

T.C.

AFYONKARAHİSAR SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**YETİŞKİN HASTALARIN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM
ALGILARININ HASTANE TABURCULUĞUNA HAZIR
OLUŞLUKLARINA ETKİSİ**

Ayla KESKİN

CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğretim Üyesi Pakize ÖZYÜREK

Tez No: 2019-024

2019-AFYONKARAHİSAR

KABUL VE ONAY

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından

Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez savunma Tarihi: .../.../....

Dr. Öğr. Üyesi Kevser KARACABAY

Jüri Başkanı

Dr. Öğr. Üyesi Pakize ÖZYÜREK

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe TAŞTEKİN

Üye

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ayla KESKİN' in "Yetişkin Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluklarına Etkisi" başlıklı tezi .../...../..... günü saat’da Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği’nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Özal ÖZCAN
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince benimle akademik deneyimlerini ve bilgi birikimini paylaşan tezimin tüm aşamalarında benden yardımını esirgemeyen süremin uzamasına rağmen bana olan inancını ve güvenini yitirmeyen kıymetli danışmanım Sayın Dr. Öğretim Üyesi Pakize ÖZYÜREK'e,

Araştırmamdaki verilerimin analiz sürecini kolaylaştıran hatta severek üstlenen kıymetli istatistik danışmanım Doç. Dr. İbrahim KILIÇ'a,

Veri toplama sürecimde beni yalnız bırakmayan mesai arkadaşlarım ve güvenini her an arkamda hissettiren tüm dostlarıma,

Hayatım boyunca yanımda olan ve tez dönemimde de en büyük destekçilerim olan kardeşim Ayhan MERCAN'a, annem Hacer MERCAN'a, babam Süleyman MERCAN'a, eşim Ömer KESKİN'e ve kardeş gibi sevdiğim Hatice ŞENOL'a,

Her anımda yanımda olan en büyük moral kaynağım canım kızım Zeynep'e,

Sonsuz TEŞEKKÜR ederim.

Ayla KESKİN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
ÖNSÖZ	iii
İÇİNDEKİLER	iv
SİMGELER ve KISALTMALAR	vi
TABLolar	vii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Hemşirelik.....	3
1.2.1. Hemşirenin Bakım Verici Rolü	5
1.3. Bireyselleştirilmiş Bakım.....	6
1.3.1.Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım	9
1.3.2.Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakımı Etkileyen Faktörler.....	10
1.4. Hemşirenin Eğitici Rolü	11
1.4.1.Taburculuk ve Taburculuk Eğitimi	12
1.4.2. Taburculuk Eğitim Süreci	14
1.4.3.Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk	16
1.4.4.Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluğu Engelleyen Etmenler	18
2.GEREÇ VE YÖNTEM	20
2.1.Araştırmanın Tipi	20
2.2.Araştırmanın Yeri.....	20
2.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
2.4.Araştırmanın Consort Akış Şeması	23
2.5.Araştırmanın Hipotezleri	24
2.6.Veri Toplama Araçları.....	24
2.6.1.Hasta Tanıtım Formu (EK-1)	24
2.6.2.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas (EK-2)	25
2.6.3.Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği (EK-3)	25
2.7.Araştırmanın Değişkenleri	26
2.8. Ön Uygulama ve Veri Toplama tekniği.....	27
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi	27
2.10.Araştırmanın Etiği	28
3.BULGULAR.....	30

3.1.Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular	30
3.2.Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Ölçeğine İlişkin Bulgular	32
3.3.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalasının Maddelerine Ait Bulgular	33
3.4.Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeğine Ait Bulgular	41
3.5.Taburcu Olmaya Hazır Olma Durumu Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler	44
3.6.Ölçeklerin Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	45
3.7.Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular.....	48
4.TARTIŞMA.....	51
4.1.Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması	51
4.1.1. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması	56
4.2.Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	59
4.3.Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	64
5.SONUÇ VE ÖNERİLER	67
ÖZET	70
SUMMARY	71
KAYNAKLAR.....	72
EKLER.....	80
ÖZGEÇMİŞ.....	92

SİMGELER ve KISALTMALAR

ANA	American Nurses Association
NHS	National Health Service
BBS	Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası
TOHO	Taburcu Olmaya Hazır Oluşluk
ICN	Interntional Council of Nursing
ICS	Individual Care Scale
RHDS/SF	Readiness for Hospital Discharge Scale

TABLOLAR

Tablo 3.1.1. Hastaların bireysel özelliklerine göre dağılımı (n=811).....	30
Tablo 3.1.2. Hastaların sağlık örüntülerine göre dağılımı.....	31
Tablo 3.2.1. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A-B alt boyutlarına göre dağılımı	32
Tablo 3.3.1. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A'nın "klinik durumda bireysel özellikler"alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	34
Tablo 3.3.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A'nın "hastanın kişisel yaşam durumu" alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	35
Tablo 3.3.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A'nın "karar verme kontrolü" alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	36
Tablo 3.3.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası B' nin "klinik durumda bireysel özellikler" alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	38
Tablo 3.3.5. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'nin "hastanın kişisel yaşam durumu" alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	39
Tablo 3.3.6. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'nin "karar verme kontrolü"alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler.....	40
Tablo 3.4.1. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği'ne ait betimsel istatistikler.....	42
Tablo 3.5.1. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği' nin alt boyutlarına ait betimsel istatistikler.....	44
Tablo 3.6.1. Bireyselleştirilmiş Bakım Algısının ve Taburcu Olmaya Hazır Olma Durumunun Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 3.6.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Taburcu Olmaya Hazır Olma durumunun hastanede kalma sürelerine göre karşılaştırılması.....	47
Tablo 3.7.1. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve alt boyutları ile Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon katsayıları.....	48
Tablo 3.7.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Algısının Taburcu Olmaya Hazır Olma durumu üzerine etkisinin regresyon sonuçları.....	49

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada ve ülkemizde hasta ve hasta yakınlarının eğitimi hastanın hemşiresi, hekimi, diyetisyeni gibi profesyonel sağlık çalışanları tarafından verilmektedir. Hasta/sağlıklı bireyi psikolojik, biyolojik ve sosyal açıdan ele alan hasta ile sürekli etkileşim halinde olan hemşirelerin hasta eğitimindeki rol ve sorumlulukları diğer sağlık profesyonellerine göre oldukça fazladır. Hasta ve ailesinin taburculuk eğitimine hazırlanmasında önemli ölçüde hemşirenin rol aldığı yapılan çalışmalarca da desteklenmektedir (Pamuksuz, 2017). Son yıllarda toplumun yaşam standartlarındaki artış, değişen ve gelişen sağlık teknolojileri sonrasında hastaların soru ve sorunlarını arttırmaktadır. Hastaların taburculuğa hazır olma durumunun değerlendirilmesi, güvenlik, memnuniyet, fiziksel, duygusal ve sosyal açıdan iyilik hallerini değerlendirme de gittikçe önem kazanmaktadır. Son zamanlarda yapılan araştırmalar, taburculuğa hazır olma veya olmamanın, hastanın tekrar hastaneye kabul edilme olasılığı ile hatta ölümle ilişkili olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (Kaya ve ark., 2017). Yeterli bilgi verilmeyen taburculuğa hazırlanmamış hastaların taburculuk sonrası yanlış tedavi, anksiyete, yara yeri enfeksiyonları gibi komplikasyonlarla hastaneye geri döndüğü görülmektedir (Acaroğlu ve Şendir, 2012).

Günümüzde sağlık hizmetlerindeki maliyetin artması, teknolojinin gelişmesi ve hastane enfeksiyonu gibi komplikasyonların önlenmek istenmesi nedeniyle hastanede yatış süresinin giderek kısalması taburculuk planlamasını daha önemli hale getirmiştir (Tan ve ark.,2013). Hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi, muhtemel taburcu olma durumunun ve ihtiyaçların önceden tahmin edilmesi ve gereken önlemlerin alınması hastanede gereksiz kalışların azaltılabildiği saptanmıştır (Fedai ve ark., 2010). Hemşirelerin hastaya eğitim verirken hastaların gereksinimleri doğrultusunda

hareket etmeleri, hastanın algıladığı gereksinimlere öncelik tanıyan bir eğitim planı hazırlamaları gereklidir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için öncelikle hastanın gereksinimlerini belirlemeye yönelik bir çalışma içerisine girilmelidir. Bu doğrultuda, yatan hastaların birbirinden farklı tutum, inanç, değer, duygu, düşünce, deneyim, algı ve tercihe sahip bireylerin eşsizliğine, onuruna, bütünlüğüne bireyselliğine saygı duyarak, haklarını göz önünde bulundurarak, açıklık, anlayış güven, sorumluluk, içtenlik gibi tutumlarla bireye bakım ve taburculuk eğitimi sunulmasıdır (Acaroğlu ve Şendir, 2012). Bireyselleştirilmiş bakımın ihtiyacı ve temeli iyi belirlenmiş, ancak yine de hastaların bakımlarında kişilik algıları ve tercihleri hakkında çok az şey bilinmektedir (Land and Suhonen, 2009). Hastalar için bireysel olarak bakılmak oldukça önemli olmasına ve olumlu hasta sonuçlarının ortaya konulmasında etkili olmasına rağmen, hemşirelik bakımının sunumu her zaman böyle değildir (Radwin, 2000; Suhonen et al., 2002; Land and Suhonen, 2009). Aynı zamanda bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik girişimlerini ve kişilerarası yaklaşımları tespit etmek için, sağlıklı ya da hasta bireyin otonomisinin ve bireyselliğinin de göz önünde bulundurulmasını içerir. Hasta bireyin bakımı için hastaya özgü bireyselleştirilmiş bir girişimin içeriğini önceden belirlemek hemen hemen imkansızdır. Hasta ile hemşire iletişimi sonucu olarak bireyselleştirilmiş bir girişim ortaya çıkar (Lauver et al., 2002; Suhonen et al., 2005a; Acaroğlu ve ark., 2007). Ancak bireyin, bireysel gereksinimleri ve istekleri karşılandığında kaliteli bakımdan söz edilebilir. Nitekim literatürde, sağlık bakımı kalitesinin değerlendirilmesinde somut bir ölçüt olarak bireyselleştirilmiş bakıma vurgu yapılmakta ve bakım bireyselleştirildiği ölçüde hasta bireyin bakımından doyum sağladığı belirtilmektedir (Acaroğlu ve ark., 2007; Berg et al., 2012; Suhonen et al., 2005b; Acaroğlu ve Şendir 2012). Bakımın bireyselleştirilmesi, hastaların bireyselliklerini ele alırken; hastaların kişilerarası ilişkilerini ve hastalık-sağlık yönetim davranışlarını belirlemek için yeteneklerine olanak sunar (Idvall et al., 2012) ve daha uygun tedaviye ve dolayısıyla da bakım kısıtlamalarına uyum, hareketliliğin geliştirilmesi, iyileşme, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme gücü ve hasta memnuniyeti gibi daha iyi hasta sonuçlarına neden olur (Acaroğlu ve ark., 2007). Bireyselleştirilmiş bakımın hastaların üzerinde oluşturduğu bu sonuçlar ile birlikte

hemşirelerde de iş doyumunu, motivasyonu artırdığı ve etik davranışları desteklediği ortaya çıkmıştır (Suhonen et al., 2011).

Bu bilgiler ışığında çalışma; hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının hastane taburculuğuna hazır olma durumlarına etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler uygulamada hemşirelerin taburculuk eğitimini olumlu hale getirilmesi için gerekli çalışmalarda rehberlik edeceği ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının yükselterek, hasta çıktılarında olumlu sonuçlara neden olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda bu konu ile ilgili sonraki yapılacak çalışmalara da gerekli bilgileri sağlayarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Türkiye’de hastaların hastane taburculuğuna hazır olma durumları ağırlıklı olarak postpartum annelere uygulandığı görülmekte olup bireyselleştirilmiş bakım ile ilişkisini inceleyen çalışmalara tarafımızdan rastlanamamıştır. Bu çalışmanın amacı yetişkin dahili ve cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakım algılarının hastane taburculuğuna etkisini incelemektir.

1.2. Hemşirelik

1859’da ilk olarak Florance Nightingale şöyle tanımlamıştır hemşireliği; “Doğanın birey üzerinde en iyi şekilde etkin olabilmesi için bireyin en iyi duruma getirilmesidir.” Yani kişinin yaşamı için gereklilikleri beslenme, vücut ısısının korunması ve nefes alıp vermesi olduğu düşünülürse hemşirelik, yeme işlevini gerçekleştiremeyen bireye destek olmak, rahat ve güvende olmasını sağlamak gibi görevleri kapsar. 1933 yılında Taylor daha bilinçli bir tanım yapmış ve şöyle demiştir; hemşirelik, bireyin fizik ve psikolojik gereksinimlerine istenen tedaviyi ve önlemleri uygulamaktır. 1955’te ise ANA ise hemşireliği şöyle tanımlamıştır; Profesyonel hemşirelik uygulaması poliklinik hastasının, yaralının, yatan

hastanın/sağlıklı bireyin durumunun düzeltilmesi/sürdürülmesi, başkalarının hastalıktan korunması, diğer personelin gözetimi ve eğitimi ya da diplomalı dişi ve doktorun önerdiği tedavi ve ilaçların hastaya uygulanması, bakım verilmesi, danışmanlık ve gözlem yapılmasıdır. 1958’de ise kuramcı bir hemşire olan 5. Henderson hemşireliğe bambaşka bir tanım kandırmış ve bu tanım ICN tarafından kabul görmüştür. “Gerekli güç, istek ya da bilgiye sahip olunabilseydi, bireyin yardımcı olarak kendini iyileştirmesi ya da sağlığı için gereken etkinlikleri yapabilmesi gerekirdi. Bunların bireye yapılamadığı hallerde ya da sağlıklı ve hastalıklı bireye yardımcı olmak, hemşireliğe özgü fonksiyondur” demiştir. 1975’te hemşireliğin profesyonel bir meslek olduğunu bildiren ICN Singapur’da yaptığı tanıma göre “ Hemşire, temel hemşirelik öğretim programını tamamlayarak ülkesinde hemşireliği uygulamak üzere nitelik ve yetki kazanmış ve yetkisi onaylanmış profesyonel kişidir” demiştir (Ökdem ve ark.,2000).

Tanımlar dikkate alındığında diyebiliriz ki hemşirenin birincil görevi; olmuş ve olası problemlere karşı bireyin ve toplumun beden ve ruhen ihtiyaçlarının tamamını ve insani bir tutumla tanım kazandırılması ve karşılanmasıdır. Bu nedenlerle hemşirelik, üzerlerine düşen görev ve fonksiyonlar açısından çok yönlü ele alınması gereken bir disiplindir (Aydemir Gedük, 2018).

Hemşireliğin yeterli oldukları alanların ve yapmak zorunda oldukları görevlerin artma durumunda bağımlı olmadıkları rol ve fonksiyonların da artma durumu literatürlerle doğrulanmaktadır. Günümüz hemşirelik rollerinden olan bakım verici, yönetici, karar verici, savunucu, eğitici, özerk ve sorumluluk sahibi olma, kariyer geliştirici, rehabilite edici, tedavi edici, danışman, iletişim ve koordinatörlük gibi roller bulunmaktadır. İlerleyen ve uzmanlaşan hemşirelik mesleğinde bu rollerin payı büyüktür (Taylan ve ark., 2012).

1.2.1. Hemşirenin Bakım Verici Rolü

Bakım, ilk insandan beri varlığının sürdürülmesinde en önemli noktadır. Meslekler arasında sadece hemşirelik bakımı rol olarak üstüne almıştır. Yüzyıllardır hemşireliğin yapı taşı oluşturulan bir durum olan bakım, hemşireler tarafından rutin bir uygulama olarak ele alınmıştır. Fakat bakımın, bireyi her ayrıntısıyla kapsayan his, fikir, hüküm, fiil, değerlendirme aşamalarından meydana gelmesi tanımın içeriğini daha da büyütmüş ve belli bir tanıma sığdırılma gereği doğurmuştur (Göçmen Baykara, 2014).

Bakım kavramını Türk Dil Kurumu şöyle ele almıştır; bakma işi, bir şeyin iyi bir durumda kalması ve iyi gelişmesi için verilen emek, birinin giyinme, beslenme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir.

Bakım verme; canlılara özgün bir davranış, vicdani bir sorumluluk duygusu, bireyler arası bir yaklaşım ve etkileşim, tedavinin gerekliliği olarak görülebilir (Finfgeld-Connett., 2008). Papastavrou ve arkadaşlarına (2015) göre hemşirelik mesleğinde bakım verici rol, merkezdir ve bir sanat olarak görülmektedir.

Geçmişten günümüze hemşirelik mesleğinin temelini oluşturan ve mesleğin varoluş nedenini olan en önemli unsur bakım verici roldür. Bakım verme hemşirelik mesleğine özgüdür (Dinç, 2010).

Hasta bireye özgü uygulanacak bakımın planlanması ve bireyi psikolojik ve fizyolojik sağlığına kavuşturmak için yapılan uygulamaların tümünü kapsayan rol bakım verici roldür. Hemşireler, hasta ve yakınlarının katılımıyla problemi belirler ve bakım verici rolünü yerine getirir (Lowe et al., 2012).

Bakım kavramı sadece hemşirelere ait değildir fakat hemşirelik mesleğinin kapsamındadır ve tüm sağlık kuruluşlarında bakım hemşirelerin temel görevidir. Hemşirelik bakımını kapsayan bazı sistematik inceleme ve meta analiz çalışmalarında ki sonuçlara göre; Von Essen ve Sjöden'in (2003) hasta ve hemşirelerin bakım davranışlarını belirlemek için yaptıkları kantitatif çalışmada; hemşire grubunda kaliteli ve etkin bakım önem arz ederken, hasta grubunda ise bakım veren personelin pozitif yaklaşımları ve bilgisi önem arz ettiği görülmektedir. Zamanzadeh ve arkadaşları (2010) tarafından hasta ve hemşire grubunda bireylerin bakıma yönelik tutumları incelenmiş ve iki grupta da hemşirelerin ulaşılabilirliği önemli bir bakım tutumu olduğu görülmüştür.

Palese ve arkadaşları (2011) 1565 cerrahi hastasının bakım memnuniyetini ölçmek için altı ülkede araştırma yapmışlar ve elde edilen veriler ışığında en önemli bakım davranışının hemşirelik eğitimi, uygulaması ve yönetimi olduğunu söylemişlerdir. Fakat Temel (2008)'e göre kaliteli hemşirelik bakımı; alakalı olabilmeyi, samimiyet göstermeyi, korkularıyla baş etmesini öğretmeyi, mutlu olmayı, nezaketi, merhameti, sıcakkanlı olmayı, empatiyi, aşağılamadan diğer bireylerin de düşüncelerine saygılı olmayı kapsar. Temel (2008) makalesinde hemşirelerin etkin bakım vermesinde, günümüz şartlarında sadece mesleki bilgi ve uygulamalarının yetersiz kaldığı, aydın ve çözümlemeli yeteneklerinde gerekliliğini savunmaktadır.

1.3. Bireyselleştirilmiş Bakım

Bireyselleştirme ya da bireye özgü tanımı, bakım verilen bireyin itikatları, değer verdikleri, duygu durumları, tecrübeler, düşünceleri ve idrak ettikleri durumlara göre

hemşirelik uygulamalarının adapte edilmesi olarak açıklanabilir (Suhonen et al., 2000; Radwin and Alster, 2002; Suhonen et al., 2005a; Acaroğlu ve ark., 2007).

Hasta bireylerin, hemşireye ve ya hastaya bağlı nedenlerle bir birey olarak ele alınmadığı, kalıplaşmış bakım standartlarına göre bakıldığı görülmektedir. Fakat hemşireler bakımından sorumlu oldukları hastaların her birini özel bir birey olarak görme yükümlülüğündedirler. Hastalar bireysel olarak ele alınıp, sahip oldukları tüm spesifik özellikleriyle bakıma dahil edildiği durumda bireyselleştirilmiş bakım elde edilip, devamlılığını sağlanabilir. (Acaroğlu ve ark., 2007).

Radwin ve Alster (2002) “hemşire hastayı benzersiz bir birey olarak tanıdığı; bireyselleştirilmiş bakım sonuçları ve hastanın deneyimlerini, davranışlarını, duygularını ve algılarını doyuran tarziler gibidirler” tanımını yaparak bireyselleştirilmiş bakıma deneysel bir tanım kazandırmışlar.

Bireyselleştirilmiş bakım veya bireye özgü bakım 1990’dan beri literatürlerde yer almasına karşın hasta bireylerin perspektifinden bireyselleştirilmiş bakım tanımı yeni yeni araştırılmaya başlanmıştır (Suhonen et al., 2010; Ceylan, 2014).

Bireylerin gereksinimleri yeterli ve doğru bir şekilde karşılayan bireyselleştirilmiş bakımın önemi hemşire, hasta ve hasta yakınları tarafından anlaşılmaya başlanmıştır (Davis et al., 2008). Hasta memnuniyeti ve bireylerin sağlık düzeylerindeki iyileşme bireyselleştirilmiş bakım ile doğru orantılıdır (Petroz et al., 2011).

Bakım veren ve alan arasındaki diyalog, bakımı bireyin ihtiyaçlarına göre planlamak için önemli bir etmendir. Hasta birey kişisel özelliklerini hemşireye ne

kadar yansıtırsa bakımı o kadar bireyselleşecektir ve kararlara katılma oranı arttıkça hasta kendini daha iyi ifade edecek, alacağı bakım o oranda bireye özgü olacaktır (Tekin, 2011).

Bireyselleştirilmiş bakımın tarihi çok eski olmasına rağmen hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarına dair kaynak ve çalışma yetersiz olup son 20 yıl içinde çalışmalar yapılmaya başlanmıştır (Suhonen et al., 2000; 2002; Algier ve ark., 2005; Tekin, 2011; Petroz et al., 2011). Literatürde bireyselleştirilmiş bakım verilen bireylerden geri bildirim alınmış, bireye özgü bakımın etkili ve sağlık kuruluşunun maliyetini düşürdüğü ispatlanmıştır (Tekin, 2011).

Araştırmalara göre bireyselleştirilmiş bakım veren hemşirelerin, hemşirelik felsefesini daha benimsedikleri ve değer verdikleri duygular ile hareket ettikleri görülmüştür. Hemşirelere göre bakım verdikleri her hasta nicel ve nitel tüm özellikleri ile bambaşka bir bireydir. Hemşirelerin bu bakış açısı bakımın karar ve uygulama kısmını yönlendirir. Böylece bireyselleştirilmiş bakım hayata geçirilmiş olur (Acaroğlu ve ark., 2010; Can ve Acaroğlu, 2015).

Acaroğlu ve arkadaşlarının (2010) geçerlik-güvenirlilik çalışmasında bireyselleştirilmiş bakımın hasta çıktılarını iyileştirici ve hasta/hasta yakınları için önemli olabileceği bulunmuştur. Bireyselleştirilmiş bakım ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması ile Türkiye'de de yapılan çalışma sayısının artması ve bu bilgilerin literatüre ışık tutması beklenmektedir.

1.3.1.Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım

ICN (2006)'e göre bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı hemşireliğin temelinde en önemli unsur olarak kabul edilir. NHS (National Health Service 2000)'nin politikasında yer alan bireyselleştirilmiş bakım, kalite standartlarında kabul görür. Gelişmiş batı ülkelerinde bireye özgü bakım ve ya hasta merkezli bakım sağlık kalitesini geliştirici niteliktedir. Ayrıca bu ülkelerde bireyler, bakımı standartlaşmış değil teknolojik olarak algılamaktadır (Wallace et al., 1999).

Hemşireliğin geleneğinde bireyselleştirilmiş bakım uzun süreden beri yer almaktadır. Fakat uygulanma durumu, bireyselleştirilmiş bakımın etkileri, bakımın hemşireler tarafından faydası ve uygulama engelleri ile ilgili bilgi eksiklikleri göze çarpmaktadır. “Bireyselleştirilmiş bakım” terimi her kültürde farklı isim alabiliyor olsa da özünde aynı amaca hizmet etmedir (Suhonen et al., 2008).

Henderson (1978)'e göre bakımda kaliteye odaklanan bireyselleştirilmiş bakım ile hemşirelik bakımındaki standartlaşmalar ortadan kalkabilir. Her bireyi eşsiz bir varlık olarak gören araştırmacı, hastaların ihtiyaçlarına odaklanmıştır.

Türkiye’de 2007’den sonra hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakımın tarafından değerlendirildiği çalışmalara yer vermeye başlandı. Araştırmacılar, bakım alan bireylerin algısı ile bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının nicel verilerle ele almanın faydalı olacağını düşünmüşlerdir. Böylece aldıkları bakımdan hoşnut ve yüksek hayat standartlarında bireyler görmek mümkün olacağını söylemişler (Acaroğlu ve ark., 2007).

Gün geçtikçe artan çalışmalar ve sağlık politikaları, uygulanan hemşirelik bakım programlarının ve uygulamamaların daha iyi hale getirilmesi gerekliliğini ve bu durumda ancak hasta ve yakınlarının kararlara ve bakıma katılımı ile mümkün olacağını göstermektedir. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı gereklilikleri, doğru tedavi, bakım ve hasta sonuçları için daha fazla araştırılmaya değer görülmüştür (Suhonen et al., 2008).

1.3.2.Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakımı Etkileyen Faktörler

Araştırmalara göre hastalar, hemşirelik bakımını olumlu algılamaktadırlar fakat bakımda bireylerin özel ihtiyaçları göz ardı edilebilmektedir. Bireyselleştirilmiş bakımda çelişkili araştırma sonuçları göze çarpmaktadır. Teoride bireyselleştirilmiş bakımı öneren sağlık personelleri pratikte uygulama zorlukları çekebilmektedir (Suhonen et al., 2002).

Hasta merkezli bakımın etkin olması için sağlık ekibinin bakım konusunda bilgi donanımının çok iyi olması gerektiği biliniyor. Bununla beraber bilgi toplama, raporlama, belgeleme, iletişim, hasta yakınları ve ekip ile iletişim konusunda bilgilendirilmiş olması gerekliliği vardır. Hemşirelik eğitiminde hasta merkezli bakıma önem verilmesi, ekipler arası işbirliği, hemşire sayısı gibi faktörler hasta merkezli bakıma etki etmektedir. Hasta merkezli bakımın hayata geçirilmesi, yeterli hemşire ve donanım, olumlu multidisipliner yaklaşım, doğru eğitim verilmiş personel, planlı ve programlı bakım ile mümkündür. Aksi takdirde hasta merkezli bakım sadece teorik bilgi olarak kalacaktır (Pelzang, 2010).

Karayurt ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hemşirelerin eğitim seviyelerinin düşük olmasının hasta-hemşire arasındaki ilişkiyi ve kaliteli bakım vermesini etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Günümüzde hasta merkezli bakım, kaliteli ve standartların üstünde hemşirelik bakımı elde edebilmek için çok önemlidir. Fakat kavramın tam anlaşılamamış olması uygulama güçlüklerine neden olabilmektedir. Bu nedenle sağlık ekibine ve hemşirelere, hasta merkezli bakım eğitimi planlamak ve uygulamak önemlidir (Natan and Hochman, 2017).

Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakımın önemini bildikleri ancak personel azlığı, ekipler arası iletişimsizlik, eğitimdeki eksiklikler gibi nedenlerle bireyselleştirilmiş bakımı hastaya uygulayamadıkları görülmüştür. Etkin, güvenilir ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının uygulanabilmesi için bireyselleştirilmiş bakımın hemşirelik derslerinde de yer verilmesi, hemşirelerin yükümlülüğünde olmayan işlerin hemşireye yüklenmemesi, servislerde bakım için ihtiyaçların giderilmesi ve hemşirelerin sadece hasta bakımı ile ilgilenebilmesi gereklidir. Böylece doğru ve etkin bakımı alan hastalarda olumlu algı, güven ve olumlu hasta çıktıları artışı görüleceği düşünülmektedir (Karayurt ve ark., 2018).

1.4. Hemşirenin Eğitici Rolü

Hemşirenin rollerin arasında yer alan eğitici rol; bireye bakım esnasında, bireyin durumu ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak bireyin bilgi gereksinimini tespit etmek ve bilgilendirmeyi barındırır (Aydemir Gedük, 2018). Hastanın eğitimi ile hastalık durumunun engellenmesi, günlük yaşam aktivitelerine erken dönüş, sağlık durumunun ilerletilmesi ve devamı sağlanabilir (Yıldırım ve ark., 2017). Hemşirenin eğitici rolü hasta kabulüyle başlar ve taburculuğuna kadar devam eden bir süreçtir.

Doğru taburculuk eğitimi, bireyin hastaneye yatış yapmasından taburculuk sonrasına kadar uzanan ve bakımını kaliteli hale getirmeye yönelik verilen bilgilendirme sürecidir. Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi sağlık kuruluşundaki bütün personeli kapsamakla beraber taburcu edilmesinin karara varılması hemşirenin temel yükümlülüğü içindedir. Eğitimde hemşire, hastayı olası problemlerden ve hastalığından uzak tutarak bireyi daha kısa zamanda sağlığına kavuşturmayı hedefler. Bireyin aldığı eğitimin planlı olması, onu taburculuk sonrası dönemde olası komplikasyonlardan korumasını ve hastane dışında da yaşamını idame ettirmesini sağlayacaktır (Kerzman et al., 2005; Yalçın ve ark., 2015).

Araştırmalara göre doğru ve sistematik taburculuk eğitimi ile bireylerin hastalığı daha kısa sürede atlattığı, kişisel bakımlarını yerine getirebilen hastaların kendilerine güvenleri yükselirken geri yatışların azaldığı ve bireyin hastalığa ödediği tutarın düştüğü gözlenmiştir (Demirkıran ve Uzun, 2012).

1.4.1.Taburculuk ve Taburculuk Eğitimi

Taburculuğun yetersiz ve yanlış planlanması, yetersiz bilgi, sağlık ekibindeki koordinasyon eksikliği, hasta–hemşire arasındaki zayıf iletişim gibi nedenlerle hastalar yetersiz bilgi ve baş etme gücü ile taburcu edildiği görülmektedir. Hastanelerin hastanede kalış süresini kısaltmaya çalışması, sağlık maliyetlerini azaltma çabası, hasta ve yakınlarının memnuniyetini kazanma hedefi, geri kabulleri ve mortaliteyi azaltmak düşüncesi sonucu taburculuk eğitimi önem kazanmaya başlamıştır (Yam et al., 2012).

Hasta ve yakınlarının olası problemleri çözebileceği, içinde bulundukları rahatsızlık verici durumdan kurtaracak tek yol bireylerin bilgilendirilmesidir. Bilgilendirme ise eğitimle başarı kazanacaktır ve hastanedeki eğitimin en önemli kısmını taburculuk eğitimi oluşturur ki böylece etkin ve devamlı hasta bakımı sağlanıp taburculuk sonrası bakım ihtiyaçları belirlensin (Duran ve Gürhan, 2012).

Taburculuk eğitimin merkezinde hasta birey vardır. Bireyin önem verdikleri, inançları, ihtiyaçları eğitim planının konu başlıklarını elde ettirir. Etkin ve kaliteli eğitimin sağlanması için bireyin bilgi ihtiyacı duyduğu konuları iyi bilmek gerekmektedir. Hastanın bilgi gereksinimini doğru bir şekilde karşılayıp, kaliteli bakımı verebilmek için bakım veren personelinde eğitilmesi zorunludur. Taburculuk eğitimi çok alanlı ilerleme kaydeden bir eğitimidir ve bu nedenle devamlılığının sağlanması, kuruluştaki çalışan sağlık personellerinin aynı dili konuşarak, net, sözlü veya yazılı iletişimi ile mümkündür. Eğitim yalnız hastaya değil yakınlarına da verilmeli ve bireyler kararları ve merak ettikleri konular dikkate alınarak bakıma ve eğitime katılımı sağlanmalıdır (Kerzman et al., 2005; Yalçın ve ark., 2015). Hasta bireylerin doğru taburculuk eğitimi alarak bilgi gereksinimlerinin karşılanması durumunda taburculuğa daha hazır oldukları gözlenmiştir (Anthony and Hudson-Barr, 2004).

Paul (2008) kalp yetmezliği olan hastalarda taburculuk eğitiminin önemini araştırmış ve hastaların sonuç çıktılarının iyileşmesinde taburculuk eğitiminin hayati bir önem taşıdığı ve hemşirelerin eğitimci rolünün önemini vurgulamıştır.

Hasta bireyin iyileşmesini kolaylaştırıcı etmenlerden biri taburculuk eğitimidir. Bu doğrultuda hemşirelerin hastalara sağladığı doğru, etkin ve kaliteli taburculuk eğitimi ile hastanede kalış süresinin azalması olasıdır (Nurhayati et al., 2018).

Taburculuk eğitiminin taburculuğa etkisi araştırıldığında cerrahi hastalarının taburculuk eğitim algısı düşük olduğu görülmüş nedeni olarak ise ameliyat sonrası erken taburculuk sonucu yeterli taburculuk eğitimi alınmadığı öne sürülmüştür (Foust, 2007; Nurhayati et al., 2018).

Hastaların bilgi gereksinimleri, hastalıklarının ve ameliyatlarının çeşitliliği taburculuk eğitim programını ve algısını değiştirebilmektedir. Dolayısıyla ihtiyaçları göz ardı edilen bireylerin taburculuk eğitimi algıları düşük çıktığı gözlenmiştir (Maloney and Weiss, 2008).

Weiss ve arkadaşları (2007) doğru, kaliteli ve etkin taburculuk eğitiminin taburculuğa hazırlık algısını olumlu etkilediğini bildirmişlerdir. Bullve Roberts (2001) ise hastanın eve sorunsuz taburculuğunu sağlayacak, evde bakım yeteneklerini ve hastanın taburculuğa hazırlık kısmında katılımını da esas alan dört aşama tasarladılar; (1) hastanın değerlendirilmesi, (2) taburculuk eğitiminin planlanması, (3) planın hayata geçirilmesi ve (4) bireyin taburculuk sonrası değerlendirilmesi ve takibi. Knier ve arkadaşları (2015) ise iyileşme döneminde bireyin taburculuk eğitiminin ve taburculuğunun profesyonelce yapılması gerektiğini ve bireyin bireysel gereksinimlerinin ön planda tutularak özelleştirilmiş bir bakım ve eğitimin sunulmasını gerekliliğini önerdi.

1.4.2. Taburculuk Eğitim Süreci

American Nurses Association (ANA)'ın 2015 yılında yaptığı tanımına göre taburculuk eğitim süreci; hasta bireyi ve ailesini tedavi sonrasındaki aşamaya

hazırlamak ve gerekli düzenlemelerin yapılmasında yardımcı olabilmek için uyarlanmış bir zaman dilimidir.

Hastalar aldıkları tedavi sonrası eve dönüş döneminde problemlerle karşılaştıklarını, başlıca problemlerin ödem, ağrı, ameliyat sonrası egzersiz, yara bakımı, kişisel bakımları, ilaç kullanımları ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir ve bu istenmeyen durumlar tekrarlı yatışlara ve kliniklere başvurmalarına neden olmuştur. Çalışmalardan elde edilen çıktılar; hastaların bu komplikasyonlara maruz kalmamaları için hasta ve yakınlarına hem göze hem kulağa hitap eden, planlamış, bireye özgü taburculuk eğitiminin sağlanması ile taburculuk sonrası hem telefonla hem birebir görüşmeyi içeren evde tedavi ve bakım hizmetlerinin iyileştirilmesini tavsiye eder (Dal ve ark., 2012).

Hasta bireylerin tedavi amacı ile servise kabulü ile başlayan bu süreç tedavi sonrası kurumdan ayrılması ile son bulur. Bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek bilgi ve yetenek donanımıyla taburculuğu tamamlanmış olmalıdır. Taburculuk eğitimi sadece hasta bireye değil yakınlarına da verilmelidir ve bu görev diğer sağlık personellerinin yanı sıra hemşirenin yükümlülüğündedir. Hemşirelerin taburculuk eğitimi alanındaki çalışmaları, sistemdeki eksikliklerin ve sorunların ortaya çıkmasına ve giderilmesine fayda sağlayabileceği düşünülmektedir (Çoşkun ve Akbayrak, 2001).

Taburculuk eğitiminin planlaması döneminde dahili-cerrahi tüm servislerde önem arz etmektedir fakat cerrahi birimlerde insizyon yeri varlığı, olası hastane enfeksiyonu nedeniyle yatış süresinin kısaltılmaya alınması gibi nedenlerle taburculuk eğitimi daha önem arz etmektedir. Cerrahi birim hastaları; mevcut problemlerinin kaynağı, probleme yönelik bakım, insizyon yeri bakımı, ağrı ile baş etme yöntemleri, günlük rutinlerini yerine getirme, taburculuk sonrası olası problemler ve bu problemleri tanılama ve çözebilme yetisi, hekim kontrolleri ve

rutinleri, en yakın sağlık kurum ve kuruluşların varlığı hakkında bilgilerle donatılması gerekir ve taburculuk eğitimi vermek çok önemlidir (Yıldırım ve Bayraktar, 2010).

1.4.3.Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk

Fenwick (1979)'e göre hastane taburculuğuna hazır olma tanımını sosyal fizyolojik ve psikolojik etmenlerin birleşimidir. Hazır olma durumu bu etmenlerin yanı sıra bireyin çevresinin hastaya sağlayabildiği yararlar ile alakalıdır (Fenwick, 1979).

Araştırmalarda hastane taburculuğuna hazır oluşluk kavramı; eve gitmeye yani hastaneden ayrılmaya hazır oluşluk olarak tanımlanmaktadır. Hastaya eve gitmeye hazır olduğunu söyleyebilmek için; fiziksel olarak yetebilirliği, evde kendi kendine bakım verebilme yetisi, evde bakabilecek kişilerin varlığı, gerekli durumlarda sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve bireyin taburculuğa dair hiçbir sorusunun ve sorununun kalmaması gereklidir (Altıntuğ ve Ege, 2013).

Taburculuk hazırlığı, taburculuk eğitimi ve taburculuğun planlamasının bir bölümüdür ve bireyin ve yakınlarının sağlık kuruluşundan ayrılma yetilerinin tahminini yapan çok faktörlü ve sistemli bir programdır. Titler ve Petit (1995)'e göre taburculuk hazırlığının değerlendirilmesinde, fizyolojik stabilite, birey ve yakınlarının öz bakımı yerine getirebilme yeterliliği, öz-yeterlik algısı, sosyal desteğin olması ve sağlık-sosyal kaynaklara erişim olmak üzere beş alt başlık önemli ölçüt kabul edilmektedir (Titler and Petit, 1995).

Taburculuk eğitimi, hastanın servise kabulü ile başlar eve gönderilmesi ile son bulur. Bireyler taburculuk sonrası bakım gereksinimlerine cevap verebilecek kadar teori ve pratik elde etmiş bir şekilde taburcu olmalıdırlar. Birey ve yakınlarının taburculuk eğitiminden bütün sağlık personeli yükümlü olmasına karşın en önemli yükümlülük hemşirelerindir. Hemşirelerin daha etkin ve kaliteli bakım verebilmesi hasta memnuniyeti ve memnuniyetsizliği nedenlerinin ele alınması ile mümkün olabilir (Çoşkun ve Akbayrak, 2001).

Weiss ve arkadaşları (2007) hastane taburculuğuna hazır olmayı dört alt boyutta topladı. Bu boyutları ise şöyle açıkladılar; “*kişisel durum*, bireyin taburcu olacağı gün sahip olduğu enerji, kendini nasıl hissettiği, *bilgi*; bireyin taburculuğuna, hastalığına, ilaçlarına dair sahip olduğu bilgi düzeyi, *baş etme becerisi*; bireyin taburcu olduktan sonra günlük gereksinimlerini karşılama yetisi, *beklenen destek*; bireye maddi ve manevi yardımcı olabilecek birilerinin varlığıdır.”

Taburculuğa hazır olma ile ilgili literatür taraması yapıldığında farklı sonuçlar göze çarpmaktadır. Örneğin; Coffey ve McCarthy (2013) taburculuğa hazır olma algısı düşük olan hastaların, taburculuk sonrası sağlık kuruluşuna geri yattığını gözlemlemiştir. Weiss ve arkadaşları (2017) taburculuğa hazır olma ve hastaneye geri yatış arasında ters orantılı bir sonuç bulmuştur.

Zhaol ve arkadaşları (2016) yaptıkları çalışmada hastaların taburculuğa hazır olma algılarının değerlendirilmesinin olası komplikasyonların ve problemlerin önüne geçeceği ve eğitim planını oluşturmak için etkin bir metot olacağını düşünmüşlerdir.

Schmocker ve arkadaşları (2015) ise taburculuğa hazır olma durumu ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı ve kuvvetli ilişki bulmuşlar böylece hasta-hemşire

iletişimi ve hastane deneyiminin taburculuk üzerindeki olumlu etkisini vurgulamışlardır.

Kaya ve arkadaşlarının (2018b) çalışmasında ise bireylerin kendilerini taburculuğa hazır hissetmeleri evde kendileri ile ilgilenecek biri olma durumuna bağlıdır. Evde desteğin olduğunu düşünen hastalar kendilerini taburculuğa daha hazır hissetmişler.

1.4.4.Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluğu Engelleyen Etmenler

Hastanın servise kabulü ile başlayan süreç bireyin eve gitmeye hazır olması ile devam eder. Hasta bireyler eve gittiklerinde günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilecek kadar bilgi ve yeteneğe sahip olmalılar. Özellikle hemşirelerin gözetim, denetim ve yükümlülüğünde olan bu süreçte birey ve yakınlarının doğru ve planlı eğitimi önemlidir (Çoşkun ve Akbayrak, 2001).

Günümüzde bu eğitimlerin yeterli olmadığı, bireylerin yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadan taburcu oldukları gözlenmiş ve bu durum bireylerin tekrarlayan yatışları, komplikasyonlarla baş edememe, hasta ve yakınlarında çaresizliğe neden olmuştur (Titler and Petit, 1995).

Hasta merkezli taburculuk planının oluşturulmaması, hastanın gereksinimlerinin göz ardı edilmesi, bakım sağlayıcı ve hasta arasındaki yetersiz iletişim gibi nedenlerle hasta düşünülen daha fazla bilgi gereksinimi ve fiziksel yetersizlik ile taburcu edilebilmektedir (Knier et al., 2015).

Erken taburculuk, cerrahi hastaların operasyon zamanı kliniğe alınması, preoperatif dönemde yetersiz bilgilendirme, hastaların eğitim aldıkları zamanın doğru olmadığı durumlarda da bireyler taburcu olduklarında sorunlarla başa çıkamadıkları görülmüştür (Ohta et al., 2016).

Hastaların yaşlı olması, eğitim seviyesinin düşük olması, taburculuk sırasında ki tıbbi aksaklıklar, iletişimsizlik, personel ve hizmet yetersizliği, yanlış ve eksik bilgilendirme, sağlık personellerinin eğitimsizliği, taburculuk sonrası sağlık kurumlarına ulaşılmaması gibi pek çok unsur taburculuğa hazır oluşu etkiler. Özellikle yaşlı hastalar taburculuk sırasında evdeki ihtiyaçlarını söylemeye çekinebilirler. Böyle durumlarda yaşlı hasta ve evde bakım verecek olan kişilerin bilgi gereksinimleri onların ihtiyaçları doğrultusunda giderilmeli ve teşvik edilmelidirler (Bobay et al., 2010).

Taburculuk eğitimi sadece hastanın değil evde bakım verecek olan bireylerinde gereksinimidir. Bu durum göz önünde bulundurularak bireyler taburculuğa hazırlanmalı bilgi gereksinimleri karşılanmalıdır (Duran ve Gürhan, 2012).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yetişkin hastaların bireyselleştirilmiş algılarının hastane taburculuğuna hazır oluşluklarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

2.2.Araştırmanın Yeri

Araştırma Isparta ve Afyon illerinde bulunan iki üniversite ve bir şehir hastanesi olmak üzere üç hastanede gerçekleştirildi. Araştırmanın planlanma sürecinde 2018’de elde edilen verilere göre; Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Araştırma ve Uygulama Hastanesi 600 yatak kapasiteli ve 34 anabilim dalını içeren bünyesinde taburculuk eğitimini hemşire ve hekimler vermektedir. Isparta Şehir Hastanesi ise 80 yataklı bir hastane olup çalışan hekim ve hemşire tarafından taburculuk eğitimi verilmektedir. Afyon Kocatepe Üniversitesi (AKÜ) Hastanesi ise 557 yataklı bir hastanedir ve taburculuk eğitimini hemşire ağırlıklı olmak üzere hekimler vermektedir.

2.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni, Afyonkarahisar ve Isparta merkezinde bulunan üç hastanenin dahili ve cerrahi kliniklerinden Mart 2018 – Temmuz 2018 tarihleri arasında canlı taburcu olan 18 yaş ve üzerindeki tüm hastalardır. Dahili klinikler içeren nefroloji, dermatoloji, gastroenteroloji, hematoloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon vb. tüm iç hastalıkları anabilim dalları ile cerrahi klinikleri içeren genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi vb. tüm cerrahi anabilim dallarına hasta yatmakta olup karma klinikler olabildiği gibi, ayrı anabilim dalına ait kliniklerde bulunmaktadır. Dahili ve cerrahi kliniklerden taburcu olan hastalar değerlendirilmeye alınmıştır.

Araştırma sistematik tesadüfi örnekleme yöntemi ile hasta kayıtları dikkate alarak seçim yapılma yoluna gidilmiştir. Bu bağlamda, aşağıdaki formül aracılığı ile örneklem büyüklüğü belirlenmiştir.

$$n=S^2 \times Z_{\alpha}^2 /d^2$$

Formüldeki parametrelerden 40 kişilik pilot uygulama sonucunda standart sapma $S=0,8$; 0,05 anlamlılık düzeyine (%95 güven düzeyine) karşılık gelen teorik değer $Z_{0,05}=1,96$ ve örneklem hatasını veren etki büyüklüğü $d=0,1$ olarak alınmış olup formülde yerine konulduğunda her bir hastane için minimum örneklem büyüklüğü 246 olarak hesaplanmıştır. Weiss ve arkadaşlarının (2014) RHDS/SF kullanarak yaptıkları çalışmalarında da örneklem büyüklüğü 254 yetişkin dahili-cerrahi hastadır. Bu kapsamda eksik, hatalı ve güvenilirliği düşük anketler dikkate alınarak her bir hastane için 300'er anket uygulanmıştır. Araştırma kriterlerine uygun 950 hastaya ulaşılmıştır. Fakat 100 hasta anket formunu kendine özgü nedenlerle

doldurmak istememiştir. 39 hasta ise anket formunu eksik doldurduğu için anketler çalışmaya dahil edilememiştir.

AKÜ Hastanesi için 255, SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi için 275, Isparta Şehir Hastanesi için 281 olmak üzere toplam 811 anket değerlendirmeye alınmıştır ve 811 anket üzerinden ilgili analizler yapılmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri;

- 18 yaşından büyük olma
- En az üç gün hastanede yatıyor olması
- İletişim sorunu olmayan
- Herhangi bir ruhsal sağlık problemi olmaması
- Türkçe konuşabilme

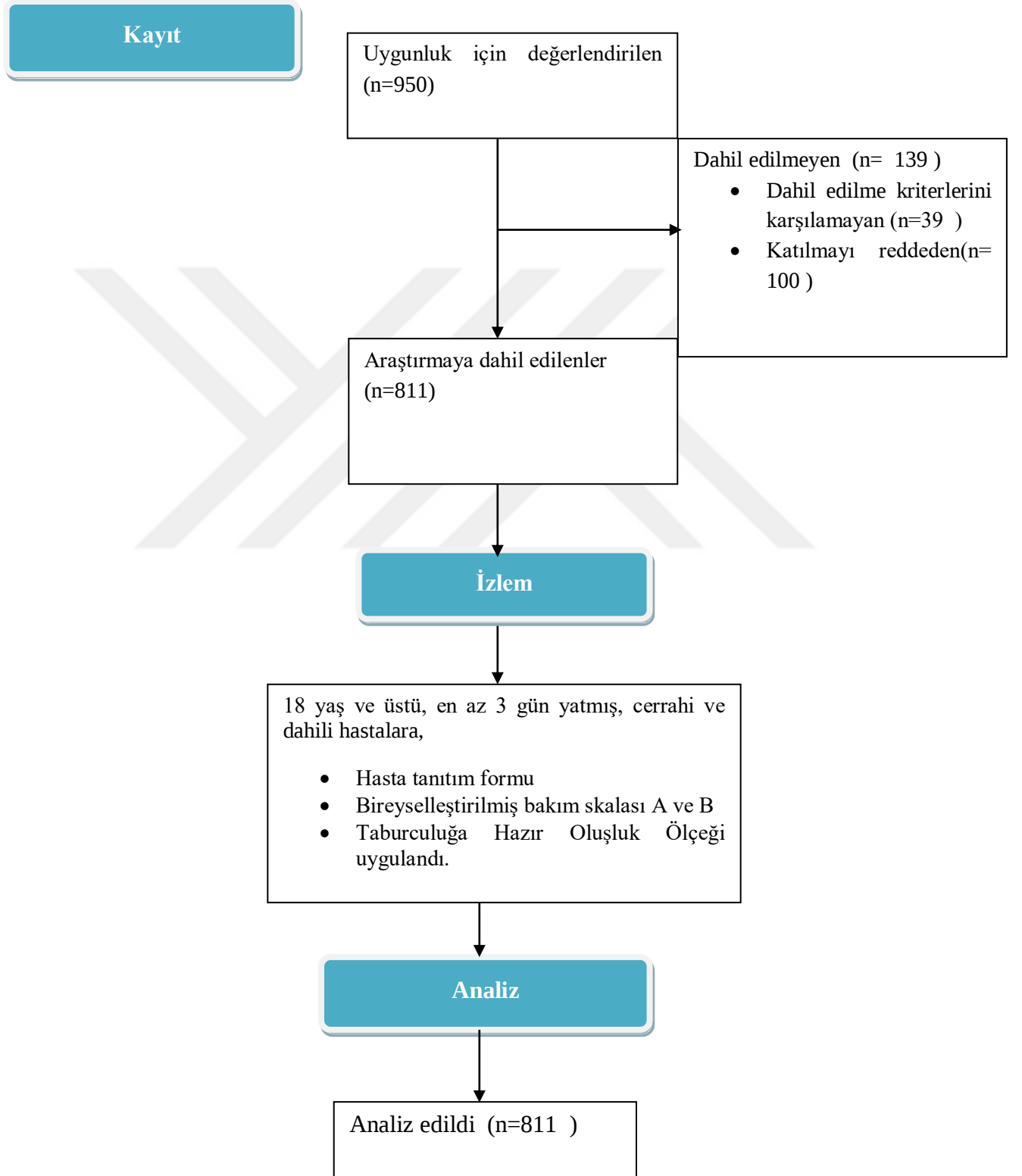
Araştırmaya alınmama kriterleri;

- Üç günden daha az hastanede yatma
- Başka bir hastaneye sevk edilme
- İletişim sorunu olma
- Türkçe konuşamama

2.4.Araştırmanın Consort Akış Şeması

Yetişkin Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluklarına Etkisi

Consort Akış Şeması



2.5.Araştırmanın Hipotezleri

H1: Yetişkin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının hastane taburculuğuna hazır oluşluklarına etkisi vardır.

H2: Yetişkin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının hastane taburculuğuna hazır oluşluklarına etkisi yoktur.

2.6.Verİ Toplama Araçları

Araştırmanın verileri anket formuyla toplanmıştır. Anket formu dört kısımdan oluşmaktadır. Hasta tanıtım formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas1 Hasta Versiyonu A-B ve Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeğini içermektedir.

2.6.1.Hasta Tanıtım Formu (EK-1)

Kaynaklardan yararlanılarak elde edilen formda hastaların demografik özelliklerine ulaşmayı amaçlayan sekiz soruya ek olarak hastanede kalma süreleri, hangi serviste kaldıkları, tanıları, daha önce hastanede kalma deneyimlerinin olup olmadığı ve deneyim nedenlerini öğrenmemizi sağlayan 13 soru vardır.

2.6.2.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (EK-2)

Hastanede yatarak bakım almış, bağımsızca soruları yanıtlayabilen ve hastaneden eve taburcu edilebilecek yetişkin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını ölçebilmek amacıyla 2000 yılında Suhonen ve ark. tarafından geliştirilmiş ve daha anlaşılır olması ve soru sayısını azaltmak amacıyla 2005 yılında yine Suhonen ve ark. tarafından düzenlenmiştir. 2010 yılında ise Acaroğlu ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılmıştır. İki bölümden oluşan ölçeğin A bölümü hastanın hastanede tedavi gördüğü sürece bireysel bakımı hedefleyen hemşirelik bakımının farkındalığını B bölümü ise hasta bireyin kendi bakımındaki bireyselliği algılayışını ölçmektedir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A-B'nin alt boyutları;

- i. Klinik durum A01-A07 (KlinA) ve B01-B07 (KlinB)
- ii. Kişisel yaşam durumu; A08-A11 (KişA) ve B08-B11 (KişB)
- iii. Karar verme kontrolü A12-A17 (KarA) ve B12-B1 (KarB) (Suhonen et al., 2007; Acaroğlu ve ark.,2010;)

2.6.3.Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği (EK-3)

Taburculuğa hazır olma durumunun değerlendirilmesi hastanın memnuniyeti, güvenliğini için gerekli olan fiziksel özellikleri sağlamak için önemlidir (Weiss and Piacentina, 2006). Son araştırmaların sonuçları hastaneye geri dönüş ve ölüm oranındaki artış taburculuk hazırlığının gerekliliğini gösterdi (Weiss et al., 2007). Hastanın taburculuğa hazırlanmasında klinik kriterleri ve sağlık ekibi (doktor, hemşire, diyetisyen vs) rol alır. Fakat hastanın hazır olma algısı bakım sağlayan kişilerden tamamen farklı olabilir (Reiley et al., 1996). Bu nedenledir ki taburculuğa

hazır olma durumu hastalar ve hasta yakınlarının bakış açısıyla değerlendirilir (Weiss and Piacentine, 2006). Weiss ve arkadaşlarının 2006'da geliştirdikleri 22 maddelik ölçeğin RHDS 2014'te yine Weiss ve arkadaşları tarafından sekiz soru ve dört alt ölçekten oluşan RHDS/SF çalışmaya hastanın taburculuğa hazır olma durumunu değerlendirme bölümünde ışıktı (Kaya ve ark., 2017). Taburcu olmaya hazır oluşluk ölçeğinin boyutları;

- i. Kişisel durum 1. ve 2. soru
- ii. Bilgi 3. ve 4. soru
- iii. Baş etme yeteneği 5-6. soru
- iv. Beklenen destek 7-8. soruları kapsamaktadır (Kaya ve ark.,2017).

RHDS/SF' de bulunan sekiz soru düşükten en yükseğe olmak üzere 0-10 arasındaki puanlarla değerlendirilmektedir. Birinci ve ikinci soru hastanın gün içinde kendini nasıl hissettiğini, üçüncü ve dördüncü soru taburculuğa yönelik bilgisini beşinci ve altıncı soru taburcu olduktan sonra evde günlük yaşantısına nasıl ve ne ölçüde devam edebileceğini, yedinci ve sekizinci soru ise taburcu olup gittikten sonra evde alabileceği desteği ölçmektedir (Weiss et al.,2010).

Weiss ve ark. tarafından geliştirilen bu ölçeğin 2017' de Kaya ve ark. tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliliği yapılmış Cronbach α güvenirlik katsayısı 0,74 bulunurken alt ölçeklerde bu değer 0,79-0,93 arasında değişim göstermiştir.

2.7.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri hastaların bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim, meslek, gelir durumu, yaşanan yer), sağlık örüntüleri (sağlık güvencesi, hastanede kalma süresi, hangi serviste yattığı, tanısı, daha önce

hastanede yatma deneyimi, yattıysa yatma nedeni), Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A ve B ölçek puanı oluşturmaktadır.

Araştırmanın bağımlı değişkeni ise Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçek puanı oluşturmaktadır.

2.8. Ön Uygulama ve Veri Toplama tekniği

Veri toplama formunun anlaşılabilirliğini tespit etmek için, gerekli izinler alındıktan sonra 15 Şubat- 25 Şubat 2018 tarihleri arasında her hastaneden olmak üzere yatan ve araştırma kriterini karşılayan gönüllü 40 taburcu olacak hastaya pilot uygulama yapıldı. Veriler araştırmanın amacı hastalara açıklandıktan sonra, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile hasta odasında yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Veri toplama süresi yaklaşık 15 dakika sürdü.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri Statistical Package for Social (SPSS) 18.0 programı kullanılarak Afyon Kocatepe Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı'nda analiz edilmiştir. Araştırmaya katılan hastalara ait bireysel tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde dağılımları ile verilmiştir. Bireyselleştirilmiş bakım algıları (A-B) ve Taburculuğa hazır oluşluk ölçeklerinin her bir maddesi frekans, yüzde, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılarak özetlendi. Hastaların bireysel tanıtıcı özelliklerine göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalas (BBS-A ve BBS-B) ve Taburculuğa Hazır Oluşluk

düzeyinin puan ortalamasının karşılaştırılmasında grup sayısı iki olanlarda t testi ve iki gruptan fazla olanlar için varyans analizi testi kullanıldı. Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı (BBS-A ve BBS-B)'nin Taburculuğa Hazır Oluşluk üzerindeki etkisini incelemek için Pearson korelasyon analizi ve regresyon modeli uygulanarak sonuçlar yorumlanmıştır. Sonuçların yorumlanmasında ise 0,05 anlamlılık düzeyi ölçüt olarak alınmıştır.

2.10.Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yürütülebilmesi için;

- Öncelikle Weiss tarafından geliştirilen RHDS/SF ölçeğinin orijinali için Marianne Weiss, Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan Sıdıka Kaya'dan mail yoluyla izin alınmıştır (EK-9, EK-10).
- Tez önerisi Afyon Kocatepe Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 02.02.2018 tarih ve 2018/2-54 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (EK-4).
- Araştırmanın yapılacağı Süleyman Demirel Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta Şehir Hastanesi ve Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi'nden ayrıca Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'nden araştırmanın yapılabileceğine dair izin alınmıştır (EK-5, EK-6, EK-7, EK-8).
- Hastanelerin Başhemşirelik/ Hemşirelik Hizmetleri/ Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürleri ile görüşülerek bilgilendirme yapılmış ve araştırmaya başlanmıştır. Verilerin toplanması aşamasında, hastalara araştırma hakkında bilgi verilerek, araştırmaya katılımda gönüllülüğün esas olduğu belirtilmiş ve kendilerinden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Yanıtların gönüllü olarak verilmesi gerekliliğinden araştırma kapsamına alınacak olan hastaların istekli olmalarına dikkat edilerek araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür

oldukları açıklanarak sözel onamları alınmıştır. Katılmak istemeyenler araştırmaya dahil edilmemiştir.



3.BULGULAR

3.1.Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmanın örneklem grubundaki hastaların bireysel özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 3.1.1’de sunulmuştur.

Tablo 3.1.1.Hastaların bireysel özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Grup	Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	423	52,2
	Erkek	388	47,8
Yaş	18-25	59	7,3
	26-35	90	11,0
	36-45	99	12,2
	46-55	157	19,4
	56 ve üzeri	406	50,1
Eğitim	Okur-yazar değil	82	10,1
	Okur-yazar	68	8,4
	İlkokul mezunu	355	43,8
	Ortaokul mezunu	115	14,2
	Lise mezunu	118	14,5
	Lisans mezunu	73	9,0
Medeni durum	Evli	627	77,3
	Bekar	184	22,7
Meslek	Ev hanımı	322	40,9
	Emekli	197	24,3
	Memur	62	7,6
	İşçi	87	10,7
	Diğer	133	16,4
Yaşanılan yer	İl	375	46,2
	İlçe	224	27,6
	Köy/kasaba	212	26,2
Gelir-gider durumu	Gelir giderden düşük	212	26,1
	Gelir gidere denk	524	64,7
	Gelir giderden yüksek	75	9,2
Toplam		811	100

Tablo 3.1.1’de çalışmaya katılan hastaların bireysel özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların %52,2’sinin kadın, %47,8’inin erkek, %7,3’ünün 18-25 yaş arası, %11,0’ının 26-35 yaş arası, %12,2’sinin 36-45 yaş arası, %19,4’ünün 46-55 yaş arası ve %50,1’inin ise 56 yaş ve üzeri bireylerden oluştuğu belirlendi. Hastaların %10,1’inin okur-yazar olmadığı, %8,4’ünün sadece okur-yazar olduğu, %43,8’inin ilkokul, %14,2’sinin ortaokul, %14,5’inin lise ve %9,0’inin lisans mezunu olduğu görüldü. Katılımcı hastaların %77,3’ü evli, %22,7’si bekaardır. Meslek durumlarına bakıldığında %40,9’unun ev hanımı, %24,3’ünün emekli, %7,6’sının memur, %10,7’sinin işçi ve %16,4’ünün başka meslek gruplarından olduğu görülmüştür. Hastaların %46,2’si ilmerkezinde, %27,6’sı ilçede, %26,2’i ise köy/kasabada ikamet ettiği, %26,1’inin gelir durumunun düşük, %64,7’sinin gelir durumunun orta, %9,2’sinin gelir durumunun yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmaya katılan hastaların sağlık örüntülerine (hastanede kalma süreleri, yattığı klinikler, tanıları, daha önce yatış deneyimleri) göre dağılımı Tablo 3.1.2’de verilmiştir.

Tablo 3.1.2. Hastaların sağlık örüntülerine göre dağılımı

Değişken	Grup	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanede Kalma Süresi	3-6gün	273	33,6
	7-10 gün	269	33,2
	11 ve üzeri gün	269	33,2
Yattığı Klinik	Dahili klinikler	413	51,1
	Cerrahi klinikler	398	48,9
Hastane Yatış Deneyimi	Var	529	65,2
	Yok	382	34,8
Daha Önce Hastanede Yatma Nedeni	Dahili hastalık	279	34,4
	Cerrahi hastalık	263	32,4
	Yok	269	33,2
Toplam		811	100,0

Tablo 3.1.2’de hastaların %33,6’sının 3-6 gün, %33,2’sinin 7-10gün ve %33,2’sinin 11 gün ve daha fazla hastanede yattığı, %51,1’inin dahili klinik, %48,9’unun cerrahi klinik hastası olduğu görülmektedir. Hastaların %65,2’sinin

daha önce hastaneye yatma deneyimi varken, %34,8'i daha önce hiç hastaneye yatmamıştır. Hastaların %34,4'ü dahili hastalık nedeniyle, %32,4'ü cerrahi hastalık nedeniyle hastanede yattığı görülmektedir.

3.2.Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Hastanın bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin bakış açısı Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Hastanın hastanede kaldığı sürece bireyselliğini desteklemeyi hedefleyen hemşirelik girişimlerinin farkındalığını gösteren Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A alt boyutuna ve hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılamasının belirlendiği Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B alt boyutuna ilişkin ortalama puanlarına göre dağılımları Tablo 3.2.1'de verilmiştir.

Tablo 3.2.1.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A-B alt boyutlarına göre dağılımı

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	$\bar{x}$	SS
KlinA*	7	3,46	1,23
KarA*	6	3,11	1,06
KişA*	4	3,36	1,07
Genel durum	17	3,34	1,03
KlinB*	7	3,96	1,18
KarB*	6	3,92	0,97
KişB*	4	4,01	1,01
Genel durum B	17	3,97	1,01

BBS-A ve BBS-B alt boyutlarından alınabilecek olası puan aralığı 1-5 arasındadır. KlinA: Klinik Durumda Bireysel Özellikler A; KarA*: Karar Verme Kontrolü A; KişA*: Hastanın Kişisel Yaşam Durumu A; KlinB*: Klinik Durumda Bireysel Özellikler B; KarB*: Karar Verme Kontrolü B; KişB*: Hastanın Kişisel Yaşam Durumu B

Tablo 3.2.1'deki Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ve B alt boyut ortalamaları incelendiğinde; alt boyutlara ilişkin genel durum ortalamasının (BBS-A=3,34±1,03; BBS-B=3,97 ± 1,01) beşli likert tipi ölçekte orta değer olan 3 puanın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durumda hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının olumlu olduğu ifade edilebilir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; Klinik durumda bireysel özellikler A boyutuna ilişkin ortalamanın ($\bar{X}=3,46$) kişisel yaşam durumu A ($\bar{X}=3,36$) ve karar verme kontrolü A ($\bar{X}=3,11$) alt boyutlarına ilişkin ortalamalardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu da hasta bireylerinin hastalığa olan yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığın kendisi için daha çok anlam ifade ettiği, bakımı ile ilgili kararlara katılımda, söz sahibi olmalarında ve bilgiye temellenmiş karar verme kontrolünde daha az katkı sağladıklarını göstermektedir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; Kişisel yaşam durumu B boyutuna ilişkin ortalamanın ($\bar{X}=4,01$), klinik durumda bireysel özellikler B ($\bar{X}=3,96$) ve karar verme kontrolü B ($\bar{X}=3,92$) alt boyutlarına ilişkin ortalamalardan yüksek olduğu tespit edilmiştir.

3.3.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalasının Maddelerine Ait Bulgular

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A'nın "klinik durumda bireysel özellikler " alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.3.1'de sunulmuştur.

Tablo 3.3.1. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A' nın “klinik durumda bireysel özellikler” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç (1) %	Az (2) %	Orta (3) %	Çok (4) %	Tam (5) %		
A01.Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular.	10,7	10,0	5,8	32,7	40,8	3,82	1,34
A02. Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular.	11,3	12,0	5,3	35,0	35,5	3,72	1,35
A03.Elimden geldiği oranda kendi bakımımda sorumluluk alma fırsatı verdiler.	11,8	12,0	8,1	30,0	36,1	3,66	1,38
A04.Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar.	17,3	13,2	12,8	27,5	29,2	3,38	1,45
A05.Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular.	22,2	15,8	14,4	20,3	27,3	3,14	1,52
A06.Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar.	16,5	15,9	12,5	26,6	28,5	3,34	1,45
A07.Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular.	23,8	12,9	12,9	25,3	25,0	3,14	1,52

Tablo 3.3.1’de Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A bölümünün “klinik durumda bireysel özellikler” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikleri incelendiğinde; “durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular”($\bar{X}$ =3,82) maddesinin puan ortalaması en yüksek olup,%73,5’i “çok” ve “tam” seçenekleriyle olumlu görüş bildirirken,%20,7’si “hiç” ve “az” seçenekleriyle olumsuz görüş bildirmiştir. Katılımcı hastaların “bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular” ($\bar{X}$ =3,72) maddesine %71,4’ü olumlu görüş bildirirken, %23,3’ü olumsuz görüş bildirmiştir. Hastaların “elimden geldiği oranda kendi bakımımda sorumluluk alma fırsatı verdiler” ($\bar{X}$ =3,66) maddesine %66,1’i “çok” ve “tam” seçenekleriyle olumlu görüşünü, %23,8’i ise “az” ve “hiç” seçenekleriyle olumsuz görüşünü bildirmiştir. Bununla birlikte katılımcı hastaların “nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar” ($\bar{X}$ =3,66) maddesine %56,7’si olumlu görüşünü,%30,5’i olumsuz görüşünü bildirmiştir. Hastaların “bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar” ($\bar{X}$ =3,34) maddesine %55,1’i “çok” ve “tam” seçenekleriyle olumlu görüş, %32,4’ü “az” ve “hiç” seçenekleriyle olumsuz görüşünü bildirmişlerdir. Diğer taraftan “korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular” ($\bar{X}$ =3,14) maddesine hastaların %47,6’sı olumlu görüşünü, %38,0’ı olumsuz görüşünü bildirirken “bu durumun benim için ne anlam

taşıdığı hakkında benimle konuştular” ($\bar{x}=3,14$) maddesine ise hastaların %50,3’ü olumlu görüşünü bildirirken, %36,7’si olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Tablo 3.3.1’de yer alan maddelerin puan ortalaması incelendiğinde, puan ortalamalarının beşli likert tipi ölçekte orta değer olan 3 puanın üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durumda hasta bireylerin hastalığa karşı tepkileri, duyguları, hastalığın kendileri için anlamları olumlu olduğu ifade edilebilir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A’nın “hastanın kişisel yaşam durumu” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikleri Tablo 3.3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.3.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A’ nın” hastanın kişisel yaşam durumu” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç (1) %	Az (2) %	Orta (3) %	Çok (4) %	Tam (5) %		
A08.Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (iş, hobiler).	59,1	8,9	10,2	9,4	12,5	2,07	1,47
A09.Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular.	10,1	7,6	5,2	31,1	46,0	3,95	1,31
A10.Günlük alışkanlıklarımı sordular (örn., kişisel hijyen).	16,2	8,9	10,9	30,3	33,8	3,56	1,43
A11.Ailemin, bakımimde yer almasını isteyip istemediğimi sordular.	38,2	9,9	5,8	20,2	25,9	2,85	1,68

Tablo 3.3.2’de “hastanın kişisel yaşam durumu” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde katılımcı hastaların “hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular(iş, hobiler)” ($\bar{x}=2,07$) maddesine %21,9’unun “çok” ve “tam” seçenekleriyle olumlu, %68’inin “az” ve “hiç” seçenekleriyle olumsuz görüş bildirdiği gözlenirken; “ailemin, bakımimde yer almasını isteyip istemediğini sordular” ($\bar{x}=2,85$) maddesine %46,1’inin olumlu, % 48,1’inin ise olumsuz görüş belirttiği görülmüştür.

Katılımcı hastaların “daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular” ($\bar{x}=3,95$) maddesine %77,1’i olumlu görüş bildirirken, %17,7’si olumsuz görüş, “günlük alışkanlıklarımı sordular (örn. kişisel hijyen)” ($\bar{x}=3,56$) maddesine ise %64,1’i olumlu görüş, %24,1’i olumsuz görüşünü bildirmiştir.

Tablo 3.3.2’de ki verilere göre hastalar “hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (iş, hobiler)” ($\bar{x}=2,07$) ve “ailemin, bakımında yer almasını isteyip istemediğimi sordular” ($\bar{x}=2,85$) maddelerinde olumsuz algı içindedirler.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A’nın “karar verme kontrolü” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3.3.3’de sunulmuştur.

Tablo 3.3.3.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A’nın “karar verme kontrolü” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım düzeyi					$\bar{x}$	SS
	Hiç (1)	Az (2)	Orta (3)	Çok (4)	Tam (5)		
	%	%	%	%	%		
A12.Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler.	13,4	11,0	7,4	31,6	36,6	3,66	1,40
A13.Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular.	14,2	11,2	7,2	32,9	34,5	3,62	1,41
A14.Bakımım ile ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler.	9,5	11,5	7,6	32,2	39,2	3,80	1,32
A15.Bakımım ile ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular.	11,5	12,0	6,3	33,8	36,5	3,71	1,36
A16.Bakımım ile ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular.	12,1	11,8	6,0	35,0	35,0	3,69	1,37
A17.Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular.	72,5	9,6	5,1	6,5	6,3	1,64	1,21

Tablo 3.3.3’de “karar verme kontrolü-A” alt boyutu incelendiğinde, “bakımım ile ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler” ($\bar{x}=3,80$) maddesine hastaların %71,4’ü “çok” ve “tam” seçenekleriyle olumlu görüş bildirirken, %21,0’i “az” ve “hiç” seçenekleriyle olumsuz görüş bildirmiştir. Bununla birlikte “bakımım ile ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular” ($\bar{x}=3,71$) maddesine katılımcı hastaların %70,3’ü “çok” ve “tam” seçenekleriyle olumlu görüş bildirirken, %23,5’i “hiç” ve “az” seçenekleriyle olumsuz görüş bildirmiştir.

Tablo 3.3.3’e göre “bakımım ile ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular” ($\bar{x}=3,69$) maddesine hastaların %70,0’i olumlu görüş bildirirken, %23,9’u olumsuz görüş bildirmiştir. Bununla birlikte “hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler” ($\bar{x}=3,66$) maddesine hastaların %68,2’si olumlu görüş bildirirken, %24,4’ü olumsuz görüş bildirmiştir. Aynı zamanda “durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular” ($\bar{x}=3,62$) maddesine hastaların %67,4’ü olumlu görüş bildirirken, %25,4’ü olumsuz görüş bildirmişlerdir. Fakat “banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular” maddesine ise hastaların %12,8’i olumlu görüş bildirirken, %82,1’i olumsuz görüş bildirmişlerdir. Tablodaki verilere göre hastalar “banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular” ($\bar{x}=1,64$) maddesinde olumsuz algı içindedirler.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B’nin “klinik durumda bireysel özellikler” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3.3.4’de sunulmuştur.

Tablo 3.3.4.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'nin “klinik durumda bireysel özellikler” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç (1) %	Az (2) %	Orta (3) %	Çok (4) %	Tam (5) %		
B01.Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular.	7,6	9,6	6,0	25,4	51,3	4,03	1,28
B02.Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular.	7,4	11,7	4,6	27,6	48,7	3,99	1,29
B03.Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım.	5,1	8,5	7,3	24,4	54,7	4,15	1,18
B04.Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular.	7,8	11,6	6,8	26,9	47,0	3,94	1,30
B05.Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular.	8,5	11,8	10,1	24,5	45,0	3,86	1,33
B06.Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular.	8,8	10,7	8,4	27,7	44,4	3,88	1,32
B07.Bakımım sırasında, hastalığının kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular.	8,4	10,6	10,1	26,0	44,9	3,88	1,31

Tablo 3.3.4’de Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası’nın hastanın kendi bakımında bireyselliğini algıladığı B bölümünün alt boyutlarından “klinik durumda bireysel özellikler” alt boyutuna ilişkin puan ortalamaları ve yüzdelik betimsel istatistikleri incelendiğinde; “kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım” ($\bar{X}$ =4,15) maddesine hastaların %78,1’i “çok” ve “tam” seçenekleriyle olumlu görüş bildirirken, %13,6’sı “hiç” ve “az” seçenekleriyle olumsuz görüş bildirmişlerdir. Bununla beraber “bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular” ($\bar{X}$ =4,03) maddesine hastaların %76,7’si olumlu görüş, %17,2’si olumsuz görüş bildirmiştir. Aynı zamanda “bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular” ($\bar{X}$ =3,99) maddesine hastaların %76,3’ü olumlu görüş bildirirken, %19,1’i olumsuz görüş bildirmiştir.

Tablo 3.3.4’e göre “bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular” ($\bar{X}$ =3,94) maddesine hastaların %73,9’u olumlu görüş bildirirken, %19,4’ü olumsuz görüşünü bildirmişlerdir. Hastaların %69,5’i “bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular” ($\bar{X}$ =3,86) maddesine

olumlu görüş belirtirken, %20,3'ü olumsuz görüş belirtmiştir. Bununla birlikte hastaların “bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular”($\bar{x}=3,88$) maddesine %72,1'i olumlu görüş bildirirken, %19,5'i olumsuz görüş bildirmiştir. Aynı zamanda “bakımım sırasında, hastalığımın kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular” ($\bar{x}=3,88$) maddesine hastaların %70,9'u olumlu görüş belirtirken, %19,0'ı olumsuz görüşlerini belirtmişlerdir. Bu maddeler beşli likert tipi ölçekte orta değer olan 3 puanın üzerinde olması sebebiyle olumsuz olarak değerlendirilmemiştir. Hastalar Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'nin “klinik durumda bireysel özellikler” alt boyutunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A'nın “klinik durumda bireysel özellikler” alt boyutuna göre daha olumlu algıya sahiptirler.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- kişisel yaşam durumu alt boyutuna ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 3.3.5'de sunulmuştur.

Tablo 3.3.5. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası B' nin “hastanın kişisel yaşam durumu” alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılım Düzeyi					$\bar{X}$	SS
	Hiç (1) %	Az (2) %	Orta (3) %	Çok (4) %	Tam (5) %		
B08.Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar.	19,5	10,9	14,3	20,6	34,8	3,40	1,52
B09.Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular.	6,8	7,5	5,8	27,4	52,5	4,11	1,22
B10.Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular.(örneğin; kişisel hijyen)	8,0	8,4	8,1	27,4	48,1	3,99	1,27
B11.Ailem, istediğim zaman bakımımında yer aldılar	10,2	4,3	4,3	19,1	62,0	4,18	1,31

Tablo 3.3.5'de yer alan “hastanın kişisel yaşam durumu” alt boyutuna ait betimsel istatistikleri incelendiğinde; “ailem, istediğim zaman bakımımında yer aldılar” ($\bar{x}=4,18$) maddesine hastaların %55,4'ü “çok” ve “tam” seçenekleriyle olumlu görüş bildirirken, %30,4'ü “az” ve “hiç” seçenekleriyle olumsuz görüş bildirmişlerdir. Bununla birlikte “bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular” ($\bar{x}=4,11$) maddesine katılımcı hastaların

%79,9'u olumlu görüş bildirirken %14,3'ü olumsuz görüş bildirmişlerdir. Hastaların %75,5'i "hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular(örneğin; kişisel hijyen)" ($\bar{x} = 3,99$) maddesine olumlu görüş bildirirken, %30,4'ü olumsuz görüş bildirmişlerdir. Diğer taraftan "bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar" ($\bar{x} = 3,40$) maddesine hastaların %55,4'ü "çok" ve "tam" seçenekleriyle olumlu görüş, %30,4'ü "az" ve "hiç" seçenekleriyle olumsuz görüş bildirerek diğer maddelere göre daha az olumlu algı içinde olduklarını ifade etmişlerdir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası'nın hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılaması durumunun değerlendirildiği B bölümüne ait "karar verme kontrolü" alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3.3.6'da verilmiştir.

Tablo 3.3.6. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası B'nin "karar verme kontrolü" alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler

Maddeler	Katılma Düzeyi					$\bar{x}$	SS
	Hiç (1) %	Az (2) %	Orta (3) %	Çok (4) %	Tam (5) %		
B12.Hastanede bana verilen bilgilere uydum.	2,8	2,5	4,6	19,0	71,1	4,53	0,91
B13.Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım.	4,2	9,6	6,8	23,6	55,9	4,17	1,17
B14.Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar.	6,9	10,6	5,8	24,0	52,7	4,05	1,28
B15.Bakımım ile ilgili kararlara katıldım.	7,0	10,6	5,7	24,8	51,9	4,04	1,28
B16.Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular.	7,5	12,1	4,3	28,1	48,0	3,97	1,30
B17.Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim.	24,2	14,2	8,3	16,6	36,7	3,28	1,63

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'nin "karar verme kontrolü" alt boyutuna ilişkin betimsel istatistikler incelendiğinde; katılımcı hastaların %90,1'i "hastanede

bana verilen bilgilere uydum” ($\bar{x}=4,53$) maddesine “çok” ve “tam” seçenekleriyle olumlu görüş bildirirken, %5,3’ü “az” ve “hiç” seçenekleriyle olumsuz görüş bildirmişlerdir. Hastaların %79,5’i “durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım” ($\bar{x}=4,17$) maddesine olumlu görüş, %13,8’i olumsuz görüş bildirmiştir. Bununla birlikte “bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar” ($\bar{x}=4,05$) maddesine hastaların %76,7’si olumlu görüş bildirirken, %17,5’i olumsuz görüş bildirmişlerdir. Hastaların %76,7’si “bakımım ile ilgili kararlara katıldım” ($\bar{x}=4,04$) maddesine olumlu görüş, %17,6’sı olumsuz görüş bildirmiştir (Tablo 3.3.6).

Tablo 3.3.6’da yer alan verilere göre; “bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular” ($\bar{x}=3,97$) maddesine hastaların %76,1’i olumlu görüş bildirirken, %19,6’sı olumsuz görüş bildirmiştir. Fakat hastaların %53,3’ü “banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim” ($\bar{x}=3,28$) maddesine olumlu görüş bildirirken, %38,4’ü olumsuz görüş bildirmiştir.

Tablo 3.3.6’da verilen betimsel istatistiklere göre hastalar genel olarak olumlu görüş bildirmiştir. Sonuçlar 5’li likert tipi ölçeğine göre 3’ün orta değeri alındığı durumda 3’ün üstünde çıktığı gözlenmiştir. Fakat hastalar banyo zamanları hakkında kendi kararlarını verme konusunda diğer maddelere göre daha olumsuz algı içindedirler.

3.4.Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeğine Ait Bulgular

Sekiz soru ve 4 alt boyuttan oluşan ölçeğe ait betimsel istatistikler Tablo 3.4.1’de verilmiştir.

Tablo 3.4.1. Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği'ne ait betimsel istatistikler

Maddeler	0*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10*	$\bar{X}$	SS
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%		
1.Eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar hazırsınız?	33,0	4,1	4,1	4,1	5,9	10,5	10,1	4,9	5,5	3,3	14,4	4,14	3,70
2.Bugünkü enerjinizi nasıl tarif edersiniz?	19,9	3,9	7,9	6,8	11,6	9,7	8,9	8,0	6,5	3,8	12,9	4,60	3,37
3. Eve gitmenizin ardından oluşabilecek sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	33,3	6,5	7,6	5,2	7,6	8,8	6,4	5,2	4,3	3,5	11,6	3,67	3,56
4. Eve gitmenizin ardından uymanız gereken kısıtlamalarla (yapabileceğiniz şeyler ve yapmanıza izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	33,3	6,8	7,2	5,2	6,4	8,9	8,0	3,7	4,9	3,2	12,5	3,73	3,61
5. Evde hayatın taleplerini ne kadar iyi karşılayabileceksiniz?	23,3	5,3	7,3	6,9	9,0	10,9	8,9	6,7	6,3	3,6	12,0	4,32	3,42
6. Evde kişisel bakımınızı (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabileceksiniz?	20,8	5,5	8,4	6,7	7,3	11,8	8,1	5,2	6,0	5,7	14,4	4,59	3,51
7. Eve gitmenizin ardından, ihtiyacınız olursa, kişisel bakımınıza ne kadar yardımcı olunacak?	9,1	1,4	1,6	2,3	6,7	8,8	8,3	8,4	14,3	14,1	25,2	6,82	3,11
8. Gerekirse, tıbbi bakım ihtiyaçlarınıza ne kadar yardımcı olunacak (tedaviler, ilaçlar)?	9,9	2,0	2,7	3,6	7,3	10,5	11,6	11,1	14,9	7,6	18,9	6,23	3,09

*0: Hiç; 10:Çok

Tablo 3.4.1’de verilen betimsel istatistiklere göre Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeğinde 0’ın hiç 10’nun çok olduğu 10’lu likert tipi ölçekte 5’in orta değer alındığı durumda katılımcı hastaların %38,2’si “eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar hazırsınız?” ($\bar{X}=4,14$) sorusuna olumlu, %51,2’si olumsuz görüş bildirmiştir. Yani hastaların %51,2’si eve gitmeye fiziksel olarak hazır olmadığını ifade etmişlerdir. Hastaların %49,8’i “bugün ki enerjinizi nasıl tarif edersiniz?” ($\bar{X}=4,60$) sorusuna olumlu görüş bildirirken, %50,1’i ise olumsuz görüş bildirmiştir. Yani hastaların %50,1’i enerjilerinin düşük olduğunu ifade etmişlerdir.

Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeğinin üçüncü ve dördüncü sorusunun verileri incelendiğinde; “eve gitmenizin ardından oluşabilecek sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?” ($\bar{X}=3,67$) sorusuna hastaların %32,3’ü olumlu görüş bildirirken, %69’u olumsuz görüş bildirmişlerdir. Yani hastaların %69’u eve gitmelerinin ardından oluşabilecek sorunlarla (ağrı, ödem, egzersiz, öz bakım, yara yeri bakımı vs.) ilgili bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Hastaların %32,3’ü “eve gitmenizin ardından uyanmanız gereken kısıtlamalarla (yapabileceğiniz şeyler ve yapmanıza izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?” ($\bar{X} = 3,73$) sorusuna olumlu, %58,’i olumsuz görüş bildirmişlerdir.

“Evde hayatın taleplerini ne kadar iyi karşılayabileceksiniz?” ($\bar{X} =4,32$) sorusuna katılımcıların %37,5’i olumlu cevap verirken %51,8’i olumsuz cevap vermiştir. Hastaların %39,4’ü “evde kişisel bakımınızı (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabileceksiniz?” ($\bar{X} =4,59$) sorusuna olumlu görüşünü bildirirken, %48,’si olumsuz görüşünü bildirmiştir.

Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeğinin son iki sorusuna ait betimsel istatistikler incelendiğinde; “eve gitmenizin ardından ihtiyacınız olursa, kişisel bakımınıza ne kadar yardımcı olunacak?” ($\bar{X} =6,82$) sorusuna hastaların %70,3’ü olumlu görüşünü bildirirken, %21,1’i olumsuz görüş bildirmiştir. Bunların beraber

“gerekirse, tıbbi bakım ihtiyaçlarınıza ne kadar yardımcı olunacak (tedaviler, ilaçlar)?” ($\bar{x}=6,23$) sorusuna katılımcı hastaların %64,1’i olumlu görüş bildirirken, %25,5’i olumsuz görüşünü bildirmişlerdir.

3.5.Taburcu Olmaya Hazır Olma Durumu Alt Boyutlarına Ait Betimsel İstatistikler

Tablo 3.5.1.Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği’ nin alt boyutlarına ait betimsel istatistikler

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	$\bar{X}$	SS
Kişisel Durum	2	4,15	2,87
Bilgi	2	3,71	3,54
Baş etme Becerisi	2	4,46	3,39
Beklenen Destek	2	6,53	3,01
Genel Taburcu	8	4,77	3,70

Taburcu olmaya hazır olma ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde katılımcı hastalar en fazla “beklenen destek” alt boyutunda kendilerini hazır hissederken, en az “bilgi” alt boyutunda kendilerini hazır hissetmektedirler (Tablo 3.5.1).

Ölçeğin istatistik sonuçlarına genel olarak bakıldığında, hastalar kişisel durumlarını kötü hissettiklerini, taburcu olabilecek kadar bilgiye ve yeteneğe sahip olmadıklarını belirtirken evde bakabilecek, destek olabilecek birilerinin olduğunu bildirmişlerdir.

3.6.Ölçeklerin Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Tablo 3.6.1.Bireyselleştirilmiş Bakım Algısının ve Taburcu Olmaya Hazır Olma durumunun hastaların bireysel özelliklerine göre karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	BBS-A*		BBS-B*		TOHO*	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Cinsiyet	Kadın	3,32	1,01	3,99	0,97	4,63	2,95
	Erkek	3,37	1,05	3,94	1,04	4,91	2,75
	p	0,580		0,465		0,155	
Yaş	18-25	3,11 ^a	1,24	3,91	0,99	5,67 ^d	2,90
	26-35	3,32 ^a	1,01	3,95	0,93	5,27 ^d	2,51
	36-45	3,25 ^a	1,06	3,88	1,04	5,70 ^d	2,64
	46-55	3,22 ^a	1,04	3,80	1,10	5,26 ^d	2,74
	56 ve üstü	3,44 ^b	0,98	4,06	0,96	4,10 ^c	2,87
	p	0,050		0,077		0,00	
Eğitim	Okur-yazar değil	3,39	0,98	3,93	0,90	3,46	3,01
	Okur-yazar	3,45	1,11	4,02	1,05	4,46	2,98
	İlkokul mezunu	3,39	0,98	4,05	0,99	4,57	2,83
	Ortaokul mezunu	3,10	1,05	3,74	1,07	4,98	2,61
	Lise mezunu	3,38	1,09	3,94	1,04	5,35	2,64
	Lisans Mezunu	3,21	1,08	3,90	0,89	6,14	2,65
	p	0,098		0,112		0,00	
Medeni Durum	Evli	3,35	1,02	3,99	1,01	4,67	2,88
	bekar	3,30	1,12	3,92	0,96	4,98	2,88
	p	0,609		0,492		0,259	
Meslek	Ev hanımı	3,35	1,02	3,99	0,97	4,41	2,96
	Emekli	3,37	1,05	4,00	1,08	4,40	2,80
	Memur	3,24	0,97	3,68	1,00	5,59	2,3
	İşçi	3,16	1,06	3,76	1,11	5,55	2,68
	Diğer	3,41	1,02	4,11	0,88	5,28	2,76
	p	0,406		0,019		0,00	
Yaşanılan Yer	İl	3,34	1,05	4,06	0,96	5,15	2,77
	İlçe	3,23	1,04	3,72	1,06	4,60	2,79
	Köy/kasaba	3,46	0,94	4,05	0,97	4,25	2,99
	p	0,071		0,00		0,001	
Gelir-gider durumu	Gelir giderden düşük	3,34	1,01	3,98	0,98	4,18	2,94
	Gelir gidere denk	3,35	1,05	4,00	1,01	4,79	2,84
	Gelir giderden yüksek	3,27	0,93	3,64	0,99	6,19	2,09
	p	0,817		0,013		0,00	

BBS-A*:Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A; BBS-B*:Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B; TOHO*:Taburcu Olmaya Hazır Olma Durumu; ^{a, b} yaş gruplarına göre BBS-A puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olan gruplar; ^{c, d} yaş gruplarına göre TOHO ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olan gruplar.

Tablo 3.6.1. incelendiğinde hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A puan ortalamaları ile yaşlar arasında anlamlı bir farklılık gösterirken ($p < 0,005$) cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, yaşanılan yer, gelir-gider durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği ($p > 0,05$) tespit edilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ortalama puanlarının yaş değişkenine göre hangi alt gruplar

arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc Bonferroni testi sonucunda 56 ve üzeri yaş üzeri grubu ile diğer yaş grupları arasında, 56 ve üzeri yaş grubu hastaların lehine istatistiksel olarak $p<0,05$ düzeyinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu durum, 56 ve üzeri yaş grubundaki hastaların diğer yaş gruplarındaki hastalara göre hemşirelik eylemlerinin farkındalığını daha olumlu algıladıklarını ortaya koymaktadır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B puan ortalamaları ile ise meslek, yaşanılan yer ve gelir-gider durumu anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$) diğer bireysel özelliklerde anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$). Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği puan ortalamaları ile bireysel özelliklerden yaş, eğitim, meslek, yaşanılan yer, gelir-gider durumu arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p<0,05$) medeni durum ve cinsiyete göre ise anlamlı bir farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$). Taburculuğa Hazır Oluşluk Ölçeği ortalama puanlarının yaş değişkenine göre hangi alt gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonrası post-hoc Bonferroni testi sonucunda 56 ve üzeri yaş gurubu ile diğer yaş grupları arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu durum, 56 ve yaş üzeri grubundaki hastaların diğer yaş gruplarındaki hastalara göre taburculuğa daha az hazır olduklarını ortaya koymaktadır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B ve Taburcu Olmaya Hazır Olma durumu aritmetik puan ortalama değerleri incelendiğinde; Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası B'deki memnuniyetin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A' ya göre daha yüksek olduğu yani hastanın kendi bakımında bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varmasına göre daha iyi algıladıkları gözlenmiştir. Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeğine baktığımızda ise gelir durumu yüksek ($\bar{X}=4,18$) olduğunda hastanın taburcu olmaya daha hazır olduğu gözlenirken gelir durumunun düşük olduğu durumda ise hazır olmadıkları saptanmıştır ($\bar{X}=6,19$).

Tablo 3.6.2.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Taburcu Olmaya Hazır Olma durumunun hastanede kalma sürelerine göre karşılaştırılması

Değişkenler	Grup	BBS-A*		BBSB*		TOHO*	
		$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS
Hastanede kalma süresi	3-6 gün	3,40	1,03	4,03	0,98	4,21	2,91
	7-10 gün	3,23	1,08	3,88	1,05	4,72	2,82
	11 ve daha fazla	3,38	0,97	3,97	0,98	5,38	2,72
	p	0,10		0,23		0,00	

P<0,05 BBS-A:Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A; BBS-B*:Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası B; TOHO*:Taburcu Olmaya Hazır Olma Durumu

Tablo 3.6.2'ye göre hastaların hastanede kalma sürelerine göre bireyselleştirilmiş bakım algılarında anlamlı bir farklılık bulunmazken ($p>0,05$), taburcu olmaya hazır olma durumlarında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 3.6.2'ye göre hastanede 3-6 gün arasında kalan hastalar bireyselleştirilmiş bakım algısının B bölümüne daha olumlu cevap vermişlerdir ($\bar{X}=4,03$). Bu durum hastaların kendi bakımında bireyselliği daha iyi algıladıklarını göstermektedir. Ancak 3-6 gün kalan hastaların taburcu olmaya hazır olmadıklarını görülmüştür ($\bar{X}=4,21$). 7-10 gün kalan hastalara baktığımızda yine algı skalasının B bölümüne olumlu daha olumlu cevap verdikleri ($\bar{X}=3,88$) fakat bu hastalarında taburculuğa hazır olmadıkları gözlenmektedir ($\bar{X}=4,72$). 11 gün ve daha fazla kalan hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalasının B bölümüne olumlu cevap verdikleri ($\bar{X}=3,97$) ve taburculuğa daha hazır oldukları görülmüştür ($\bar{X}=5,38$). Tablo 3.6.2'ye göre denebilir ki hastanede kalma süresi arttıkça, hastaların taburcu olmaya daha hazır oldukları gözlenmiştir. Hastanede kalma süresinin ise bireyselliği algılamaya çok etkisi olmadığı söylenebilir.

3.7.Ölçeklerin Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası alt boyutları ile Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği ve Kişisel Durum, Bilgi, Yetenek ve Destek alt boyutları arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik korelasyon katsayıları Tablo 3.7.1’de verilmiştir.

Tablo 3.7.1.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve alt boyutları ile Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon katsayıları

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası	Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği					
Alt boyut	Fiziksel Hazırlık	Kişisel Durum Enerji	Bilgi	Yetenek	Destek	Genel Taburcu
Klinik-A	0,291**	0,336**	0,311**	0,325**	0,399**	0,400**
Kişisel-A	0,310**	0,335**	0,344**	0,336**	0,306**	0,385**
Karar-A	0,283**	0,333**	0,321**	0,315**	0,356**	0,384**
GENEL BAKIM-A	0,304**	0,347**	0,334**	0,336**	0,377**	0,406**
Klinik-B	0,281**	0,354**	0,312**	0,324**	0,454**	0,418**
Kişisel-B	0,296**	0,356**	0,312**	0,337**	0,460**	0,426**
Karar-B	0,317**	0,392**	0,350**	0,378**	0,492**	0,467**
GENELBAKIM-B	0,302**	0,375**	0,331**	0,352**	0,477**	0,445**

P<0,01**Klinik Durumda Bireysel Özellikler (KlinA) ve (KlinB); Kişisel Yaşam Durumu (KişA) ve (KişB), Karar Verme Kontrolü (KarA) ve (KarB)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ile Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeğinin alt ölçekleri arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon katsayıları Tablo 3.7.1’de sunulmuştur. Tablo 3.7.1’de tüm korelasyon katsayıları pozitif ve anlamlı bulunmuştur ($p<0,01$). Katsayılar incelendiğinde, hem Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ile Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği arasında ($r=0,406$; $p<0,01$) hem de Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B ile Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği arasında ($r=0,445$; $p<0,01$) pozitif, orta kuvvette ve anlamlı korelasyonlar bulunmuştur.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B’nin alt boyutları ile genel Taburcu Olmaya Hazır Olma arasındaki katsayılar

incelendiğinde, en yüksek ilişki Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A'nın “klinik durumda bireysel özellikler” alt ölçeği ile Taburcu Olmaya Hazır Olma arasında ($r=0,400$; $p<0,01$) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'nin “karar verme kontrolü” alt boyutu ile Taburcu Olmaya Hazır Olma arasında ($r=0,467$; $p<0,01$) gözlenmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ve B alt boyutları ile Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki katsayılar incelendiğinde, hem BBS-A ($r=0,377$; $p<0,01$) hem de BBS-B ($r=0,477$; $p<0,01$) ile en yüksek ilişki "destek" değişkeni arasında bulunmuştur.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası'nın (BBS-A ve BBS-B) Taburcu Olmaya Hazır Olma durumu üzerindeki etkisine yönelik regresyon analizi sonuçları Tablo 3.7.2'de gösterilmiştir.

Tablo 3.7.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Algısının Taburcu Olmaya Hazır Olma durumu üzerine etkisinin regresyon sonuçları

Bağımsız değişkenler	β_j	SE	t	P	ANOVA
Sabit	3,115	0,335	9,296	0,000**	F=26,665
BBS-A	0,495	0,096	5,164	0,000**	P=0,000**
Sabit	2,915	0,403	7,231	0,000**	F=22,511
BBS-B	0,467	0,098	4,745	0,000**	P=0,000**

** $P<0,01$; Bağımlı değişken: TOHO (Taburcu Olmaya Hazır Olma); BBS: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası
BBS-A: Hastanın bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması; BBS-B: hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılaması

Regresyon analizi sonuçlarına göre, hem Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A hem de Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'nin Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği üzerindeki etkisine yönelik regresyon modeli anlamlı bulunmuştur ($F=26,665$; $F=22,511$; $p<0,01$). Buna göre, elde edilen regresyon modelleri aşağıda sunulmuştur.

Model 1: $TOHO = 3,115 + 0,495 \cdot BBS-A + \varepsilon$ (TOHO'nun BBS-A üzerine etkisi)

Model 2: $TOHO = 2,915 + 0,467 \cdot BBS-B + \varepsilon$ (TOHO'nun BBS-B üzerine etkisi)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A'nın Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği üzerindeki etkisine yönelik regresyon modeline (Model 1) göre, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A'daki 1 (bir) birimlik artış, Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği üzerinde 0,495 birimlik bir artışa sebep olacaktır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'nin Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği üzerindeki etkisine yönelik regresyon modeline (Model 2) göre, BBS-B'deki 1 (bir) birimlik artış, TOHO üzerinde 0,467 birimlik bir artışa sebep olacaktır.

Bu bulgular, araştırmanın temel hipotezi olan **“Bireyselleştirilmiş bakım algısının taburcu olmaya hazır olma durumu üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır”** hipotezini desteklemektedir.

4.TARTIŞMA

Çalışma Afyonkarahisar (Afyon Kocatepe Üniversitesi Hastanesi) ve Isparta il merkezinde bulunan hastanelerin (Süleyman Demirel Araştırma-Isparta Şehir Hastanesi) dahili ve cerrahi birimlerinde en az 3 gün yatmış olan yetişkin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının hastane taburculuğuna hazır olma durumlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılmış olup; araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri ile yorumlanmıştır.

4.1.Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının elde edilmesi ve bunun devamlılığı, bakım verdiği kişinin sahip olduğu tüm özellikleriyle ele alınmasıyla belirlenen problemlerin, ortadan kaldırılması için yapılan yardım girişimlerinde, bu girişimlerin kişiye göre tasarlanarak yaşama geçirilmesi ve bireyin bu girişimlere izin vererek bakıma dahil olmasıyla olanaklı hale gelir. Söz konusu bakımda bireysellik ise bakım verdiğimiz bireyin bireysel, fiziki ve biyolojik tüm özellikleriyle ele alınmasını, kişiye özgü planlayıp uygulayacağımız bakımı ifade etmektedir (Acaroğlu ve ark., 2012). Hasta bakım hizmeti veren kurumlarda, gelişen teknoloji ve günümüz koşullarında bireyler daha kaliteli ve ölçülebilen bakım hizmeti istemektedirler. İş merkezli değil hasta merkezli bakımın ön planda olduğu bu kurumlarda hasta-hemşire arasındaki ilişkiye verilen önemin artması, hasta bireylerin öncelikleri ön planda tutulmasına böylece kaliteli bireyselleştirilmiş bakım almalarına vesile olmuştur (Algıer ve ark., 2005). 1990'lardan bu yana bireye özgü hemşirelik bakımına yönelik çalışmalar olmasına rağmen hastaların gözünden bireyselleştirilmiş

bakım çalışmalarına ise yeni rastlanmaktadır (Suhonen et al., 2010). Literatürlerde, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının ölçülmesiyle ve bu konuda daha farklı örneklem gruplarıyla yapılan çalışmalar sayesinde kaliteli bireyselleştirilmiş bakım elde edileceğine inanılmaktadır (Kaya ve ark., 2018b).

Yapılan araştırmada hastaların genel bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamaları BBS-A=3,34±1,03 ve BBS-B=3,97±1,01'di. En yüksek puan 5 olduğundan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu görüldü. Bu bulgu literatürdeki yapılan araştırmalarla paralellik göstermektedir. Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007), bir üniversite hastanesinin beyin cerrahi kliniğinde yatan 54 hastayla yapmış oldukları araştırmada hemşirelik eylemlerinin farkına varılması yani BBS-A ortalaması yüksek çıkmıştır. Suhonen ve arkadaşlarının (2010) yaptığı 5 ülke ve 14 hastaneyi kapsayan, ortopedi ve travmatoloji servisinde yatan 1126 hastayla yapılan araştırmada ise hemşirelik eylemlerinin farkındalığı Amerika Birleşik Devletleri'nde, İngiltere'de, İsveç'te, Yunanistan'da ve Finlandiya 'da 3'ün orta değer alındığı durumda 3'ün üstünde bir ortalama almıştır. Tekin'in (2011) 156 ortopedi hastasıyla yaptığı araştırmada hemşirelik eyleminin farkına varma puan ortalaması da yüksek bulunmuştur. Gürdoğan ve arkadaşlarının (2015) ise 425 dahili ve cerrahi hastasıyla yaptıkları araştırmada hemşirelik eylemleri farkındalığı 3'ün üstünde bir değer almıştır. Araştırma bulgularının literatür sonuçları ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılamalarındaki puan ortalaması B=3,97±1,01 olduğu görülmektedir. Literatürdeki diğer verilere bakıldığında Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007) 54 beyin cerrahi hastasıyla yapmış olduğu araştırmada puan ortalaması yüksek düzeyde olumlu bulunmuştur. Suhonen ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları araştırmada da 5 farklı ülkede yüksek ortalama sahip olduğu görülmüştür. Tekin'in (2011) yapmış olduğu araştırmada ise hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılama puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Kaplan Bal'ın (2015) sadece BBS-B'yi kullanarak 150 nöroşirurji hastasıyla yaptığı

çalışmasında algı ortalaması yüksek bulunarak bireylerin olumlu algı içinde oldukları gözlenmiştir. Gürdoğan ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise hastaların bireyselliğini algılaması olumludur. Köberich ve arkadaşlarının (2015) 606 hastayla yaptıkları araştırmada hastaların kendi bireyselliğini algılamaları puan ortalamaları araştırmayla paralellik göstererek yüksek bulunmuştur. Araştırma sonucunun önceki araştırmalarla uyumlu ve bireyselliği algılama puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalasının alt boyutlarına ait puan ortalamaları incelendiğinde; hastaların bireyselliği desteklemeyi hedefleyen hemşirelik eylemlerinin farkına vardığı Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A' da bireylerin hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığın kendileri için anlamını içeren konularda bireyselliklerinin desteklendiği “klinik durum” en fazla desteklenen ancak “karar verme kontrolü” ise en az desteklenen boyutları olmuştur. Land ve Suhonen (2009) tarafından yapılan, ortopedik ve travmatoloji hastalarının “klinik durumu” en fazla desteklenen ve en az desteklenen boyutu ise “kişisel yaşam durumu” boyutu olmuştur. Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada BBS-A'nın alt boyutları incelendiğinde “klinik durum” ve “karar verme kontrolü” puan ortalaması aynı ve en yüksek değerde çıkmıştır. “Kişisel yaşam durumu” alt boyutu ise en düşük puana sahip alt boyut olmuştur.

Tekin'in (2011) yaptığı çalışmada hastaların hemşirelik eylemlerinin farkına varmasındaki en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “klinik durum” en düşük ortalamaya sahip alt boyut “kişisel yaşam durumu” olmuştur. Yapılan literatür taramalarda farklı sonuçları olan çalışmalarda bulunmaktadır. Rasooli ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada hastalarının “karar verme kontrolü ve kişisel yaşam durumu” en fazla desteklenirken “klinik durum en az desteklenen boyutu olmuştur. Suhonen ve arkadaşlarının (2009) 5 ayrı ülkede yapmış oldukları çalışmada ülkeler arasında farklılıklar görülmektedir. Şöyle ki; Finlandiya'da hemşirelik eylemlerinin algılanması kısmında sırayla en yüksek alt boyut “klinik

durum” iken en düşük alt boyut “kişisel yaşam durumu” olmuştur. Yunanistan’da “kişisel yaşam durumu” en yüksek ortalamaya sahip alt boyut iken en düşük ortalamaya sahip alt boyut “klinik durum” olmuştur. İsviçre’de en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “klinik durum” iken en düşük ortalamaya sahip alt boyut “kişisel yaşam durumu” olmuştur. İngiltere’de “klinik durum” en yüksek ortalamayı alırken “kişisel yaşam durumu” en düşük ortalamayı almıştır. Son olarak ABD’de ise “karar verme kontrolü” en yüksek ortalamaya sahip iken en düşük ortalamaya sahip alt boyut “kişisel yaşam durumu” olmuştur.

Yaptığımız araştırmada hastalar “klinik durum” alt ölçeğindeki maddeler üzerinde yüksek bir puan ortalaması aldıkları görülmektedir, bu da hemşirelik faaliyetlerinin hastaların bireyselliğini genel olarak desteklediğini göstermektedir. Hemşirelik etik ilkeleri, sağlık çalışanlarının her bireyi ayrı bir birey olarak görmesi gerektiğini; akranlarından farklı olabilecek özel ihtiyaçları olan benzersiz bir varlık olarak tanımlamaktadır. Hemşirelik mesleği teorileri, bireysellik göz önünde bulundurarak bakım ihtiyacını karşılanmasını vurgulamaktadır (Amaral et al., 2014).

Bu araştırmada hastaların karar verme durumlarının en az desteklendiği görülmektedir. Genel olarak “karar verme durumu” alt boyut sorularına (durumu hakkında bilgi verme, karara katılma, kişisel ihtiyaç vb) hastaların genel olarak destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Hastalar bu boyutta “banyo yapmak için tercih zamanımı sordular” maddesine çok düşük puan verdikleri görülmüştür. Banyo, pozisyon verme, hastanın fiziksel konforunu sağlama gibi hemşirelik uygulamaları fiziksel olarak hastayla yakın ve bir arada olmayı içerir. Hemşirenin hastayı öznel olarak ele aldığı anda, hasta bireyselliğinin algılandığını ve nesne gibi görülmediğini düşündürten bir hemşire varlığını algılamaktadır. Hemşirenin de kendi varlığının hasta tarafından fark edildiğini bilmesi ise bakım kalitesi artırmak ve mesleki doyuma ulaşmak için önemlidir (Bozdoğan ve ark., 2016). Hemşirenin varlığını sunması bir beceri olarak ele alınırsa, hastaya banyo yapabileceği bilgisi verilirken, banyo yapma zamanının hastanın kendisinin belirlemesine izin verilmesi veya

sorgulanması ise hemşirenin varlığını ifade etmektedir. Bu araştırma sonucuna göre, hemşirenin varlığını sunma becerisinin ele alınarak geliştirilmesi gerektiği ifade edilebilir.

Hastanın kendi bakımında bireyselliğini algıladığı Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B bölümünde, günlük yaşamlarındaki alışkanlıkları, inançları ve değerlerini yansıtan kültürel özelliklerinin algılamasını içeren “kişisel yaşam durumu” boyutu en fazla, kendi bakımlarında söz sahibi olma, bakımlarıyla ilgili kararlara katılma ve bakımda isteklerinin dikkate alınması gibi bilgiye temellenmiş “karar verme kontrolü” ise en az bireyselliklerini algıladıkları boyutlar olmuştur.

Ülkemizde yapılan araştırmaların sonuçları farklılık göstermektedir. Kaplan Bal’ın (2015) çalışmasında “karar verme kontrolü” en fazla desteklenirken, alt “kişisel yaşam durumu” en az desteklenen alt boyut olduğu görüldü.

Tekin (2011)’nin çalışmasında en yüksek ortalamaya sahip alt boyut “klinik durum” iken en düşük ortalamaya sahip alt boyut “kişisel yaşam durumu” olduğu belirlenmiştir.

Suhonen ve arkadaşları (2009)’nın beş farklı ülkede yaptıkları çalışmada ülkelere göre sırasıyla; Finlandiya, İsviçre ve İngiltere ve ABD’de “karar verme kontrolü” en yüksek ortalamaya sahip iken en düşük ortalamayı “kişisel yaşam durumu” almıştır. Yunanistan’da ise “kişisel yaşam durumu” en yüksek ortalamaya sahip iken en düşük ortama “klinik durum” da olmuştur.

Acaroğlu ve arkadaşları (2007)'nin yaptığı çalışmada, “karar verme kontrolü” en yüksek, “kişisel yaşam durumu” ise en düşük ortalamaya sahip alt boyut olmuştur.

Birçok faktör hemşirelerin verdiği bireyselleştirilmiş bakımı etkileyerek farklılık oluşmasına etki etmektedir. Sağlık kurumunun veya kliniğin yatak sayısı, hasta hemşire oranı, ekip iletişimi, hemşirenin iş yükü, mesleki deneyim gibi faktörlerin hastaya bireysel bakım verme durumlarını etkilediği literatürde yer almaktadır (Ceylan, 2014). Suhonen ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, Finlandiya'da hastanenin tipi ve büyüklüğünün hastaların bakım algılarını etkilediği ve bu durumun bazı bakım farklılıklarının oluşmasında etkili olabileceği bulunmuştur (Suhonen, 2007).

Yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgu diğer araştırma bulgularından farklı olduğu, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının, algılanan paylaşılan “kişisel yaşam durumu” ile olumlu bir şekilde ilişki içinde olduğudur.

4.1.1. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, hastaların bireysel özellikleri, hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerini içeren tanıtıcı özelliklerine göre Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular tartışılmaya çalışıldı.

Yapılan bu araştırmada cinsiyet ile bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Literatür verilerine göre erkeklerin

bireyselleştirilmiş bakımı daha olumlu algıladığını gösteren araştırmalar (Suhonen et al., 2006; Quintana et al., 2006; Fındık ve ark.,2010;) olduğu kadar kadınların da bireyselleştirilmiş bakımı daha olumlu algıladığı araştırmalar (McCool et all, 1996; Foss, 2002; Radwin and Alster, 2002; Lochoro, 2004; Algier ve ark., 2005; Gonzoles et al., 2005; Kıdak ve Aksaraylı, 2008;Apay ve Arslan, 2009; Land andSuhonen, 2009; Suhonen et al., 2010; İçyeroğlu ve Karabulutlu, 2011; Demir ve ark., 2011; Tekin, 2011; Arslan ve ark., 2012; Şendir ve ark., 2012;Yiğitbaş ve Deveci, 2014; Aydın, 2014; Kaplan Bal, 2015).

Hastaların yaş durumlarına göre; yaş ilerledikçe hem bireyselliği desteklemeyi hedefleyen hemşirelik eylemlerinin farkındalığı, hem de hastaların kendi bakımında bireyselliği algılamaları artmış fakat istatistiksel yönden BBS-A'da anlamlılık gözlenirken BBS-B'de istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir.

Literatürde konu ile alakalı yapılan pek çok araştırmada büyük yaş gruplarında bireylerin daha olumlu algı içinde olduğu tespit edilmiştir (Foss, 2002; Algier ve ark.,2005; Suhonen et al., 2006,2010; Liu and Wang, 2007;Fındık ve ark., 2010; Petroz et al., 2011; Suhonen and Leino-Kilpi, 2012; Aydın, 2014).Fakat literatürdeki diğer araştırmalarda hastaların yaş durumlarıyla algılama durumu arasında istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Önsüz ve ark., 2008; Çoban ve Kaşıkçı, 2008; Şendir ve ark., 2012; Tuğut ve Gölbaşı, 2013; Tang et al., 2013; Kaplan, 2015; Alsagri, 2016).

Hastaların eğitim durumlarına göre hem BBS-A hem de BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim seviyesi düşük hastaların madde puan ortalamasının diğer hastalarinkinden yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği gözlendi ($p>0,05$). Kaya (2011) hemşirelerin iletişim ve empatik yetenek düzeylerini hastaların hemşirelik bakımı algılarıyla karşılaştırmak için yaptığı araştırmada hastaların eğitim düzeyi arttıkça hemşirelik bakımı algısının azaldığı gözlendi. Fakat yapılan araştırmayla paralel olarak istatistiksel olarak anlamlılık gözlenmedi. Farklı araştırmalar bu hipotezi desteklerken (Tekin, 2011; Kaplan, 2015) pek çok araştırma da eğitim

seviyesinin hastaların algı durumlarını etkilediği bulgularla ortaya koymaktadır (Radwin and Alster, 2002; Çoban, 2006; Suhonen et al., 2006;2010; Acaroğlu ve ark., 2007; Kıdak ve Aksaraylı, 2008; Resnick et al.,2008; Fındık ve ark., 2010).

Hastaların medeni durumuna göre BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, medeni durumun bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilemediği görüldü. Evli hastaların BBS-A ve B’de toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının, bekar hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olmasına rağmen, istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$). Evli bireylerin ailesinden aldığı destek ile kendini yalnız hissetmediği ve rahatladığı ve kendini güven içinde hissetmesiyle bireyselleştirilmiş bakım algısını olumlu yönde etkileyebildiği düşünülebilir. Çoban ve Kaşıkçı (2008), Tekin (2011) ve Kaplan, (2015)’ın yaptıkları benzer araştırmaların bulguları, bu bulguyu destekledi. Fakat Çoban (2006) ve Quintana ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları farklı araştırmalarda, bekar olan hastaların bakım algısının, evli olan hastalardan daha yüksek bulunması kültürel farklılığın bir sonucu olarak değerlendirildi. Medeni durumun hastane koşullarıyla hemşirelik bakımı algısını ve hemşirelik bakımının kalitesini etkilemediği açıklanabilir.

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarında hastanede kalma sürelerine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Suhonen ve ark. (2006; 2010) ve Kaplan (2015)’ın yaptığı araştırmalarda da araştırmayla paralel olarak, hastanede kalış süresi ile hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

4.2.Hastaların Taburcu Olmaya Hazır Olma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Taburculuk eğitimi, hasta birey ve yakınlarının taburcu edildikten sonra hastane dışında olası istenmeyen durumların önüne geçmek için verilen ve hasta bireyin sağlık kuruluşuna kabul edilmesinden taburcu edilme zamanına kadar süren ve hemşire-hekim işbirliğini gerektiren bir eğitimidir. Hasta bireyin taburculuk sonrası ihtiyaçlarının belirlenmesinde, daha kaliteli bakımın sağlanması ve sürdürülmesinde taburculuk eğitimin önemi gün geçtikçe artmaktadır. Hasta bireyler doğru taburculuk eğitimini alıp hastane dışında ihtiyaçlarını karşılayabilecek bilgi ve beceriye sahip olduktan sonra taburcu edilmelidirler (Duran ve Gürhan, 2012).

Günümüzde, hastanede kalış süresinin en aza indirilmesi konusuna odaklanmak ile hastalar tam iyileşme aşamasından ziyade, orta düzeyde tedavi alıp tamamen iyileşmeden taburcu edilmesine neden olabilmektedir (Weiss et al., 2007). Taburcu olmak, eve gitmenin ötesinde iyileşme süreci ve bakım gereksinimi karşılama sorumluluğu hasta ve aile üyelerinin üzerine binen yük olmaktadır. Hastanın taburcu edilmeye hazır olma algısı, sağlık çalışanlarının klinik kriterlerin değerlendirmesinden farklı olabilir (Weiss et al., 2007). Temel olarak taburculuğa hazır olma, hastanın acil durumu kavrayabilme ve ev ortamında bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmekle ilgili düşünceleridir. Taburculuğa hazır olma da özellikle hastaların kendi algıları temel alınmaktadır (Weiss and Piacentine, 2006).

Lau ve arkadaşları (2016) hastaların %23'ünün yeterince tedavi almadan ve taburcu olmaya hazır olmadan taburcu edildiklerini belirlemiştir. Hasta kişilerin taburculuğa hazır olup olmama durumunun bilinmesi hasta bireyin emniyeti, doyum ve kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumlarını daha iyi seviyeye getirmek için gün geçtikçe değer kazanmaktadır (Weiss et al., 2006).

Bu araştırma ile örnekleme oluşturan hastaların taburcu olmaya hazır oluşlukları incelenmiştir. Araştırma verilerine göre hastaların taburcu olmaya hazır olma algıları incelendiğinde; en fazla beklenen destek boyutunda, en az ise bilgi boyutunda taburculuğa hazır oldukları görülmektedir. Taburculuğa hazır olma algısı ile ilgili araştırmalar incelenmiştir. Kaya ve arkadaşlarının (2018b) Ankara’da 1601 dahili servis hastasıyla yaptıkları araştırmada hastalar en fazla beklenen destek alt boyutunda, en az ise bilgi alt boyutunda kendilerini taburculuğa hazır hissetmişlerdir. Yine Kaya ve arkadaşlarının (2017) Ankara’da 1579 hastayla yaptıkları ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasında ise en fazla ortalamaya kişisel durum alt boyutu sahip iken en az ortalamaya bilgi alt boyutu sahip olmuştur. Weiss ve Piacentine’in (2006) ABD’de 121 dahili-cerrahi hasta ile ölçeğin 21 maddelik uzun hali ile yapmış olduğu çalışmada, en fazla baş etme becerisi alt boyutu, en az kişisel durum alt boyutu ortalamaya sahip boyut olmuştur. Coffey ve McCharty (2013) İrlanda’da 355 geriatri hastası ile yaptıkları çalışma verilerine göre en fazla kişisel durum alt boyutu, en az beklenen destek alt boyutu bulunmuştur. Weiss ve arkadaşlarının (2010) ABD’de 162 dahili-cerrahi hasta ile yaptıkları başka bir çalışmada ise en fazla baş etme becerisi alt boyutu, en az kişisel durum alt boyutu saptanmıştır.

Çalışma sonuçlarının birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Kültür ve kültürel farklılıkların her alanda olduğu gibi algıları da etkilediği söylenebilir. Araştırma bulgusunun Türkiye’de Kaya ve arkadaşlarının (2018b) yaptığı araştırma bulguları ile benzerdir. Bu durumda beklenen destek boyutunda algının diğer boyutlara göre daha yüksek olması Türkiye’ye özgü olabileceğini düşündürmektedir (Kaya, 2018b). Kaya ve ark. (2018b) araştırmasında bu farklılığı Türkiye’de geniş aile yapısı ilerleyen yıllarla azalsa bile yalnız yaşam sürmenin halen çok az olmasına bağlamaktadır. Ülkemizde halen eve ilk geçiş döneminde yardımcı olacak destek kişilerin mevcudiyeti ve taburculuk sonrası devam eden bakımın devam etmesi ile ilgili boyutun yüksek çıkmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Bilgi alt boyutu, hastane sonrası dönemde ortak kaygı ve sorunlara cevap verebilmek için gereken bilgilerin algılanan yeterliliği olarak tanımlanmaktadır. Araştırmada, bilgi alt boyutu en düşük hazır oluşluk algısı olarak bulunmuştur. Araştırmaya alınan hastalara, hastane sonrası döneminin stresli, karmaşık ve değişen gerçeklerini yönetmek için gereken bilgileri, başa çıkma becerilerini, güveni ve desteği teşvik etmek için verilmesi beklenen eğitimin eksikliğini göstermektedir. Bilgilendirme yeterince yapılamadığında, hastalar, hastane sonrası evde bakımın yönetiminde zorluklar yaşamakta ve taburculuk sonrası hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların sıklığını artırdığı bilinmektedir (Weiss et al., 2007). Yeterli bilgi aldıklarını düşünmeyen hastalar, taburculuk eğitiminden ve taburculuk sonrası dönemden memnuniyetsizliklerini ifade eder (Bull, 1994; Clark et al., 1997; Maloney and Weiss, 2008). Hastaların, bilgi ihtiyaçlarının taburculuk öncesi dönemde karşılanıp kendilerinden emin taburcu edilmeleri, evde iyileşmenin başarılı yönetimini sağlayan en önemli aşaması olduğu savunulmaktadır (Maloney and Weiss, 2008).

Hastaların bilgi gereksinimi karşılayacak taburculuk eğitiminin planlanması ve uygulama sorumluluğu hemşirelerindir. Araştırma bulguları, bilginin taburculuğa hazır olma da önemli bir faktör olduğunu ve taburculuk eğitimi sorumluluğunun yerine getirilmesi gerekliliğini ortaya koyduğu ifade edilebilir.

Araştırma bulgularına göre; genç, eğitim seviyesi yüksek olanlar, il merkezinde yaşayan ve gelir durumu yüksek olan hastalar taburcu olmaya hazır hissetmektedirler. Cinsiyet ve medeni durumun taburculuğa hazır olma algısı üzerinde etkili değişkenler olmadığı görülmektedir.

Kaya ve arkadaşlarının (2018b) çalışmasında yaş ilerledikçe taburculuğa hazır oluşluğun azaldığı görülmüştür. Bobay ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışma

ise ileri yaşlarda hastaların eve gitmeye daha hazır olduklarını göstermiştir. Weiss ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında da yaşlıların taburculuğa hazır hissettikleri bulunmuştur. Bu çalışmada gençlerin, muhtemelen aile yaşamlarının var olması, iş sorumluluklarının daha az olması, hastalık ve iyileşme ile ilgili ihtiyaçlarla başa çıkmada anne, baba veya eş desteğinin olma olasılığı yüksek olması nedeniyle daha hazır hissetmiş olabileceklerini düşündürmektedir. Ülkemizde yaşlılar kendi evlerinde ve kendi aile üyeleri tarafından bakım almayı tercih etse de, evde bakım hizmetlerinin aile üyeleri tarafından verilmesi gittikçe güçleşmektedir. Yaşlı bireylerin başa çıkmada destek alacağı aile üyesinin bulunmaması, yalnız yaşamak zorunda olmaları veya bakım verenlerin ileri yaşta olmaları nedeniyle hastanede kalmayı tercih etmiş olabilecekleri ifade edilebilir.

Hastaların hastane taburculuğuna hazır olma durumlarında cinsiyet faktöründe istatistiksel bir anlamlılık görülmemektedir. Literatürde araştırma bulgularına paralel başka araştırmalar olduğu kadar (Weiss and Piacentine, 2006; Mixon et al.,2016;)cinsiyetin taburcu olmaya hazır olma durumu üzerinde anlamlı istatistiksel sonuçlar bulan çalışmalar da vardır ve erkek hastaların kadınlara göre taburculuğa daha hazır olduklarını ortaya koymuşlardır (Weiss et al.,2007;Kaya ve ark., 2018b).

Sosyo-demografik özelliklerle (örneğin yaş, cinsiyet, ırk-etnik köken) sağlık araştırmalarında çıkan farklı veri sonuçlarını açıklayan sağlığın çeşitli sosyal belirleyicileri arasında literatür, eğitim seviyesinin önemini daima vurgulamaktadır. Son yıllarda yapılan araştırmalar eğitim durumunu sağlık sonuçlarının önemli bir göstergesi olarak tanımlamıştır (Zimmerman and Wolf, 2014).

Araştırma bulgularına göre katılımcı hastaların eğitim düzeyi arttıkça hastaların taburcu olmaya daha hazır oldukları görülmektedir. Daha önce yapılan araştırmalar eğitim düzeyi yüksek hastaların kendilerini taburculuğa daha hazır hissettiklerini bildirmektedir (Bernstein et al. 2002; Weiss and Piacentine 2006; Weiss et al. 2007;

Bobay et al. 2010; Coffey and McCarthy, 2013; Weiss et al. 2014; Çelik ve ark., 2014; Schmocker et al. 2015; Kaya ve ark., 2018b).

Araştırma bulgusunda, mesleğin taburculuğa hazır olma algısına etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir. Araştırma hayatı devam eden memur/ işçi görevinde olanların taburcu olmaya daha hazır oldukları gözlenmiştir. Hollingshead (1975) mesleği bireylerin toplumdaki bakım işlevlerini yerine getirirken sahip oldukları becerilerin ve güçlerin göstergesi olarak savunmuştur. Kaya ve ark., (2017) 1601 hastaya araştırmanın ölçeğiyle aynı olan taburcu olmaya hazır oluşluk ölçeği-kısa formunu uygulamış meslek durumunun hazır olmayı etkileyebileceğini bulmuşlardır. Fakat Weiss'in araştırmalarında meslek ile taburcu olmaya hazır olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir (Weiss et al., 2004; Weiss ve Piacentine, 2006; Weiss et al., 2007; Weiss et al., 2014).

Hastalar arasında gelir durumu iyi olanların taburcu olmaya daha hazır oldukları görülmektedir. Kaya ve arkadaşları (2018a) taburcu olmaya hazırlığa, yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum ve gelir gibi pek çok değişkenin etki edebileceğini söylemişlerdir. Literatürde gelir düzeyi gibi bireysel özelliklerin taburculuğa hazır olma algısını etkilediğini bildiren birçok araştırma bulunmaktadır (Weiss and Piacentine, 2006; Weiss et al., 2007; Bobay et al., 2010; Weiss et al., 2014; Schmocker et al., 2015; Howard et al., 2016).

Araştırma bulgularına göre; hastanede uzun süre yatan hastalar kendilerini taburcu olmaya daha hazır hissetmişlerdir. Weiss ve Piacentine (2006)'nin 356 katılımcıyla yaptıkları araştırma verileri araştırmayla paralellik göstermektedir. Kaya ve arkadaşları (2018b) araştırmalarında yatış süresi uzadıkça baş etme becerisi temel alındığında taburculuğa hazır olma olasılığı azalttığını ifade etmektedirler. Türkmen ve Özbaşaran (2017) vajinal doğum yapmış lohusalara Hastane Taburculuğuna Hazır Oluşluk Ölçeği-Yeni Doğum Yapmış Anne Formu'nu

uygulamışlar ve hastanede kalma süresiyle taburculuğa hazır olma arasında anlamlı ilişki bulamamışlardır.

4.3.Ölçekler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ile taburcu olmaya hazır olma durumları arasında korelasyon ve regresyon sonuçları incelendiğinde orta kuvvette pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının olumlu olmasının kendilerini taburculuğa daha hazır hissettiklerini göstermektedir. Hastalar, aldıkları bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımına yönelik algıları ne kadar olumlu ve yüksek olursa ve bu bakımın sonucunda kendilerini ne kadar özel ve değerli hissederlerse içinde bulundukları durum/hastalık ile baş etme gücü ve yetisi kazanacaklardır. Bu duruma paralel olarak hastalar erken iyileşme gösterir ve kendilerini taburculuğa daha hazır hissederler. Böylece hem hastanın hem sağlık hizmeti veren kuruluşların maliyet sıkıntısını ferahlayacaktır (Kaya ve ark., 2018b).

Poochikian-Sarkissian ve arkadaşları (2010) hasta merkezli bakımın uygulanması ile bireyin öz bakım yeteneğini, bakım memnuniyetini ve yaşam kalitesini arttırarak hasta sonuçlarında iyileşme sağlayacağını düşünmüşlerdir. Hemşirelik bakımının kalitesi, hastanenin bakım standartları ve hastaları taburculuğa hazırlama durumunun daha iyi olması ile hasta merkezli bakımın mümkün hale geleceğini savunmuşlardır. Ayrıca araştırmacılar hasta merkezli bakımın etkili ekip performansı sağladığını ve hasta memnuniyetini özenle arttırdığını da ileri sürmüşlerdir.

Araştırmalara göre bireye özgü bakım ile diyabetli hastaların kan şekerlerinde düzelme, tedaviye uyum sağlama, sağlık sonuçlarında iyileşme, hastanın daha az tanı testlerine (kan verme, röntgen, MR, biyopsi vb) maruz kalması ve bireylerin kendilerini taburculuğa hazır hissetmeleri araştırma sonuçlarını destekler niteliktedir (Kaplan et al., 1989; Safran et al., 1998; Stewart et al., 2000).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'nin alt boyutları ile genel Taburcu Olmaya Hazır Olma arasındaki katsayılar incelendiğinde, en yüksek ilişki Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ölçeğinin "klinik durumda bireysel özellikler" alt boyutu ile Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği arasındadır. Hastalığa karşı yanıtları, duygu ve düşünceleri ve kendileri için hastalığın ne ifade ettiğini olumlu algılayan hastalar kendilerini taburculuğa daha hazır hissetmektedirler.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B'de en yüksek anlamlı ilişki "karar verme kontrolü" alt boyutu ile Taburcu Olmaya Hazır Olma arasında gözlenmiştir. Bireylerin duygu, düşünce, isteklerini yansıtabildikleri ve bakımlarında söz sahibi olup ilgili kararlara katılabildikleri durumda kendilerini taburcu olmaya daha hazır hissettikleri görülmüştür. Bull ve Roberts (2001)'ın araştırmasına göre bakımlarıyla ilgili kararlara katılan hastaların genel sağlık çıktıları daha olumlu sonuçlar verdiği gözlenmiş araştırmamızla paralellik arz ettiği görülmüştür.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ve B alt boyutları ile Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği'nin alt boyutları arasındaki katsayılar incelendiğinde, hem BBS-A hem de BBS-B ile en yüksek ilişki "beklenen destek" değişkeni arasında bulunmuştur. Bireyselleştirilmiş bakımı olumlu algılayan hastalar taburcu olduktan sonra evde destek olabilecek birilerinin varlığına inanmakta ve bu duruma göre kendilerini taburculuğa hazır hissetmektedirler.

Bu sonuçlar, hastanın klinikte yattığı süre boyunca sağlanan bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımın taburcu olma algısını olumlu etkilediğini göstermektedir. Sağlık hizmeti veren kurumlarda birçok unsur (hemşire sayısı, çalışma ortamı, malzeme yetersizliği, hemşirelerin beceri, bilgi ve tecrübe durumları, hastanede yatış süresinin kısa olması, vb.) hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini etkileyebilir.

Hastanın bireysel ihtiyacına uygun bakımların verilmesi, hasta memnuniyetine ek olarak, hastaların bakım ve tedavisi sonrasında taburculuğa ilişkin olumlu algılarını artırmada etkin bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Taburculuğa hazırlık sonuçlarını araştırırken hemşirelerin performansının yanı sıra hastaların da temel özelliklerinin göz önünde bulundurulmasının faydası vardır. Hemşirelerin bilmesi gereken önemli etmenlerden biride hastaların özelliklerine göre öğrenme ihtiyaçlarıdır. Bu ihtiyaçları karşılamak amacıyla önlem almak hemşirelerin ve hasta tedavisine dahil olan tüm profesyonellerin görevidir (Poochikian-Sarkissian et al., 2010).

5.SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırmaya katılan hastaların bireysel özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; hastaların %52,2'sinin kadın, %47,8'inin erkek, %7,3'ünün 18-25 yaş arası, %11,1'inin 26-35 yaş arası, %12,2'sinin 36-45 yaş arası, %19,4'ünün 46-55 yaş arası ve %50,1'inin ise 56 yaş ve üzeri bireylerden oluştuğu,
- Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A ve B alt boyut ortalamaları incelendiğinde; alt boyutlara ilişkin genel durum ortalamasının (BBS-A=3,34±1,03; BBS-B=3,97 ± 1,01) beşli likert tipi ölçekte orta değer olan 3 puanın üzerinde olduğu,
- Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; Klinik durumda bireysel özellikler A boyutuna ilişkin ortalamanın en yüksek alt boyut ve karar verme kontrolü A en düşük ortalamaya sahip alt boyut olduğu,
- Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; Kişisel yaşam durumu B boyutuna ilişkin ortalamanın en yüksek, klinik durumda karar verme kontrolü B en düşük algıya sahip alt boyut olduğu,
- BBS-A'da hastaların en olumlu algı içinde oldukları madde “daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular” maddesi, en olumsuz algı içinde oldukları madde ise “banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular” maddesi olduğu,
- BBS-B'de hastaların en olumlu algı içinde oldukları madde “hastanede bana verilen bilgilere uydum” maddesi, en olumsuz algı içinde oldukları madde “banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim” maddesine olduğu,
- Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeğinde “eve gitmenizden ardından ihtiyacınız olursa, kişisel bakımınıza ne kadar yardımcı olunacak?” sorusuna hastaların

en olumlu, “eve gitmenizden ardından oluşabilecek sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?” sorusuna en olumsuz cevabı verdikleri,

- Taburcu olmaya hazır olmada alt boyutlarında destek alt boyutunda hastalar kendilerini hazır hissederken, bilgi alt boyutunda hazır hissetmedikleri,
- Genel taburculuk algısının hastalar kişisel durumlarını kötü hissettiklerini, taburcu olabilecek kadar bilgiye ve yeteneğe sahip olmadıklarını belirtirken evde bakabilecek, destek olabilecek birilerinin olduğunu bildirdikleri,
- Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A puan ortalamaları ile yaşlar arasında anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,005$) cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, yaşanan yer, gelir-gider durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği,
- Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B puan ortalamaları ile ise meslek, yaşanan yer ve gelir-gider durumu anlamlı bir farklılık gösterirken ($p<0,05$) diğer maddelerde anlamlı bir farklılık görülmediği,
- Taburcu Olmaya Hazır Olma ölçeği puan ortalamaları ile bireysel özelliklerden yaş, eğitim, meslek, yaşanan yer, gelir-gider durumu arasında anlamlı bir farklılık gösterdiği ($p<0,05$) medeni durum ve cinsiyete göre ise anlamlı bir farklılık göstermediği,
- Hastanede kalma süresi arttıkça, hastaların taburcu olmaya daha hazır oldukları gözlenmiş fakat hastanede kalma süresinin bireyselliği algılamaya çok etkisi olmadığı,
- Bu bulgular, araştırmanın temel hipotezi olan "Bireyselleştirilmiş bakım algısının taburcu olmaya hazır olma durumu üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisi vardır" hipotezini desteklediği saptanmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Uygulama alanına ilişkin öneriler;

- Bireyselleştirilmiş bakım skalasında bulunan banyo zamanı ile ilgili madde algısının çok düşük çıkması nedeniyle hemşirelerin hastaların tüm gereksinimlerinin sorgulanmasının sağlanması,
- Taburculuk eğitimi ve hasta merkezli bakım üzerine sağlık kuruluşlarında eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması,

- Yapılan hizmet içi eğitimlerde hasta bireylerin ihtiyacına yönelik taburculuk eğitimi verilmesi konusunda farkındalık oluşturulması,
- Uygulama birimlerinde birimlere özgü bireysel bakım gereksinimlerinin saptanması ve bireylerin klinik özelliklerine göre bakım verilerek ve taburculuğa hazır olma görüşleri alınarak taburculuğa hazırlanmaları,

Gelecekteki çalışma alanına ilişkin öneriler,

- Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının ve taburculuğa hazır oluşluklarının kültürler arası farklılıklar göz önünde bulundurularak daha farklı ve geniş örneklem grubu ile çalışılması,
- Taburcu olma hazırlığı değerlendirmelerini hemşirelerin ve doktorların bakış açılarıyla incelenecek ve sonuçlarını hasta bakış açısıyla karşılaştırılacak araştırmaların planlanması,
- Ayrıca, hastaların taburculuğa hazır olma durumları ile geri kabul, sağlık hizmetlerinden yararlanma, maliyet ve ölüm gibi çeşitli hasta sonuçları arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmaların yapılması önerilmektedir.

ÖZET

Yetişkin Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının Taburculuğa Hazır Oluşluklarına Etkisi

Amaç: Bu araştırmanın amacı yetişkin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının hastane taburculuğuna hazır oluşluklarına etkisini incelemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmaya Mart- Temmuz 2018 tarihleri arasında üç farklı hastanenin cerrahi-dahili servislerinde yatan 811 hasta dahil edilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için, bir üniversitenin Klinik Araştırmalar Etik kurulundan onay alındı. Veriler hasta tanıtım bilgi formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS-A ve BBS-B) ve Taburcu Olmaya Hazır Olma Ölçeği (TAHO), Hasta Öz Değerlendirme Formu kullanılarak anket tekniğiyle toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde dağılımı ve aritmetik ortalama kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki ve etki Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Modeli ile SPSS 18.0 windows paket programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Hastaların %52,2'si kadın, %50,1'i 56 yaş ve üzeri bireylerden oluşmuştur. Örneklem grubunun %43,8'i ilkokul mezunu idi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A ve B genel durum ortalamasının (BBS-A=3,34±1,03; BBS-B=3,97 ± 1,01) beşli likert tipi ölçekte orta değer olan 3 puanın üzerinde olduğu görülmektedir. TOHO ölçeğinin genel ortalaması ise 4,77±3,70'dir. BBS-A alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; "klinik durumda bireysel özellikler" boyutuna ilişkin ortalamasının en yüksek, "karar verme kontrolü" alt boyutuna ilişkin ortalama en düşüktür. BBS-B alt boyutlarına ilişkin aritmetik ortalamalar incelendiğinde; "kişisel yaşam durumu" boyutuna ilişkin ortalamasının en yüksek, "karar verme kontrolü" alt boyutu en düşüktür. TOHO ölçeğinde ise en yüksek ortalamaya sahip alt boyut "beklenen destek" iken en düşük ortalamaya sahip alt boyut "bilgi" olduğu saptandı. Regresyon analizine göre, hastanın hemşirelik eylemlerinin farkında olmasındaki (BBS-A) bir birimlik artış taburculuğa hazır olma algısında 0,495 birimlik artışa; hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılamasındaki (BBS-B) bir birimlik artış taburculuğa hazır olma algısında 0,467 birimlik artışa neden olmaktadır.

Sonuç: Bireyselleştirilmiş bakım algısının taburcu olma algısı üzerinde pozitif anlamlı etkisinin olduğu bulunmuştur. Hemşireler hastaların bireysel özelliklerine ve gereksinimlerine yönelik verecekleri bakım, hastaların endişe duymadan taburcu olmaya hazır hissetmelerine, memnuniyet duymalarına ve yeniden yatışın azalmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, taburculuğa hazır oluşluk, bireyselleştirilmiş bakım

SUMMARY

The Influence of Individualized Care Perception of Adult Patients on the Readiness for Hospital Discharge

Objective : The objective of this study is to analyze the influence of individualized care perception of adult patients on the readiness for hospital discharge.

Method : The study was planned in a descriptive. It was carried out on 811 patients staying in the surgical – internal disease clinic of three different hospitals. The approval for the study was obtained from the clinical research ethical committee of a university. A patient information form, an Individualized Care Scale and The Readiness for Hospital Discharge Scale- Short Form (RHDS/SF) were used to collect data and for data analysis score, percentage and arithmetic mean were used. The correlation between the scales were analyzed with pearson correlation analysis and regression model. Data was analyzed using SPSS for Windows, version 18.0.

Results : 52.2 % of the patients were women, 50.1% were 56 years old and over. 43.8% of the sample group were primary school graduates. It is observed that A and B general state average of the Individualized Care Scale (ICSA = 3.34 ± 1.03 ; ICS-B = 3.97 ± 1.01) is over 3 in the fivefold Likert type scale. The general average of the RHDS/SF scale is 4.77 ± 3.70 . When the arithmetic means belonging to ICS-A sub-dimensions were analyzed, the average of ‘clinical situation’ dimension was the highest and ICS-B sub-dimensions were analyzed, the average of ‘personal life situation’ dimension was the highest whereas ‘decisions control’ sub-dimension was the lowest. In the RHDS/SF scale, on the other hand, the sub-dimension with the highest average was ‘the expected support’ and the one with the lowest average was ‘knowledge’. According to regression analyses it was detected that a unit increase in the perception of nursing care practice (ICSA) caused an increase of 0.495 in the perception of readiness for hospital discharge and detected that a unit increase in the perception of individualized self-care (ICSA) caused an increase of 0.467 in the perception of readiness for hospital discharge.

Conclusion: It was detected that the influence of individualized care perception of adult patients on the readiness for hospital discharge was positive. The care provided by nurses according to the individual features and needs of patients will result in feeling ready for hospital discharge without anxiety, feeling pleased and reducing being re-hospitalized.

Key words: individualized nursing care, readiness for hospital discharge, individualized care

KAYNAKLAR

- ACAROĞLU, R., ŞENDİR, M., KAYA, H., SOSYAL, E. (2007). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşan kalitesine etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florans Nightingale Hemşirelik Dergisi*.15(59):61-67.
- ACAROĞLU, R., SUHONEN, R., ŞENDİR, M., KAYA, H. (2010). Reliability and validity of Turkish version of The Individualised Care Scale. *Journal of Clinical Nursing*. 20:136-145.
- ACAROĞLU, R., ŞENDİR, M.(2012). Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirme Skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 20(1):10-16.
- ALGIER, L., ABBASOĞLU, A., HAKVERDİOĞLU, G., ÖKDEM, Ş., GÖÇER, S. (2005). Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini ve algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 9(1):33-40.
- ALSAGRI, S. (2016). Patient satisfaction with quality of nursing care at governmental hospitals, Ha'il City, Saudi Arabia. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare*. 6(10):128-142.
- ALTINTUĞ, K., EGE, E., (2013). Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 15(2):45-56.
- AMARAL, S, FERREIRA, L., SUHONEN, R.(2014). Translation and validation of the Individualized Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*. 7(1):90-101.
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). What is Nursing? Erişim: [<http://www.nursingworld.org/EspeciallyForYou/What-is-Nursing>] Erişim Tarihi:13.07.2018.
- ANTHONY, M. K., HUDSON-BARR, D. C., (2004). A patient-centered model of care for hospital discharge. *Clinical Nursing Research*. 13(2):117-136.
- APAY, E.S., ARSLAN, S. (2009). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.8(3):239-246.
- ARSLAN, S., NAZİK, E., TANRIVERDİ, D., GÜRDİL, S. (2012). Hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 11(6), 717-724.
- AYDEMİR GEDÜK, E. (2018). Hemşirelik mesleğinin rolleri. *Journal of Health Science and Profession*. 5(2):253-258. doi: 10.17681/hsp.358458.
- AYDIN, M. (2014). Bir üniversite hastanesindeki hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- BERG A.,IDVALL E., MSCOLSCI J.K, SUHONEN R.(2012) A comarison between orthoaedic nurses and patietns percetion of individualised care. *International Journal of Orthoedic and Travma Nursing*.16:136-146.
- BERNSTEIN,H. H., SPINO, C., BAKER, A., SLORA, E. J., TOULOUKIAN, C. L., MCCORMICK, M. C. (2002). Postpartum Discharge: Do varying perceptions of readiness impact health outcomes?.*Ambulatory Pediatrics*. 2(5): 388-395.
- BOBAY, K., JEROFKE, A. T., WEISS, E. M., YAKUSHEVA, O. (2010). Age-related differences in perception of quality of discharge teaching and readiness for hospital discharge. *Geriatric Nursing*. 31(3):178-187.

- BOZDOĞAN YEŞİLOT S., ÖZ, F.(2016). Hemşirenin varlığı: kuramsal bir bakış.*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 7(2):94-99.
- BULL, MJ. (1994). Adiscahrge planning questionnaire for clinical practice. *Applied Nursing Research*. 7(4):193-199.
- BULL, MJ., ROBERTS, J. (2001). Components of a proper hospital discharge for elders.*Journal of Advanced Nursing*. 35(4):571-581.
- CAN, Ş., ACAROĞLU, R. (2015). Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 23(1): 32-40.
- CEYLAN, B. (2014). Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.30(3):59-67.
- CLARK, M., STEINBERG, M., BISCHOFF, N. (1997). Patient readiness for return to home: Discord between expectations and reality. *Australian Occupational Therapy Journal*. 44:132 -141.
- COFFEY, A., MCCARTHY, G. (2013). Older people's perception of their readinessfor discharge and postdischarge use of community support and services. *International Journal of Older People Nursing*.8:104-115.
- ÇELİK SİS, A., TÜRKOĞLU, N., PASİNLİOĞLU, T. (2014) . Annelerin doğum sonu hastane taburculuğuna hazır oluşluk düzeylerinin ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*.3(2): 1-7.
- ÇOBAN, İ.G. (2006). Hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü .
- ÇOBAN, İ.G., KAŞIKÇI, M. (2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 16(63):165-171.
- ÇOŞKUN, H., AKBAYRAK, N. (2001). Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.5(2):63-68.
- DAL, Ü., BULUT, H., DEMİR GÜLER, S. (2012) Cerrahi girişim sonrası hastaların evde yaşadıkları sorunlar. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 8(1):34-40.
- DAVIS, S., BYERS, S., WALSH, F. (2008). Measuring person-centred care in a sub-acute health care setting .*Australian Health Review*. 32(3):496-504.
- DEMİR, Y., GÜROL ARSLAN, G., EŞER, İ., KHORSHID, L. (2011). Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi.*İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 19(2):68-76.
- DEMİRKIRAN, G., UZUN, Ö. (2012). Koroner arter bypass greft ameliyatı geçiren hastaların taburculuk sonrası öğrenim gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 28 (1) : 1-12.
- DİNÇ, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*.74-82.
- DURAN S., GÜRHAN, N. (2012). Psikiyatri hastalarının taburculuk eğitimi alma durumunun değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*.26 (1): 39 – 44.
- FEDAİ, T., ÇETİN, M., TEKE, A. (2010). Tedavi sürecindeki gereksiz değişkenlerin pareto analizi ile değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19(3):184-190.

- FENWICK, M. A. (1979). An interdisciplinary tool for assessing patients' readiness for discharge in the rehabilitation setting. *Journal Of Advanced Nursing*.4(1):9-21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1979.tb02984.x>
- FINDIK, Ü.Y., ÜNSAR, S., SÜT, N. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences*.12:162-169.
- FINFELD-CONNETT, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 17: 196-204.
- FOSS, C. (2002). Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nordic College of Caring Sciences*.16:19-26.
- FOUST, J. B. (2007). Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*. 20(2):72-77. <https://doi.org/10.1016/j>.
- GÖÇMEN BAYKARA, Z. (2014). Hemşirelik bakımı kavramı. *Türkiye Bioetik Dergisi*. 1(2):92-99.
- GÜRDOĞAN, E.P., FINDIK, Ü.Y. VE ARSLAN, B.K. (2015). Patients' perception of individualized care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*.8(2): 369-375.
- HENDERSON, V. (1978). The concept of nursing. *The Journal of Advanced Nursing*. 3:113-130.
- HOLLINGSHEAD, A. (1975). Four factor index of social status(working paper).*New Haven, CT:Hollingshead*.
- HOWARD-ANDERSON, J., BUSUTTL, A., LONOWSKI, S., VANGALA, S., AFSAR-MANESH N. (2016). From discharge to readmission: understanding the process from the patient perspective. *Journal of Hospital Medicine*. 11(6): 407-412.
- ICN (2006). International council of nurses. code of ethics for nurses. Available at: <http://www.icn.ch/icncode.pdf>
- IDVALL, E., BERG, A., KATAJISTO, J., ACAROĞLU, R., ANTUNES do LUZ, M.D., EFSTATHIOU, G., KALAFATI, M., KANAN, N., KILPI, H.L., LEMONIDOU, M., PAASTAVROU, E., ŞENDİR, M., SUHONEN, R.(2012). Nurses sociodemographic background and assesment of individuzalied care. *Journal of Nursing Scholarship*.44(3):284-293.
- İÇYEROĞLU, G., KARABULUTLU, E. (2011). Determining the level of satisfaction of patients in terms of nursing. *Journal of the Euphrates Health Services*.6(17): 67-81.
- KAPLAN BAL C. (2015). Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- KAPLAN, S. H., GREENFIELD, S., WARE, J., (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care*. 27(3):110-127.
- KARAYURT, Ö., EROL, URSAVAŞ, F., İŞERİ Ö. (2018). Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarının ve görüşlerinin incelenmesi. *Acıbadem Sağlık Bilimleri Dergisi*. 9(2):163-169 <https://doi.org/10.31067/0.2018.8>
- KAYA, S., SAİN GUVEN, G., TELEŞ, M., KORKU, C., AYDAN, S., KAR, A., YILDIZ, A. (2017). Validity and reliability of the Turkish version of the readiness for hospital discharge scale/short form. *Journal of Nursing Management*.<https://doi.org/10.1111/jonm.12547>
- KAYA S., SAİN GÜVEN, G., AYDAN, S., KAR, A., TELEŞ, M., YILDIZ, A., KOCA, G. Ş., KARTAL, N., KORKU, C., ÜREK, D., BİLGİN, DEMİR İ., TOKA, O. (2018a). Patients' readiness for discharge: predictors and effects on unplanned readmissions, emergency

- department visits and death. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 21(2): 305-334 doi: 10.1111/jonm.12605.
- KAYA, S., TELEŞ, M., AYDAN, S., KORKU, C., KAR, A., (2018b). Taburculuğa hazır olmanın boyutları: belirleyicileri, hasta sonuçları ve hastane harcamaları ile ilişkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 21(2): 305-334.
- KAYA, F. (2011). Hemşirelerin iletişim ve empatik beceri düzeyleri ile hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarının karşılaştırılması, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- KERZMAN, H., BARON-EPEL, O., TOREN O. (2005). What do discharged patients know about their medication?. *Patient Educ Couns*. 56(3):276-82.
- KIDAK, L. B., AKSARAYLI, M. (2008). Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 10(3):87-123.
- KNIER, S., , STICHLER, J.F., FERBER, L., CATTERALL, K. (2015). Patients' perceptions of the quality of discharge teaching and readiness for discharge. *Association of Rehabilitation Nurses Rehabilitation Nursing*. 40:30-39.
- LAND, L., SUHONEN, R. (2009). Orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualized care. *International Nursing Review*. 56: 131-137.
- LAU, D., PADWAL, S., MUJUMDAR, S. R., PEDERSON, J. L., BELGA, S., KAHN, S., MCALISTER, F. A. (2016). Patient-reported discharge readiness and 30-day risk of readmission or death: A prospective cohort study. *The American Journal of Medicine*. 129(1), 89-95.
- LAUVER, D.R., WARD, S.E., HEIDRICH, S.M., KELLER, M.L., BOWERS, B.J., BRENNAN, P.F., KIRCHHOFF, K.T., WELLS, T.J. (2002). Patient-centered interventions. *Research Nursing & Health*. 25: 246-255.
- LIU, Y., WANG, G. (2007). Inpatient satisfaction with nursing care and factors influencing satisfaction in a teaching hospital in China. *Journal Nursing Care Qual*. 22(3):266-271.
- LOCHORO, P. (2004). Measuring patient satisfaction in ucmb health institutions. *Health Policy and Development Journal*. 2(3):243-248.
- LOWE G. , PLUMMER V. , O'BRIEN A.P., BOYD L. (2012) Time to clarify – the value of advanced practice nursing roles in health care. *Journal of Advanced Nursing*. 68(3):677-685. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05790.x
- MALONEY, R., WEISS, M., (2008). Patients' perceptions of hospital discharge informational content. *Clinical Nursing Research*. 17(3):200-219.
- MCCOLL E, THOMAS L, BOND S. (1996). A study to determine patient satisfaction with nursing care. *Nursing Standart*. 10(52):34-38.
- MIXON, S. A., GOGGINS, K., BELL, S., VASILEVSKIS, E., NWOSU, S., SCHILDCROUT, J., KRIALANI, S. (2016). Preparedness for hospital discharge and prediction of readmission. *J Hosp Med*. 11(9): 603-609. doi:10.1002/jhm.2572.
- NATAN, B., HOCHMAN, O. (2017). Patient-centered care in healthcare and its implementation in nursing. *International Journal of Caring Sciences*. 10(1):596-600.
- NURHAYATI, N., SONGWATHANA, P., VACHPRASIT R. (2018). Surgical patients' experiences of readiness for hospital discharge and perceived quality of discharge teaching in acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 9(10):1728-1736.

- OHTA, B., MOLA, A., RASENFELD, P., FORD, S. (2016). Early discharge planning and improved care transitions: pre-admission assessment for readmission risk in an elective orthopedic and cardiovascular surgical population. *International Journal of Integrated Care*. 16(2):10.
- ÖKDEM, Ş., ABBASOĞLU, A., DOĞAN, N. (2000). Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı*. 1(1):5-11.
- ÖNSÜZ, M. F., TOPUZOĞLU, A., CÖBEK, U.C. (2008).İstanbul’da bir üniversitesi hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeyi. *Marmara Medical Journal*.21(1):33-49.
- PALESE, A.,TOMIETTO, M., SUHONEN, R., EFTATHIOU, G., TSANGARI, H.,MERKOURIS, A., JAROSOVA, D., LEINO-KILPI, H., PATIRAKI, E., KARLOU, C., BALOUGH, Z., PAPASTAVROU, E. (2011).Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses’ caring behaviours:a descriptive an correlational study in six european countries. *Journal of Nursing Scoolarship*. 43(4): 341-350.
- PAMUKSUZ, H. (2017) Ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastaların bağımsızlık düzeylerinin taburculuk öncesi öğrenim gereksinimlerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi.İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- PAPASTAVROU, E., ACAROĞLU, R., ŞENDİR, M., BERG, A., EFSTATHIOU, G., IDVALL, E., KALAFATI, M., KATAJISTO, J., LEINO-KILPI, H., LEMONIDOU, C., DEOLINDA, M., DA LUZ, A., SUHONEN, R. (2015). The Relationship between individualized care and the practice environment: an international study. *International Journal of Nursing Studies*. 52:121-133.
- PAUL, S. (2008). Hospital discharge education for patients with heart failure: what really works and what is the evidence?.*Critical Care Nurse*.28(2).
- PELZANG, R. (2010) Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing*. 19(14): 912-917. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.14.49050>
- PETROZ, U., KENNEDY, D., WEBSTER, F., NOWAK , A. (2011). Patients’ perceptions of individualized care: evaluating psychometric properties and results of the Individualized Care Scale. *Canadian Journal of Nursing Research*. 43(2): 80-100.
- POOCHIKIAN-SARKISSIAN, S., SOURAYA SIDANI, S., MARY FERGUSON-PARE, DIANE DORAN, D. (2010). Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 32(4).
- QUINTANA, J.M., GONZALEZ, N., BILBAO, A., AIZPURU, F., ESCOBAR, A., ESTEBAN, C., SAN-SEBASTIAN, J.A., SIERRA, E. VE THOMPSON, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*.6:102-111.
- RADWIN, L. (2000). Oncology patients’ perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing and Health*. 23(3): 179-190.
- RADWIN, L. E., ALSTER, K., (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*. 49(1):54-63. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2002.00101.x>
- RASOOLI, S., ZAMANZADEH, V., RAHMANI, A., SHAHBAZPOOR, M. (2013). Patients' point of view about nurses' support of individualized nursing care in training hospitals affiliated with Tabriz University of Medical Sciences. *Journal of Caring Sciences*.(3):203-209 [doi:10.5681/jcs.2013.025](https://doi.org/10.5681/jcs.2013.025) [http:// journals.tbzmed.ac.ir/](http://journals.tbzmed.ac.ir/)
- REILEY, P, IEZZONI, LI, PHILLIPS, R, DAVIS RB, TUCHIN, LI, CALKINS, D. (1996). Discharge planning: comparison of patients’ and nurses’ perceptions of patients following hospital discharge. *Image Journal Nursing Scholarsh*.28(2):143–147.

- RESNICK, A.S., DISBOT, M., WURSTER, A., MULLEN, J.L., KAISER, L.R., MORRIS, J.B. (2008). Contributions of surgical residents to patient satisfaction: impact of residents beyond clinical care. *Journal of Surgical Education*. 65:243–252.
- SAFRAN, G. D., KOSINSKI, M., TARLOV, ROGERS, W. H., TAIRA, D. A., NAOMI LIEBERMAN, N., JOHN E. WARE, J. E. (1998). The primary care assessment survey: tests of data quality and measurement performance. *Medical Care*. 36(5):728-739.
- SCHMOCKER, R. K., HOLDEN, S., VANG, X., LEVERSON, G. E., CHERNEY STAFFORD, L. M., & WINSLOW, E. R. (2015). Association of patient-reported readiness for discharge and hospital consumer assessment of health care providers and systems patient satisfaction scores: a retrospective analysis. *Journal of the American College of Surgeons*. 221(6):1073–1082.
- STEWART, M., BROWN, J.B., DONNER, A., MCWHINNEY, IR., OATES, J., WESTON, W.W., JORDAN, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The Journal of Family Practice*. 49(9):796-804.
- SUHONEN, R., VALIMAKI, KATAJISTO J., LEINO-KILPI H. (2006). Patient characteristics in relation to perceptions of how individualized care is delivered-research into the sensitivity of the individualized care scale. *Journal of Professional Nursing*. 22(4):253-261.
- SUHONEN, R., LEINO-KILPI, H., VALIMAKI, M. (2005a). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 50(3): 283-292.
- SUHONEN, R., LEINO-KILPI, H. (2012). Older orthopaedic patients' perceptions of individualised care: a comparative survey. *International Journal of Older People Nursing*. 7:105–116 doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00243.x
- SUHONEN, R., LEINO-KILPI, H., VALIMAKI, M., (2005b). Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 11: 7–10.
- SUHONEN, R., PAPASTAVROU, E., EFSTATHIOU, G., LEMONIDOU, C., KALAFATI M., DA LUZ M.D.A., IDVALL, E., BERG, A., ACAROĞLU, R., ŞENDİR, M., KANAN, N., SOUSA, V.D., KATAJISTO, J., VALIMAKI, M., LEINO-KILPI, H. (2011). Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*. 67(9): 1895–1907.
- SUHONEN, R., VALIMAKI, M., LEINO-KILPI, H. (2002). "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective-a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 39: 645–654.
- SUHONEN, R., VALIMAKI, M. VE LEINO-KILPI, H. (2007). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*. 17(7): 843-60.
- SUHONEN, R., VALIMAKI, M., KATAJISTO, J. (2000). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing*. 32, 1253–1263.
- SUHONEN, R., GUSTAFSSON, M.L., KATAJISTO, J., VALIMAKI, M., LEINO-KILPI, H. (2010). Nurses' perceptions of individualized care. *Journal of Advanced Nursing*. 66(5):1035-1046.
- ŞENDİR, M., BÜYÜKYILMAZ, F., YAZGAN, İ., BAKAN, N., MUTLU, A., TEKİN, F. (2012). Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 20(1):35-42.
- TAN, M., ÖZDELİKARA, A., POLAT, H. (2013). Hasta öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 21(1):1-8.

- TANG, W. M., SOONG, C.-Y., LIM, W. C. (2013). Patient satisfaction with nursing care: a descriptive study using interaction model of client health behavior. *International Journal of Nursing Science*. 3:51-56.
- TAYLAN, S., ALAN, S., KADIOĞLU, S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*.3:66-74.
- TEKİN, F. (2011). Ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- TEMEL, A.B. (2008). Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*.11 (2): 92-101.
- TITLER, M. G., PETIT, D. M. (1995). Discharge Readiness Assesment. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 9(4):64-74.
- TUĞUT, N., GÖLBAŞI, Z. (2013). Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 10(2):38-44.
- TÜRKMEN, H., ÖZBAŞARAN, F. (2017). Vaginal doğum yapan lohusalarda taburculuğa hazır olma durumlarının değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7(1): 24-29.
- VON ESSEN, L., SJODÉN, P. (2003). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*.40(5):487-497.
- WALLACE, T., ROBERTSON, E., MILLAR, C., FRISCH, S.R. (1999). Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience. *The Journal of Advanced Nursing*. 29 (5):1144–1153.
- WEISS, M., SAWN, K., GRALTON, K., JOHNSON, N, KLINGBEIL, C., LERRET, S., MALIN, S., YAKUSHEVA, O., SCHIFFMAN, R. (2017). Discharge teaching, readiness for discharge, and post discharge outcomes in parents of hospitalized children. *Journal Of Pediatric Nursing*. 34:58-64.
- WEISS, M., YAKUSHEVA, O., BOBAY, K. (2010). Nurse and patient perceptions of discharge readiness in relation to postdischarge utilization. *Medical Care*. 48(5):482–486.
- WEISS, M. E., COSTA, L. L., YAKUSHEVA, O., BOBAY, K. L. (2014). Validation of patient and nurse short forms of the readiness for hospital discharge scale and their relationship to return to the hospital. *Health Service Research*, 49(1):304–317.
- WEISS, M. E., PIACENTINE, L. B. (2006). Psychometric properties of the readiness for hospital discharge scale. *Journal of Nursing Measurement*. 14(3):163–180. <https://doi.org/10.1891/jnm-v14i3a002>
- WEISS, M. E., PIACENTINE, L. B., LOKKEN, L., ANCONA, J., ARCHER, J., GRESSER, S., VEGA-STROMBERG, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialist*, 21(1):31–42.
- WEISS, M., RYAN, P., LOKKEN, L., NELSON, M. (2004). Length of stay after vaginal birth:Sociodemographic and readiness-for-discharge factors. *Birth*: 31(2):93–101.
- YALÇIN, S., ARPA, Y., CENGİZ, A., DOĞAN, S. (2015). Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 12(3):204-209 doi:10.5222/HEAD.2015.204

- YAM C. H. K., WONG E. L. Y., CHAN F. W. K., WONG F. Y. Y. AND YEOH E. K. (2012) Framework and Components for Effective Discharge Planning System: a Delphi Methodology. *Health Services Research*.12(396): 1-16.
- YILDIRIM, M., BAYRAKTAR, N. (2010). Cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin taburculuk planlaması sürecindeki rolleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Journal Nursing Science*.(2).73-81.
- YILDIRIM, N., ÇİFTÇİ, B., KAŞIKÇI, M., (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*. 14:217-230.
- YİĞİTBAŞ, Ç., DEVECİ, S. E. (2014). Bir grup hastanın hemşirelik bakımı algısı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*.2(2):1-11. Erişim Tarihi:04.05.2018
- ZAMANZADEH, V., AZIMZADEH, R., RAHMANI, A., VALIZADEH, L. (2010). Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviours. *Bio Med Central Nursing*. 9(10): 1-9.
- ZHAOL, H., FENG, X., YU R., GU, D., JI, X. (2016). Validation of the Chinese Version of the Readiness for Hospital Discharge Scale on patients who have undergone laryngectomy. *The Journal of Nursing Research*. 24(4):321-328.
- ZIMMERMAN, E., STEVEN H. WOOLF. S.H. (2014). Understanding the relationship between education and health. *the National Academy of Sciences*. 5:1-22.

EKLER

EK-1: Hasta Tanıtım Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu anket formu yüksek lisans tezi kapsamında taburculuğa hazır olma durumunuzun bireyselleştirilmiş bakım algınıza etkisini ölçmek üzere hazırlanmıştır. Elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup, ankette isim belirtme gerekliliği bulunmamaktadır. Ankette yer alan sorulara içtenlikle ve hiçbir soruyu atlamadan cevaplamanız, araştırmanın bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırıp çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

Sosyo-Demografik Özellikleriniz;

1. Yaş:

2. Cinsiyet: 1.Kadın 2.Erkek

3. Medeni durumu:

1. Evli 2.Bekar 3.Boşanmış

4. Eğitim:

Okur-yazar değil İlkokul mezunu Lise mezunu

Okur yazar

Ortaokul mezunu

Yüksekokul/fakülte

5. Mesleği:

Ev Hanımı Emekli Memur İşçi Diğer.....

6. Gelir Durumu:

Gelir giderden düşük Gelir gidere denk Gelir giderden fazla

7. Yaşanılan Yer:

İl İlçe Köy/Kasaba

8. Sağlık Güvencesi: Var Yok

9. Hastanede kalma süresi.....

10.Hangi serviste yatıyor.....

11.Tanınız:.....

12. Daha önce hastanede yatma deneyimini var mı?.....

13.Daha önce hastaneden yattıysanız nedeniniz nedir?.....

EK-2:Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A ve B

	Bu bölümde genel olarak aldığınız bakım uygulamalarında sizin bireyselliğinizi nasıl desteklediğine ilişkin genel tutumlarınızı düşünerek cevap veriniz.	Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
A01	Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A02	Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A03	Elimden geldiği oranda kendi bakımımnda sorumluluk alma fırsatı verdiler.	1	2	3	4	5
A04	Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar	1	2	3	4	5
A05	Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular.	1	2	3	4	5
A06	Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar	1	2	3	4	5
A07	Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A08	Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (iş, hobiler)	1	2	3	4	5
A09	Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular.	1	2	3	4	5
A10	Günlük alışkanlıklarımı sordular (örn., kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
A11	Ailemin, bakımımnda yer almasını isteyip istemediğimi sordular	1	2	3	4	5
A12	Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler	1	2	3	4	5
A13	Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular	1	2	3	4	5
A14	Bakımımıla ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler	1	2	3	4	5
A15	Bakımımıla ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular	1	2	3	4	5
A16	Bakımımıla ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular	1	2	3	4	5
A17	Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular	1	2	3	4	5

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

EK-3:Taburcu olmaya hazır olma ölçeği hasta öz değerlendirme formu

Hissettiklerinizi en iyi ifade eden rakamı yuvarlak içine alınız. Cevaplar, 0-10 aralığındaki 10’lu bir ölçek üzerinden verilmektedir. Rakamların altında bulunan ifadeler 0 ve 10’un ne anlama geldiğini göstermektedir.

Örneğin, 7 rakamını yuvarlak içine almanız, 10 rakamında belirtilen ifadeye 0 rakamının seçimine oranla daha fazla katıldığınız ancak tamamen de o şekilde hissetmediğiniz anlamına gelmektedir.

1. Eve gitmeye fiziksel olarak ne kadar hazırsınız?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Hazır değilim						Tamamen hazırım				
2. Bugünkü enerjinizi nasıl tarif edersiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Düşük enerji						Yüksek enerji				
3. Eve gitmenizin ardından oluşabilecek sorunlarla ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Hiçbir fikrim yok						Her şeyi biliyorum				
4. Eve gitmenizin ardından uymanız gereken kısıtlamalarla (yapabileceğiniz şeyler ve yapmanıza izin verilmeyen şeyler) ilgili ne kadar bilgi sahibisiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Hiçbir fikrim yok						Her şeyi biliyorum				
5. Evde hayatın taleplerini ne kadar iyi karşılayabileceksiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Karşılayamayacağım						Son derece iyi karşılayabilirim				
6. Evde kişisel bakımınızı (örneğin hijyen, banyo, tuvalet, beslenme) ne kadar iyi yapabileceksiniz?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Yapamayacağım						Son derece iyi yapabileceğim				
7. Eve gitmenizin ardından, ihtiyacınız olursa, kişisel bakımınıza ne kadar yardımcı olunacak?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Hiç						Çok				
8. Gerekirse, tıbbi bakım ihtiyaçlarınıza ne kadar yardımcı olunacak (tedaviler, ilaçlar)?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Hiç						Çok				

EK4: Afyon Kocatepe Üniversitesi Etik Kurul Kararı

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

02.02.2018

Birimi : Tıbbi Etik Kurul Başkanlığı

Kodu : 2011-KAEK-2

Sayı : 2018/ 54

Konu : Tıbbi Etik Kurul Kararı

Sayın; Yrd.Doç.Dr.Pakize ÖZYÜREK
Afyon Kocatepe Üniversitesi Afyon Sağlık Yüksek Okulu
Hemşirelik Bölüm Öğretim Üyesi

İlgi: Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02.02.2018 tarih ve 2018/2-54 sayılı kararı.

Sorumluluğunuzda yürütülecek olan "Yetişkin Hastaların Taburculuğa Hazır Olmalarının Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına Etkisi" başlıklı Girişimsel Olmayan çalışmanıza ilişkin ilgi sayılı Etik Kurul Kararı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ
Etik Kurul Başkanı



EK:

1-İlgi sayılı karar (1 sayfa)

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	02.02.2018	Toplantı Numarası	2018/2	Toplantı Saati	09:00	Etik Kurul Kodu	2026-KAEK-
-----------------	------------	-------------------	--------	----------------	-------	-----------------	------------

54- Yrd.Doç Dr.Pakize ÖZYÜREK'in sorumluluğunda yürütülecek olan "Yetişkin Hastaların Taburculuğa Haz Olmalarının Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına Etkisi" konulu Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar için başvuru dosyası incelendi. Araştırma protokolüne uyularak, Sağlık Bakanlığı'nın 13.04.2013 tarihli 28617 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkındaki Yönetmeliği ve yayımlanan klavuzlarında belirtilen hususla dikkate alınarak, sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere araştırmanın yapılmasında etik sakıncası olmadığına toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verildi.

ASLIĞIBİDİR
02.02.2018
Yrd.Doç Dr. Evrim Sana ARKIN TERZİ
Raportör

EK-5: AKÜ Hastanesi Başhekimliği İzin Belgesi

Belge Tarih ve Sayısı: 34041/2018-E.4974



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi



Sayı : 70847213-302.08.01-
Konu : Anket İzni

AFYON SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.01.2018 tarih ve E.4226 sayılı yazınız.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşe MERCAN' ın "Yaşlıların Hastalıklarına Taburculuğa Hazır Olmalarının Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına Etkisi" adlı tez çalışması ile ilgili anket çalışmasını hastanemizde gerçekleştirmeye talebi uygun görülmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Doç.Dr. İbrahim KELEŞ
Başhekim a.
Başhekim Yardımcısı

E-maile Doğrulanak için : keles@afyon.kocatepe.edu.tr veya keles@afyon.kocatepe.edu.tr +ADST

Adres : Afyon Kocatepe Üniversitesi - Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği

Atı (Çoklu İmza Kurulunda Gözetilmez) : ADST no : 34041/2018-E.4974

Tel : 0302 411 11 11 - Pbx : 0 302 411 11 11 - E-posta : bashekim@afyon.kocatepe.edu.tr

Bilgi için: Tuğçe Yılmaz
Uzman: Edna Perincek

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'nun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**EK-6: Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi
Başhekimliği İzin Belgesi**



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği
Kalite Yönetim Birimi

Tarih: 08.03.2018
Sayı : E.89929

Sayı : 87883530-060.99-E.
Konu : Ayla KESKİN'in Tez Çalışması

Ayla KESKİN

İlgi : 28.02.2018 tarihli ve -106.06- sayılı yazı

Etik kurul izinleri olan "Yetişkin Hastaların Hastane Taburculuğa Hazır Olma Durumlarının Bireyselleştirilmiş Bakım Algularına Etkisi" adlı tezin hastanemizde uygulanması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet YILDIRIM
Başhekim

Belgenin asline mülakata

Doğrulama Linki: <https://ebys.sdu.edu.tr/EvrakDogrula.html?117667F3>
SDÜ Arş Uyg. Hast. Çınar Doğu Kampüsü İSPARİA
Tel No (246) 211-9171 Faks No (246) 211-2830
E-Posta: hastanekaliteyonetim@sdu.edu.tr İnternet Adresi: hastane.sdu.edu.tr

Bilgi İçin Aydın TORAMAN
Bilgisayar İşletmeni
Tel No 2119171

Bu evrak 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-7: Isparta İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu



T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 80565742-771
Konu : Ayla KESKİN'in Araştırma İzin Talebi

Sayın Ayla KESKİN
(Mehmet Töngre mah.4836 sok.No:3 ISPARTA)

İlgi : 01/03/2018 tarihli yazınız.

İlgi kayıtlı dilekçeniz incelenmiş olup, araştırma talebiniz; hasta mahremiyetine dikkat edilerek, hastanın kimlik, iletişim ve kişisel bilgilerinin herhangi bir yerde yayınlanmaması, kullanılmaması, bakanlığımızın izni olmadan ve yapılan çalışma sonuçlarının çalışma amacının dışında paylaşılmaması kaydı ile tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr.Mehmet KARAKAYA
İl Sağlık Müdürü

Juveni Elektronik İmza.
Aslı ile Aynısı
12.03/2018
Musa YERLİKAYA
Tıbbi Sekreter

Isparta İl Sağlık Müdürlüğü İstatistik ve Bilgi İşlem Birimi

Bilgi için:Nazlı YENER

Faks No:

Unvan: TIBBİ TEKNOLOG

e-Posta: nazli.yener@sağlık.gov.tr İnt.Adresi: nazli.yener@sağlık.gov.tr

Telefon No 0 (246) 211 96 16

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Herhangi bir şekilde değiştirilirse geçerliliği ortadan kalkar. Bu belgeyi kontrol etmek için belgeyi elektronik ortamda kontrol edebilirsiniz.

EK-8: Isparta Şehir Hastanesi Başhekimliği İzin Formu

ISPARTA ŞEHİR HASTANESİ ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad : Ayta Toksin
Tarih : 23.03.2018
Cep Tel. : 05514299900
İmza : [Signature]

Araştırmanın;

Adı:	Yetişkin Hastaların Hastane Taburculuğu
Amacı:	Yakır Olma Durumlarının Bireyselleştirilmesi ve Hastaların Etkisizliği
Yöntemi:	Dokü ve cerrahi bakımierde 18 yaşı üstü en az 3 gün yatmış olan yetişkin hastaların taburculuğa hazır olma durumlarının bireyselleştirilmesi bakım dairesine etkisi görmek amaçlanmaktadır.
Yöntemi:	Anket yöntemiyle yapılacaktır.
Uygulanacağı Yerler:	Isparta Şehir Hastanesinin dokü ve cerrahi polikliniği servisi
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	-
Başlama Tarihi ve Süresi:	26.03.2017. 2ay.
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	Yrd. Doç. Dr. Toksin Özyek.

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü**

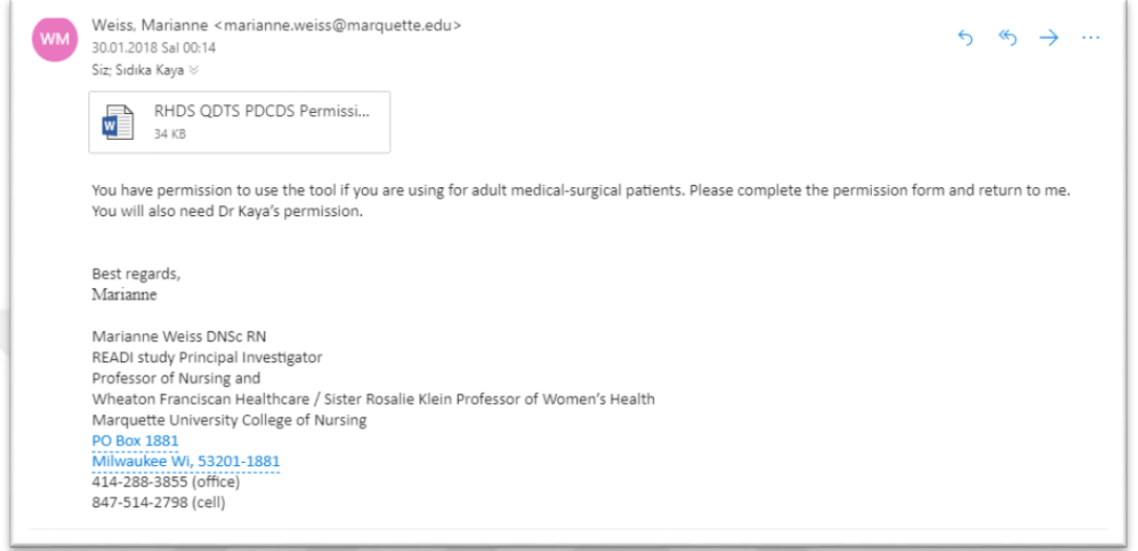
İmza
.... / ... / 2017

Hastane Yöneticisi/Başhekim

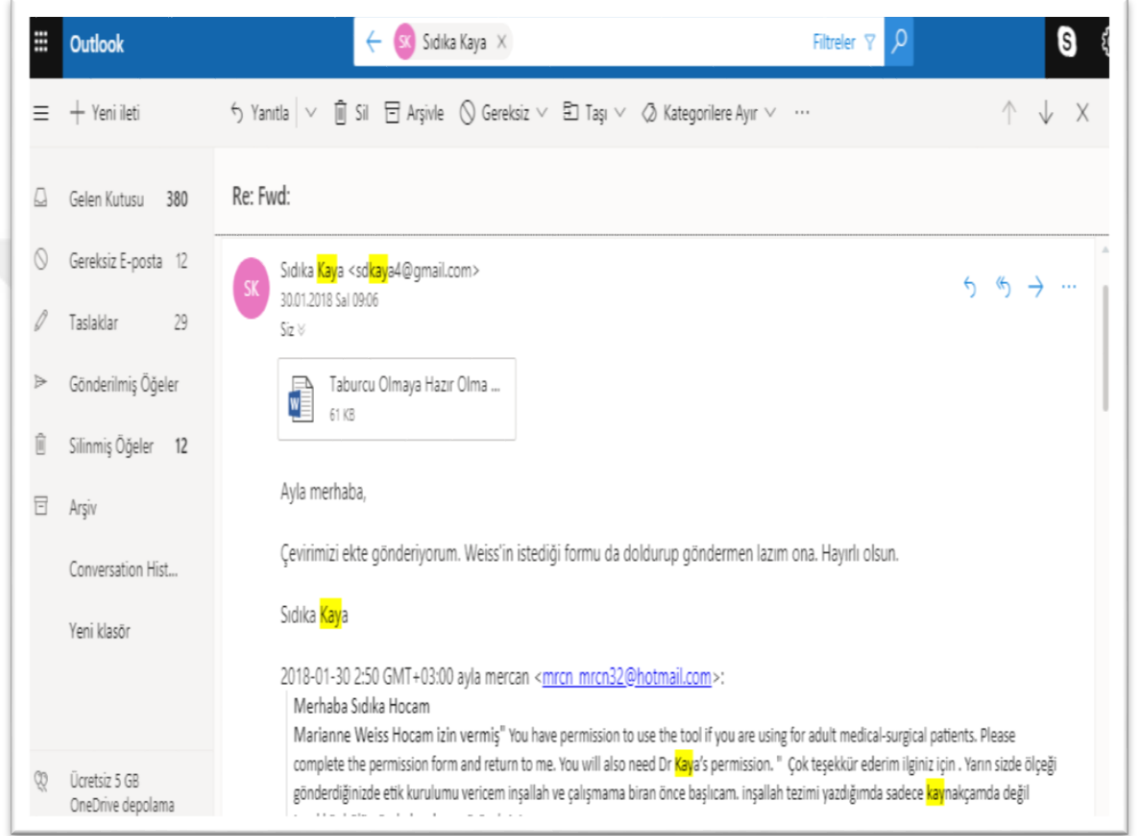
İmza
[Signature]
2017

**Sadece hemşirelik araştırmalarında Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.

EK-9: TOHO ölçeğini geliştiren Mrs. Marianne Weiss'ten mail yolu ile alınan izin belgesi



EK-10: TOHO ölçeğinin Türkçe geçerlilik-güvenirlik çalışmasını yapan Sayın Sıkida Kaya'dan mail yolu ile alınan izin belgesi



ÖZGEÇMİŞ

Adı ve Soyadı: Ayla KESKİN

Doğum tarihi ve yeri: 06/07/1988, İstanbul/Üsküdar

Mezun olduğu okullar: 2006 yılında Isparta Şehit Ali İhsan Kalmaz Anadolu Lisesi

2007-2011 yılları Süleyman Demirel Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik

Yüksek lisans Eğitimi: 2015 Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda başladı.

İş Deneyimleri: AFSÜ Hastanesi servis hemşiresi olarak halen çalışmakta.

Katıldığı Sempozyumlar:

- 4. Ulusal Palyatif Bakım Sempozyumu: Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Afyonkarahisar Genel Sekreterliği (2016)
- “Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hemşireliği Günleri” sempozyumu Afyonkarahisar (2018)