBYÖDÖ puan ortalaması ve Semptom tanılama, Bilgiyi kullanma, Müdahale alt boyut puan ortalamaları Gece/Gündüz çalışan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Bu sonuç değerlendirildiğinde çalışma örnekleminin yoğun bakım hemşirelerinin yüzdeliğinin fazla olması ve yoğun bakım çalışma saat sürelerinin fazla olmasından kaynaklanabileceği söylenebilir. Çalışmamızda hemşirelerin %80,6'sının gece/gündüz şeklinde çalışma düzeninin olduğu, %75,1'inin 45 saat ve üzerinde çalıştığı bulundu. Uzun çalışma saatleri ve fazla mesailer ile gece/gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin hasta merkezli yerine iş merkezli bakım vermesine sebep olmaktadır.

Hemşirelerin kurumdaki statü değişkeni ile psikososyal bakım yetkinlik öz değerlendirme alt boyutları ile karşılaştırılmasında; Sorumlu-Yönetici Hemşire statüsünde çalışan hemşirelerin tüm alt boyut toplam puan ortalamaları Servis hemşiresi-Yoğun bakım hemşire statüsünde olanlardan anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Sorumlu ve yönetici hemşirelerin yetkinlik düzeylerini çalışan araştırmalarda da yüksek çıkan çalışmalar bulunmaktadır. Benzer sonuçlara rastlandığından çalışmamızın bulgularını desteklemektedir (Chang, 2011; Hwang, 2015; Kim, 2015). Sorumlu-yönetici statüsündeki hemşirelerin psikososyal bakımda yetkin oldukları görülmektedir. Sorumlu-yönetici hemşirelerin servis-yoğun bakım üniterinde çalışan hemşirelere model olma, bakımı denetleme, rutinleşmiş fiziksel bakım planları yerine bütüncül bakımı kapsayıcı bakım planları ve rehberlerin kullanımına olanak sağlaması önemlidir.

Hemşirelerin birimi kendi isteği ile seçme durumu ve birimde çalışmaktan memnun olma değişkeni ile PBYÖDÖ alt boyutları ile karşılaştırılmasında; çalıştığı birimi kendi istediği ile seçen hemşirelerin Müdahale alt boyut puan ortalaması çalıştığı birimi kendi seçmeyenlerden anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$). Birimde çalışmaktan memnun olan hemşirelerde PBYÖDÖ toplam puan ve Bilgiyi kullanma, Müdahale alt boyut toplam puan ortalaması memnun olmayanlardan anlamlı derecede yüksek olarak belirlendi ($p<0,01$). Pehlivan'ın (2013) Onkoloji Hemşirelerinin hastaların psikososyal tanılama becerilerini araştıran çalışmada benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Özçetin'in (2013) Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hastaların duysal gereksinimlerine yönelik yaklaşımları konulu çalışmasında çalıştıkları birimlerden memnun olmaları motivasyon ve iş doyumları üzerinde olumlu etkileri olduğu tespit edilmiştir. Çalıştıkları üniteden memnun olan hemşirelerin profesyonel tutumlarının ve hastalara olan yaklaşımlarının daha olumlu olduğu tespit edilmiştir. Yaşar'ın (2018) hemşirelerin istihdam şeklinin iş doyumları üzerine etkisi konusunda yapılan meta analiz çalışmasında iş doyumları ve istihdam şekilleri ile anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Diğer çalışmalarda da hemşirelerin mesleklerini severek icra etmeleri ve çalıştıkları birimlerinde çalışmaktan memnun olmaları Hemşirelerin kurumlarda istediği birimlere istihdam edilmeleri ve birimde çalışmaktan memnun çalışmaları iş doyumlarını artacağı ve bakım kalitesinin de bu artıştan olumlu yönde etkileneceği düşünülmektedir (Arcak, 2006; Yücel, 2011; Özçetin, 2013)

Hemşirelerin psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma durumu ve psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma ihtiyaç duyma değişkeni ile psikososyal bakım yetkinlik öz değerlendirme alt boyutları ile karşılaştırılmasında; hemşirelerin %57,9'unun psikososyal bakım ile ilgili eğitim almadığı, %60,4'ünün eğitim almaya ihtiyaç duyduğu bulunmuştur. Bakım ile ilgili eğitim alan hemşirelerin PBYÖDÖ toplam puan ve Semptom tanılama, Bilgiyi kullanma, Tanılama alt boyutları toplam puan ortalamaları psikososyal bakım ile ilgili eğitim almayan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,01$). Psikososyal bakım ile ilgili eğitim almaya ihtiyaç duyan hemşirelerin PBYÖDÖ toplam puan ve Semptom tanılama, Bilgiyi kullanma, Tanılama alt boyutları toplam puan ortalamaları psikososyal bakım ile ilgili eğitim almaya ihtiyaç duymayan hemşirelerden anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$). Müdahale alt boyutunda anlamlı bir farklılık bulunmadı. Aksoy ve ark.'nın (2015) yaptığı çalışmada

hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili görüşleri, bilgi düzeylerini inceleyen araştırmalarında ise çoğunluğun düşük düzeyde olduğu ve % 64,1'inin psikososyal bakımla ilgili eğitime ihtiyaç duyduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızla benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir. Aslan'ın (2021) Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikososyal bakım konusunda konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine olan gereksinimlerini belirlemesi adlı çalışmasında hemşirelerin %55'inin hastaların psikososyal bakımı konusunda eğitim aldıkları, eğitimi de öğrenim sırasında derslerden (%79,5) aldıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerin %9,1'inin psikososyal bakıma yönelik eğitimi hizmet içi eğitim programından aldıkları görülmektedir. Tüm bu literatüre dayanarak hemşirelerin yetkin olduğu ve yetkin olmak istediği konularda eğitim almaları ve eğitim almak istemeleri yetkinliklerini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Lakanmaa'nın (2015) yoğun bakımda çalışan hemşirelerin yetkinliklerinin incelediği çalışmada yoğun bakım eğitimi, sertifikası alma durumlarının yetkinlik düzeylerini artırdığı tespit edilmiştir. Bir çok literatürde hizmet için eğitimlerin ve oryantasyon programlarının hemşirelerin bakım kalitesini artırdığı tespit edilmiştir (Pehlivan, 1997; Göçmen, 2004; Çelen, 2007; Özpulat, 2010; Özçetin, 2013). Bu bağlamda hemşireleri kurumlarda hizmet içi eğitim programları ile psikososyal bakım konusunu kapsamlı bir eğitim içeriği ile hizmet için eğitim programlarına entegre etmek psikososyal bakım yetkinliğinde etkin olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşireler psikososyal bakımla ilgili eğitim almak istedikleri konular sırasıyla; stres ve kriz yönetimi (%74,05), hastayla etkili ve doğru iletişim bütüncül bakım (%58,78), hastalığın psikolojik yönü (%57,25), kronik hastalığı olan hastaya ve aileye yaklaşım (%48,09) konusunda eğitim alma ihtiyaçları olduğunu bildirmiştir. Çavuş' un (2006) çalışmasında hemşirelerin hizmet içi eğitim almak istedikleri konuların dağılımına bakıldığında; % 97,5'inin bölüme özgü bilgi-beceri, %80,4'ünün stresle başa çıkma, %50,6'sının kriz hakkında eğitim istedikleri tespit edilmiştir. Sancak'ın (2021) çalışmasında hemşirelerin %72,9'unun hastanın kriz durumunu değerlendirme konusunda eğitime ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir. Özellikle acil hemşirelerinin hastalarda karşılaştıkları kriz durumlarının etkin yönetilmesi ve müdahalesi önemlidir. Hemşirelerin stres ve kriz durumu ile ilgili eğitim gereksinimlerinin karşılanması ile psikososyal bakım konusunda yetkinliklerini arttıracığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin hastanın psikososyal sorunlarını ne ölçüde sorguladığı değişkeni ile PBYÖDÖ alt boyutları ile karşılaştırılmasında; Hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde sorgulayan hemşirelerin Müdahale alt boyut puan ortalaması hastanın psikososyal sorunlarını her gün sorgulayan hemşirelerden anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,01$). Çalışmamızda hemşirelerin %61,3'ü hastalarının psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde sorguladıklarını ifade etmişlerdir. Müdahale alt boyutunda yüksek anlamlılık bulunması hemşirelerin yetkinliklerini kullanabildiklerini göstermektedir. Pehlivan'ın (2013) çalışmasında hastaların psikososyal sorunlarını sorgulama aralıkları 'ihtiyacı olduğu zaman' (%29,3), 'hasta kabulünde' (%21,7), 'her vardiya değişiminde' (%24,2), 'her gün' (%24,8) cevaplarının oranları birbirine yakın tespit edilmiştir. Alaca'nın (2008) konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğine duyulan ihtiyacın belirlenmesi konulu çalışmasında hemşirelerin hastaya yardımı konusunda hastaların %69'u hemşirelerin kendilerini anlamadığını, iş merkezli çalıştıklarını, kendileri ile konuşmadıklarını ve dinlemediklerini ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada hemşirelerin %84,4'ü hastaların yaşadığı psikososyal sorunlar konusunda hastalara yardımcı olabildiklerini ifade ettikleri tespit edilmiştir. Hastaların ve hemşirelerin algıladıkları farklılıklar, bütüncül hasta bakımının sadece düşüncede var olup davranışa dökülemediğini göstermektedir. Hastaların yaşadığı duygu ve düşüncelerin hemşireler tarafından yeterince tanımlanamamakta olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda PBYÖDÖ toplam puan ve alt boyut toplam puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmayan 'Medeni durum', 'Çalışma koşulları şekli' değişkenleridir. Karataş'ın (2019) çalışmasında da aynı bulgular tespit edilmiştir. Hemşirelerin bakıma yönelik algılarının incelendiği araştırmalarda da aynı bulgular tespit edilmiştir (Aydın, 2013; Yürün, 2015; Gül, 2018).

Çalışmamızdan elde edilen dikkat çekici sonuç hemşirelerinin çoğunluğu lisans düzeyinde ve çoğunluğu psikososyal açıdan hastanın değerlendirilmesini gerektirdiğini, psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma ihtiyacı duyduğu, psikososyal açıdan hastasını değerlendirsede müdahalede kendilerini yetersiz buldukları sonucuna ulaşıldı.

6. SONUÇ

Genel kliniklerde çalışan çalışmayı kabul eden 217 hemşirenin psikososyal bakım yetkinliklerini ölçmek ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılan çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan hemşirelerin %47,9'u 26-30 yaş aralığında, %81,1'i kadın, %53,9'u bekar olduğu ve %80,2'sinin öğreniminin lisans düzeyinde olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin %33,6'sının cerrahi yoğun bakımda çalıştığı, %47,9'unun meslekte çalışma süresinin 0-5 yıl arasında olduğu, %61,3'ünün 0-5 yıl arasında kurumda çalıştığı, %80,6'sının gece/gündüz şeklinde çalışma düzeninin olduğu, %75,1'inin 45 saat ve üzerinde çalıştığı, %51,2'sinin kurumda yoğun bakım hemşiresi hemşiresi olarak çalıştığı bulunmuştur. Hemşirelerin %53'ünün çalışma koşullarının kötü olduğunu, %65,9'unun çalıştığı birimi kendi isteğiyle seçmediğini, %60,6'sının birimde çalışmaktan memnun olduğunu belirtmiştir.
- Hemşirelerin %57,9'unun psikososyal bakım ile ilgili eğitim almadığı, %60,4'ünün eğitim almaya ihtiyaç duyduğu, eğitim almaya ihtiyaç duyanların %74,05'inin stres ve kriz yönetimiyle ilgili eğitim almak istediği belirlenmiştir. Hemşirelerin %71,4'ü bakım verdikleri hastayı psikososyal açıdan değerlendirdiklerini, bakım verdikleri hastayı psikososyal açıdan değerlendiremeyen hemşirelerin %84,52'sinin iş yoğunluğu nedeniyle değerlendiremediği belirlenmiştir. Hemşirelerin %61,3'ü hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde değerlendirdiğini belirtirken, hemşireler hastalarda %26 oranında iletişim sorunları, %24,6 oranında anksiyete/kaygı sorunları gözlemlediklerini belirtmiştir. Hemşireler hastaların psikososyal bakımlarında zorlandıklarında %38'i hastaları psikiyatri uzmanına yönlendirdiğini, %83,9'u hastaların psikososyal açısından değerlendirilmesi gerektiğini belirtmiştir.
- Çalışmada hemşirelerin PBYÖDÖ ölçek toplam puan ortalaması ($\bar{x}$:57,97±11,29) olarak ortalamanın üzerinde bulunmuştur. En yüksek alt boyut puan ortalamaları 'Bilgiyi kullanma' ($\bar{x}$:16,93±3,58) ve 'Semptom Tanılama' ($\bar{x}$:16,62±3,84) iken en düşük alt boyut puan ortalamaları 'Müdahele' ($\bar{x}$:11,63±3,17) ve 'Tanılama' ($\bar{x}$:12,79±2,65) alt boyutları olarak saptanmıştır.

- 20-25 yaşta ($\bar{x}$:52,56±9,62), erkek olanlar ($\bar{x}$:53,29±8,46), lise ve önlisans mezunu ($\bar{x}$:55,72±10,73) olan hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$).
- Özel dal hemşirelerinde ($\bar{x}$:73,00±10,54), pediatri cerrahi servisi ($\bar{x}$:63,29±10,81) ve koroner yoğun bakım ($\bar{x}$:61,61±11,64) hemşirelerinde en yüksek bulunurken acil hemşirelerinde en düşük ($\bar{x}$:53,50±6,17) puan ortalaması olduğu bulunmuştur. Ayrıca kurumda 0-5 yıldır çalışan ($\bar{x}$:56,58±11,04), gece/gündüz vardiya şeklinde çalışan ($\bar{x}$: 56,93±10,51), haftada 45 saat üstü çalışan ($\bar{x}$: 56,37±10,16), birimde çalışmaktan memnun olmayanların ($\bar{x}$:56,07±11,06) ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Kurumda sorumlu yönetici hemşire olarak çalışanların ($\bar{x}$:67,25±11,28) ölçek puan ortalamaları diğer statüdeki hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$). Meslekte çalışma yılı, çalışma koşulları, birimi kendi isteği ile seçme durumunda ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı belirlendi ($p>0.05$).
- Psikososyal bakım ile ilgili eğitim almayan ($\bar{x}$:55,58±11,39), eğitim almaya ihtiyaç duymayan ($\bar{x}$:56,2±13,67), hastaları psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünmeyen ($\bar{x}$:50,51±10,9), hastayı psikososyal açıdan değerlendirmeyen ($\bar{x}$:49,73±8,28) ve hastanın psikososyal sorunlarını sadece hasta kabulünde değerlendiren ($\bar{x}$:54,89±10,25) hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi ($p<0.05$). Bununla birlikte müdahale alt grubunda psikososyal bakım ile ilgili eğitim alma, eğitim almaya ihtiyaç duyma yönünden ise gruplar arasındaki farkın önemli olmadığı saptandı ($p>0.05$).
- Medeni durum, çalışma koşullarının durumu, meslekte çalışma yılı, çalışma koşulları, birimi kendi isteği ile seçme durumunda gibi değişkenlerine göre PBYÖDÖ toplam puan ve alt boyutları toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

7. ÖNERİLER

Çalışmanın sonuçlarına dayanılarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Hemşirelerin psikosoyal bakım yetkinliklerini arttırmak için seminer, konferans, sertifikasyon programı gibi eğitim programları düzenlenmesi,
- Çalışmada acil servis hemşireleri, 0-5 yıldır çalışan ve lise-önlisans mezunu hemşirelerin psikosoyal bakım yetkinlikleri diğer gruplardan düşük bulunmuştur. Yapılacak eğitimlerde bu gruplara öncelik verilmesi,
- Hemşirelerin hastaların psikosoyal gereksinimlerini tanımlama ve müdahalede bulunma becerilerini geliştirmeye yardımcı tanımlama ve müdahale rehberlerinin geliştirilmesi,
- Bu çalışmada psikosoyal bakım ile ilgili hemşirelerin yetkinlik algıları incelenmiştir, yapılacak diğer çalışmalarda hastanelerde hemşirelerin yaptığı psikosoyal bakım uygulamalarının ve hasta sonuçlarının araştırılması,
- Genel hastanelerde Konsültasyon Liyezon Psikiyatri birimlerinin oluşturulması ve bu birimlerden destek alınması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Ahmad, M.M. & Alasad, J. A. (2004). Predictors of patients experiences of nursing care in medicalsurgical wards International Journal of Nursing Practice, 10, 235– 241.
- Aksoy, A., Kelleci, M., Yağmur, S. (2015). Sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi açısından önemli bir sorun: hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili görüşleri, bilgi düzeyleri ve bakımın önündeki engeller, Sağ. Perf. Kal. Derg, 10: 51-64.
- Aktaş, Y. (2016). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikolojik Bakım Gereksinimlerini Belirlemeye ve Uygulamaya Yönelik Görüşlerinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi.
- Aştı, N. Pektekin, Ç., Adana, F (2005).Cerrahi hemşirelik bakımının manevi boyutu. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi 13(54): 27-34
- Alaca, Ç., Yiğit R., Özcan, A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(2):69-74.
- Alaca, Ç. (2008). Konsültasyon Liyezon Hemşireliğine Duyulan Gereksinmenin İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi.
- Alligood, M. (2014). Nursing theorists and their work (8th ed.). St. Louis: Mosby Company.
- Aslan, Y. (2020). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Bakım Konusunda Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliğine Olan Gereksinimlerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi ,Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Arcak, R., Kasımoğlu, E. (2006).Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. Dicle Tıp Dergisi, 33(1), 23-30.
- Arslantaş H. ve ark.(2010). Yatan Hastalarda Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyi ve Bunları Etkileyen Faktörler. İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi. Cilt 18 - Sayı 2: 87-97/ISSN 1304-4869
- Ay, F.A. (2015). Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler.İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi.
- Aydın, H. (2013).Acil Serviste Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi.Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Barry PD (1996) Psychosocial Nursing Care of Physically Ill Patients Their Families. Third Ed., Lippincott Company, Philadelphia.
- Bahar, A. (2007). Kanser Hastalarına Psikososyal Yaklaşım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 10(1), 105-111.
- Bahreini, M., Shahamat, S., Hayatdavoudi, P., Mirzaei, M. (2011). Comparison of the clinical competence of nurses working in two university hospitals in Iran. Nurs Health Sci.13(3):282-8.
- Bayındır, K.S., Biçer, S. (2019). Holistik Hemşirelik Bakımı, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 4(1): 25-29.
- Biçer, G., Düztepe, Ş. (2003). Yetkinlikler ve Yetkinliklerin İşletmeler Açısından Önemi. Havacılık ve Uzak Teknolojileri Dergisi.1(2):13-20.
- Biel, M. et al. (2014). The relationship between nursing certification and patient outcomes: A review of the literature. American Board Of Nursing Specialties.
- Birol L. (2000). Hemşirelik Süreci. İzmir, Bozkaya Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.
- Booger, E. A., Damhuis, A. M., Van Alfen-van der Velden, J. A., Steeghs, M. C., Noordam, C., Verhaak, C. M., Vermaes, I. P. (2015).Assessment of psychosocial problems in children with type 1 diabetes and their families: the added value of using standardised questionnaires in addition to clinical estimations of nurses and paediatricians. J ClinNurs. Aug;24 (15-16):2143-51.

- Botti M, Endicott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. and Kenny, A. (2006). Barriers In Providing Psychosocial Care For Patients With Cancer. *Cancer Nursing*. 29(4):309-316.
- Bostancı, D. N., Buzlu S. (2018). *Kanser Hastalarında Anksiyete ve Depresyon Yönetimi*. Kocaman Yıldırım N. Editör. *Psikoonkoloji*. Ankara: Türkiye Kilinikleri, 21-8.
- Bozdoğan, Y. S., Öz, F., (2016). Hemşirenin Varlığı: Kuramsal bir bakış. *Psikiyatri hemşireliği dergisi* 7(2): 94-99.
- Bölükbaş, N. ve Türköz, Z.(2002), *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt 2, Sayı:2.
- Bridges, J. Nicholson, C. Maben, J. Pope, C., Flatley, M., Wilkinson, C., et al., (2013). Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurse's experiences of the nurse-patient relationships: A literature review, *Nursing Ethics*, 20(5) s:501-516.
- Carlson, L. E., Waller, A., & Mitchell, A. J. (2012). Screening for distress and unmet needs in patients with cancer: review and recommendations. *Journal of Clinical Oncology*, 30(11), 1160-1177.
- Çelen, Ö., Karaalp, T., Kaya, S., Demir, C., Teke, A., Akdeniz, A. (2007). Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Eğitim Hastanesi Yoğun Bakım Üniversitelerinde Görev Yapan Hemşirelerin uygulanan Hizmet İçi Eğitim Programlarından Beklentileri ve Bu Programlar ile İlgili Düşünceleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 49(1), 25-31.
- Chen, C. S. and etc. (2017). Nurse's Perceptions of Psychosocial Care and Barriers to Its Provision: A Qualitative Study, *The Journal of Nursing Research*.
- Çakırcalı, E. (2000), *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*. İzmir, Güven Nobel Tıp Kitapevleri; 1-5.
- Çalışkan, İ. (2016). *Kalp damar cerrahisi yoğun bakım ünitesi hemşirelerinin yetkinliklerinin belirlenmesi*. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi, doktora tezi.
- Çavuş, E. (2006) *Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Durumlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Demiralp, M., Tuncer, M. (2014). *Psikososyal Beceriler*. Gorman LM. Sultan DF. Çeviri Edit; Öz F. Demiralp M. Psikososyal Hemşirelik: Genel Hasta Bakımı İçin. Akademisyen Tıp Kitabevi. 3. Basım. Ankara, 15-32.
- Dinç, L. (2010). *Bakım kavramı ve ahlaki boyutu*. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi.
- Doran, D. (2010). *Nursing Outcomes*. Jones & Bartlett Learning.
- Dorgham, S.R. (2012). Relationship between organization work climate and staff nurses organizational commitment. *Nature Science Journal*. 10 (5): 80-91.
- Engel, G. L. (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals of The New York Academy of Sciences*, 310(1), 169-181
- Eskiyurt, R., Özkan, B. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin kanser hastalarına yönelik problem çözme eğitimi sonrası yaptıkları psikososyal müdahalelerinin incelenmesi. *JILSES*, 3(2) 316-22.
- Erdem, Y., Akdoğan, E. (1997), *Hemşirelerin Duygusal Yüz İfadelerini Anlayabilme Becerileri*. V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Ege Üniv. Basımevi, İzmir.
- Erdoğan, H. (2013). *Hastaların Ameliyat Öncesi Süreçte Hemşirelerden Beklentileri*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Ergül, Ş., Bayık, A. (2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 8(1): 38-45.
- Finfeld-Connert, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2): 196-204.
- Gardulf, A., Nilsson, J., Florin, J., Leksell, J., Lepp, M., Lindholm, C., Nordström, G., Theander, K., Wilde Larsson, B., Carlsson, M., Johansson, E. et al. (2016) The nurse Professional competence (npc) scale: self-reported competence among nursing students on the point of graduation. *Nurse Educ Today* 36:165-171.
- Gloria, M. Bulechek, Howard, K. Butcher, Joanne, M. Dochterman ve Cheryl M. Wagner. (2017). *Nursing Interventions*. Ed: Erdemir F., Kav S., Yılmaz A.A., *Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması*, altıncı baskı. 48-51.
- Gorman, L.M. Sultan, D.F. Çeviri Edit; Öz F. Demiralp M (2014). *Psikososyal Hemşirelik: Genel Hasta Bakımı İçin*. Akademisyen Tıp Kitabevi. 3. Basım. Ankara

- Göçmen, Z. (2004). Ameliyathane Hemşirelerinin Ameliyathane Hemşireliği Oryantasyon Programı İçeriğine İlişkin Görüşleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(1): 12-24.
- Gunawan, J., Aunguroch, Y., Fisher, M. L., Marzilli, C., & Liu, Y. (2020). Factors related to the clinical competence of registered nurses: Systematic review and meta-analysis. Journal of Nursing Scholarship, 52(6): 623-633
- Gül, Ş., (2019). Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi; 10(2): 129-134.
- Gül, Ş., Dinç, L. (2018). Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi, Hohemfad-Johufon . 5(3): 192-208.
- Gümüş, AB, Saka, Ş, Çam, O. (2009). Meme Kanseri Hastalarda Emosyonel Destek Odaklı Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisinin Değerlendirilmesi Meme Sağlığı Dergisi Cilt: 5 Sayı:2.
- Günüşen , P.N. (2019). Tedavi edici ilişki. Hemşirelikte İletişim. Akademi Yayınları. S: 80-96.
- Güven, B. (2021). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Yetkinlik Düzeylerinin Bakım Davranışları Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Samsun.
- Grant, D. (2004). Spiritual interventions: how, when and why nurses use them. Holistic Nursing Practice 18(1): 36-41.
- Hemşirelik Yönetmeliği. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19.04.2011 Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>. (Erişim Tarihi 20/12/2021).
- Herth, K.A., John, R.C. (2002). The concept of hope in nursing 3:hope and palliative care nursing. Br J Nurse; 11:977-983.
- Hwang, J.I. (2015). Development and testing of a patient-entred care competency scale for hospital nurses. International journal of nursing practice.
- İlhan, E.S., Öztaş, D. (2021). Hemşirelik Bakım Kavramı. Temel hemşirelik esaslar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul Tıp kitapçıları. s:226-238.
- İnan, Ş.F. (2021). Bakımın Psikososyal Boyutu. Kara K.M., Akın E. Temel hemşirelik esaslar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul Tıp kitapçıları, 2021, s.239-258.
- Jones, J.S., Fitzpatrick, V.L. & Rogers, J.J. (2012). Psychiatric-Mental Health Nursing: An Interposenal Approach, (P:18-26,54-56). Springer Publishing Company, LLC.
- Kalkım, A. (2021). Hemşirelikte Manevi Bakım. Kara K.M., Akın E. Temel hemşirelik esaslar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul Tıp kitapçıları, s.259-268.
- Kara, K.M., Akın, E. (2021). Temel hemşirelik esaslar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul Tıp kitapçıları.
- Karadağ, S., Taşçı, S. (2005). Kayseri Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14, 13-21.
- Karahan ve Kav. (2018). Hemşirelikte Mesleki Yetkinlik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi Nursing, 5(2), 160-168.
- Karataş, H. (2019). Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Geliştirilmesi Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
- Kelleci, M., Aydın, D., Sabancıoğulları, S., & Doğan, S. (2009). Hastanede yatan hastaların bazı tanı gruplarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri. Klinik Psikiyatri, 12, 90-8.
- Kim, K. K., et al. (2015). Professional quality of life and clinical competencies among Korean nurses. Asian Nursing Research.9(3).200- 206.
- Kocaman, N. (2008). Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 71(2): 52-58.
- Kocaman, Y.N., Özkan M., Özkan, S. (2012). Konsültasyon liyezon psikiyatrisinde psikososyal bakım hizmetinin ülkemizdeki mevcut durumu. 12.Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi, İstanbul.
- Kocaman, N. (2006). Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım, Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2(47):97.

- Kocaman, N. (2005). Genel hastane uygulamasında psikososyal bakım ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1).
- Kocaman, N. (2008). Hastaların psikososyal tepkilerini etkileyen faktörler, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 11(1):101-112.
- Kocaman Yıldırım, N. (2013), Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. DEUHYOED; 6(4):231-40
- Kocaman Yıldırım, N. (2014), Psikososyal Bakımda Onkoloji Hemşiresi. In: Can G, edr. Onkoloji Hemşireliğinde Kanıta Dayalı Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2014. p.1043
- Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tanıtımı:<https://kosuyolueah.saglik.gov.tr/TR,100443/tarihce.html> Erişim tarihi: 03.03.2020.
- Kozier, B., Erb, G., Blais, K., Wilkinson, J. (1994). Fundamentals of Nursing, Addison-Wesley. New York, 2nd ed.
- Kolcaba, K. (2003). Comfort Theory and Practice A vision for holistic healthcare and research, Springer Publishing Company, New York. 57.
- Kurşun, Ş. (2010). Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Cerrahi Hastalıkları Hemşirelik Programı, Doktora Tezi, İstanbul .
- Kılıç, M. (2014). Cerrahi girişim geçiren hastalar ile aynı hastalara bakım veren hemşirelerin hemşirelik bakımı algılarının karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi. Çukurova Üniversitesi. Adana.
- Jasemi, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V., Keogh, B. (2017). A concept analysis of holistic care by hybrid model. Indian J Palliat Care. 23(1):71-80.
- Lakanmaa, L.R., Suominen, T., Castrén, R.M., Vahlberg, T., Kilpi, L.H. (2015). Basic competence of intensive care unit nurses: cross-sectional survey study. BioMed Research International ; 1-12.
- LeMone, P. (2001). In M. L. Maas, K. C. Buckwalter, M. D. Hardy, T. Tripp-Reimar, M.G. Titler, & J.P. Specht (Eds.), Nursing Care of older adult: Diagnoses, outcomes, and interventions , pp. 782-793.
- Legg, M.J. (2011). What is psychosocial care and how can nurses better provide it to adult oncology patients, Journal of advanced nursing, 28 (3): 61-67.
- Legg, M.J., (2011). What is psychosocial care it to adult oncology patients. Australian Journal of Advanced Nursing, 28(3), 61-67.
- Loke, J.C.F. (2001). Leadership behaviours: effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. Journal of Nursing Management; 191-204.
- McCabe, C. (2004). Nurse-Patient Communication: an exploration of patient's experiences. Journal of Clinical Nursing, 13, 41-49.
- Mayda, H., Güzel, Hİ, Görücü, Y., & Bağcıoğlu, E. (2015). Bir üniversite hastanesinde yatan hastalardan istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 25 (1), S174-S5.
- Mcmillan, K., Butow, P., Turner, J., Yates, p., White, K. , Lambert, S. Lawsın, C., (2016). Burnout and the provision of psychosocial care amongst Australian cancer nurses. European Journal of Oncology Nursing, 22, 37-45.
- Mercan, Ş. (2020). Onkoloji Hemşirelerinin Psikososyal Bakım Uygulamaları ve İhtiyaçlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Meretoja, R., Isoaho, H., Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: development and psychometric testing. J Adv Nurse.; 47(2):124-33.
- Mete, H.E. (2008). Kronik Hastalık ve Depresyon. Klinik Psikiyatri, 11, 3-8.
- Mitchell, A.J., Chan, M., Bahatti, H., et al. (2011). Prevalence of Depression, Anxiety and Adjustment Disorder in Oncological, Haematological and Palliativecare Settings: A meta-Analysis of 94 Interview-Based Studies. Lancet Oncol; 12(2):160-74.
- Martensson, G., Carlsson, M ve Lampic, C. (2010). Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress?. Oncology Nursing Forum, 37 (1): E34.

- Molla, K. (2019). Kamu hastanelerinin fiziksel engelli hastalar için yaptığı düzenlemeler ve hastaların hemşirelik bakım davranışlarına ilişkin algıları. T. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Nakaguchi, T., Toru O., Uchida, M., Ito, Y., Komatsu, H., Wada, M. and Akechi T. (2013). Oncology nurses' recognition of supportive care needs and symptoms of their patients under going chemotherapy. Japanese Journal of Clinical Oncology. Vol:43. No:4. pp:369–376.
- Oflaz, F., Vural H. (2010). Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 17(1), 1-7.
- Olçun, Z. (2020). Umut Aşılama Yönelik Hemşirelik Girişimlerinin Şizofreni Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalanma, Umut ve Yaşam Niteliği Düzeyine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora tezi
- Öz, F. (2010) Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Yenilenmiş ikinci baskı. Mattek Matbaacılık Bas. Yay.Tic.Ltd.Şti.Ankara
- Özçetin, YSÜ. (2013).Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastaların Duyusal Gereksinimlerine Yönelik Yaklaşımları.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi.Ankara.
- Özdemir, Ü., Taşcı, S. (2013). Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erü Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1), 57-72.
- Özgörü, H.(2019). Hemşirelerin örgütsel bağlılık ve verimlilik tutumları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Özkan, S. (1993). Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi. 1. Baskı. İstanbul: Roshe İlaç Sanayi A.Ş.
- Özputat, F. (2010). Sağlık Bakanlığı Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışmakta Olan Sağlık Personelinin Hizmet İçi Eğitim Programına İlişkin Görüşlerinin Saptanması. Maltepe Üniversitesi.
- Özsoy, F. (2018). Ruh sağlığı ve hastalıkları bölümünden istenen konsültasyonların geriye dönük İncelenmesi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 10(2):46-56.).
- Papathanasiou, I., Sklavou, M., & Kourkouta, L. (2013). Holistic Nurseing care: Theories and perspectives. Amerikan Journal of Nursing Science.
- Pehlivan, İ. (1997). Örgütsel ve Bireysel Gelişme Aracı Olarak Hizmet İçi Eğitim. Amme İdaresi Dergisi, 30(4), 105-120.
- Pehlivan, P. (2013). Onkoloji Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Tanılama Becerileri.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Robinson, L. (1984). Psychological Aspects of the Care of Hospitalized Patients, F.A. Davis Company. Philadelphia, 4nd ed.
- Rao, M. (2008). Depression in the medically ill. Prim Psychiatry; 15(9):44-50
- Rodriguez, M.A., Tortorella, F. & St. John, C. (2010). Improving psychosocial care for improved health outcomes, Journal for Healthcare Quality, 32(4), 3-13.
- Sala, G. (1997). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinin Öfke İfade Biçimlerinin Belirlenmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Sancak, H. (2021). Hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinlikleri ile Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Üsküdar Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Sarıkoç, G., Demiralp, M. (2014). Hastalığa Psikososyal Yanıt. In: Gorman LM, Sultan D.F. Psychosocial Nursing For General Patient Care. Öz F. Demiralp M. Çev. Ed. Psikososyal Hemşirelik, Genel Hasta Bakımı İçin. 3. Baskı Ankara: Akademisyen Kitapevi, s.7-15
- Sezer, A., Demirbaş, H., Kadioğlu, H. (2015). Evde Bakım Hemşireliği: Mesleki Yetkinlikler ve Eğitim Standartları İstanbul Üniv Florence Nightingale Hemş Derg.;23(2):160-5.
- Stuart, GW. (2013). Therapeutic Nurse-Patient Relationship. İn: Principles and Practice of Psychiatric Nursing. China: Elseiver Mosby, p.13-43.
- Sharrock, J. (2006). Perspectives on Psychiatric Consultation Liasion Nursing. Perspectives in Psychiatric Care(Electronic Journal), 42(2):137-139.

- Tambağ, H. Öfke Problemleri. Gorman LM. Sultan DF. Çeviri Edit; Öz F. Demiralp M (2014), Psikososyal Hemşirelik: Genel Hasta Bakımı İçin. Akademisyen Tıp Kitabevi. 3. Basım. Ankara. S: 73-97.
- Terakye, G. (1998). Hemşire-Hasta İlişkileri, 5. Baskı, Nadir Kitap.
- Terakye, G. Okanlı, A.. (2018). Psikolojik Bakım Gereksinimini Değerlendirme; Ölçümler, Güçlükler, Çözümler. Kocam Yıldırım N, editör. Psiko-onkoloji. Ankara: Türkiye Klinikleri; s.15-29.
- Thornton, L. (2012). What is holistic nursing Retrieved from.
- Topitz, A, Benda, N, Saumer, G, Friedrich, F. König, D., Soulier, N., et al.(2015). Prevalence And Recognition Of Depression Among Inpatients Of Non-Psychiatric Hospital Departments. Neuropsychiatr 2015;29(2):63-70.
- Toprak, A. (2018). Hemşire yetkinlik ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Trakya Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört ana temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık&hastalık, hemşirelik. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt1, Sayı 1, Sayfa 11-25.
- Ünür, E. (2017). Erken Evre Kanser Hastalarında Psikoeğitimin Anksiyete ve Depresyon Üzerindeki Etkisi. Psikiyatri Anabilim Dalı Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir.
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 45(5), 536-545.
- Ünlü, H., Karadağ, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2010). Onkoloji Alanında Çalışan Hemşirelerin Yerine Getirdikleri Rol ve İşlevler. Hemşirelikte araştırma geliştirme dergisi. 2(1), 13,27.
- Üstün, B, Akgün, E., Partlak, N. (2005). Hemşirelikte iletişim becerileri eğitimi. İzmir, okullar yayınevi matbaacılık ve elektronik sanayi ticaret ltd. sti.
- Güleç, G., Büyükkıncı, A. (2011). Kanser ve psikiyatrik bozukluklar. Psikiyatride güncel yaklaşımlar, 3(2), 343-367.
- Grevelink, A., Jukema, JS, Smits, CH. (2012). Person-centred care and job satisfaction of care givers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. Int J Geriatr Psychiatry 27(3).
- Vayalılkarottu, J. (2012). Holistic health and well-being: A psychospiritual/religious and theological perspective. Asian journal of psychiatry,5(4), 347-350.
- Velioğlu, P. (1999). Hemşirelikte kavram ve kuramlar. İstanbul Alaş Ofset Matbaası.
- Videbeck, SL. (2011). Therapeutic relationship. L. Williams & Wilkins. Psychiatric Mental Health Nursing (5 th eds.). (p:80-98).
- Walters, K. (2018). How Interdisciplinary Teamwork Contributes to P.Concer support.
- Wiechula, R., Conroy, T., Kltson, A.L., Marshall R.J., Whitaker, N. & Rasmussen, P. (2016). Umbrella Review of the evidence: what factors influence the careing relationship between a nurse and patient?. Journal of Advanced Nursing 72(4), s:723-734.
- Yakimo, R.(2006), Perspectives On Psyciatric Consultation Liaison Nursing. Outcomes İn Psychiatric Consultation Liaison Nursing. Perspectivesin Psychiatric Care. 42: 59-62.
- Yaşar, A.B. (2018).İstihdam Şeklinin Hemşirelerin İş Doyumu Üzerine Etkisi: Bir Meta Analiz Çalışması.Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.Yüksek Lisans Tezi.Ankara.
- Yetkinlik. Türk Dil Kurumu güncel Türkçe sözlük içinde .(http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&xarama=gts&guid=TDK.GTS.5aa075ee7b4129.77578447(Erişim Tarihi: 20 Ocak 2022)).
- Yıldırım, S., Şimşek, E., Geridönmez, K., Basma, Ş., Vurak, Ü. (2019). Hemşirelerin konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği hakkındaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 10(2):96- 102.
- Yıldız M, Tural, Ü., Kesepara, C., Aydın, M., Etuş, H. (2002). Fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal bozukluklar: bir üniversite hastanesinde psikiyatri konsültasyon sonuçlarının değerlendirilmesi, Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, (15):21-24.

- Yıldırım, B., Özkahraman, Ş. (2011). Hemşirelikte Problem Çözme. Süleyman Demirel Üniv Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg.;2(3):155-9.
- Yılmaz, M. (2011). Holistik bakımın bir boyutu: spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 14(2): 61-70.
- Yücel, Ş. Ç. (2011). Bilinci Kapalı Hastanın Psikososyal Gereksinimlerini Karşılamada Hemşirenin Rolü. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 4(1), 174-181.
- Yürün, Y. (2015). Hastanede çalışan hemşirelerin hasta bakım davranışlarının belirlenmesi KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa.
- Watson, J. (2007). Watson's Theory of Human Caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 16(1),129-35.
- Wand, A.P., Wood, R., Fossey, M.J., Aitken, P., Standards. (2015). Efficiency and effectiveness in consultation-liaison psychiatry. Aust NZJ Psychiatry;49(2):104-5
- Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B., Taleghani, F. (2015). Effective factors in providing holistic care: A qualitative study. Indian J Palliat Care.21(2):214-224.



EKLER

EK 1.Hemşire Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınızı belirtiniz.....

2. Cinsiyetinizi belirtiniz.

☐ Kadın ☐ Erkek

3. Medeni haliniz nedir?

☐ Bekar ☐ Evli

4. Mesleki öğrenim durumunuz nedir?

☐ Lise-Ön Lisans ☐ Lisans ☐ Lisans Üstü

5. Çalıştığınız birimi belirtiniz.

☐ Kalp Cerrahi Servisi ☐ Kardiyoloji Servisi
☐ Cerrahi Yoğun Bakım ☐ Koroner Yoğun Bakım
☐ Tıbbi Tanı Laboratuvarları ☐ Özel Dal Hemşiresi
☐ Çocuk Kalp Cerrahi Servisi-Pedatri Yoğun Bakım ☐ Acil Servis

6. Meslekte çalışma yılınız?

☐ 0-5 yıl ☐ 6-9 yıl ☐ 10 yıl ve üzeri

7. Kurumda Çalışma yılınız?

☐ 0-5 yıl ☐ 6-9 yıl ☐ 10 yıl ve üzeri

8. Çalışma şekliniz?

☐ Sürekli Gündüz ☐ Sürekli Gece ☐ Gece/Gündüz

9. Haftalık çalışma saatinizi belirtiniz.

☐ 45 saat altı ☐ 45 saat ☐ 45 saat üstü

10. Sizce çalışma koşullarınız nasıl?

- ☐ İyi ☐ Orta ☐ Kötü

11. Kurumdaki statünüz nedir?

- ☐ Servis Hemşiresi-Yoğun Bakım Hemşiresi ☐ Sorumlu Hemşire ☐ Yönetici Hemşire

12. Çalıştığınız birimi kendi isteğiniz ile mi seçtiniz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

13. Biriminizde çalışmaktan memnun musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

14. Psikososyal bakım ile ilgili eğitim aldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

15. Psikososyal bakım ile ilgili eğitim almaya ihtiyaç duyuyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

16. Cevabınız 'Evet' ise hangi konularda eğitim almaya ihtiyaç duyuyorsunuz?

- ☐ Kronik hastalığı olan hastaya ve aileye yaklaşım
- ☐ Hastalığın psikolojik yönü (hastaların kendilerine özgü durumları, hasta psikolojisinde evreler, baş etme mekanizmaları, savunma mekanizmaları)
- ☐ Stres ve kriz yönetimi
- ☐ Hastayla etkili ve doğru iletişim
- ☐ Bütüncül(holistik bakım)
- ☐ Diğer (Belirtiniz).....

17. Hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

18. Bakım verdiğiniz hastayı psikososyal açıdan değerlendiriyor musunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır

19. Cevabınız ‘Evet’ ise hastayı psikososyal açıdan bakım vermenizi engelleyen faktörler nelerdir? (Birçok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Hemşire sayısının yetersiz olması
- ☐ Birimde hasta sayısının fazla olması
- ☐ Psikososyal açıdan değerlendirmek için yeterli bilgiye sahip olamama
- ☐ Psikososyal bakım yapılması gerektiğine inanmama
- ☐ İş yoğunluğu nedeni ile hastanın psikososyal gereksinimine vakit ayıramama
- ☐ Bu işin başka bir disiplin üyesinin işi olduğunu düşünme
- ☐ Diğer.....

20. Hastanın psikososyal sorunlarını ne ölçüde sorguluyorsunuz?

- ☐ Hasta Kabulünde ☐ Her Gün ☐ Her Vardiya Değişiminde

21. Hastalarda en sık karşılaştığınız psikososyal sorunlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

- ☐ Depresyon belirtileri
- ☐ Organik ruhsal sorunlar (deliryum, demans, vb).
- ☐ Hastalığa ve hastaneye uyumsuzluk
- ☐ İletişim problemleri
- ☐ Anksiyete/Kaygı sorunları
- ☐ Diğer (Belirtiniz).....

22. Hastanın psikososyal bakımında zorlandığınız durumlarda hangi disipline yönlendiriyorsunuz?

- ☐ Psikolog
- ☐ Psikiyatri Uzman Doktoru
- ☐ Sosyal Hizmet Uzmanı
- ☐ Psikiyatri Hemşiresi
- ☐ Diğer (Belirtiniz).....



EK 2.Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1. Hastanın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim.					
2. Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum.					
3. Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim.					
4. Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim.					
5. Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim.					
6. Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim.					
7. Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.					
8. Hastanın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.					
9. Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim.					
10. Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilirim.					
11. Hasta ve ailesini bakıma dâhil ederim.					
12. Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.					
13. Hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilirim.					
14. Hastanın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim.					
15. Hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum.					
16. Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.					
17. Hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim.					
18. Krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, vb) yetkinim.					