



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE COVID-19 TANISI İLE YATAN
HASTALARIN VE HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM
ALGISI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Seçil BULUT**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN**

**İSTANBUL
Haziran 2022**



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE COVID-19 TANISI İLE YATAN
HASTALARIN VE HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM
ALGISI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Seçil BULUT**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN**

**İSTANBUL
Haziran 2022**

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Seçil Bulut tarafından hazırlanan *“Dahiliye Kliniklerinde Covid-19 Tanısıyla Yatan Hastaların ve Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı”* konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: .17/06/2022

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Sibel Erkal İlhan (Tez Danışmanı)
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Besey Ören
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Gülbahar Keskin
Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

(Enstitü Müdürünün Ünvanı, Adı, Soyadı)
Müdür

DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE YATAN COVID-19 TANILI HASTALARIN ve ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGISI

ORIGINALITY REPORT

19%

SIMILARITY INDEX

19%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

6%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	acikerisim.erbakan.edu.tr Internet Source	8%
2	acikbilim.yok.gov.tr Internet Source	2%
3	dergipark.org.tr Internet Source	1%
4	9lib.net Internet Source	1%
5	dspace.gazi.edu.tr Internet Source	1%
6	Submitted to Saglik Bilimleri Universitesi Student Paper	1%
7	sabihaozdemiranaokulu.meb.k12.tr Internet Source	1%
8	cms.galenos.com.tr Internet Source	1%

jcnr.selcuk.edu.tr

17/06/2022

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Dahiliye Kliniklerinde COVID-19 Tanısı ile Yatan Hastaların ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı” başlıklı bu çalışmayı başından sonuna kadar danışmanım Prof. Dr. Sibel Erkal İLHAN’ın sorumluluğunda tamamladığımı, verileri kendim topladığımı, analizleri ilgili birimlerde yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Seçil BULUT

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca bana rehberlik eden, tez konumun belirlenmesinde ve tez çalışmamızın her aşamasında bilgilerini, tecrübelerini ve kıymetli zamanını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan değerli hocam, danışmanım Prof. Dr. Sibel Erkal İLHAN'a teşekkürü borç bilirim.

Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyelerine ve tez jüri üyelerime,

Lisans ve Yüksek lisans hayatım boyunca beni destekleyerek yardımcı olan hocalarım; Prof. Dr. Neriman ZENGİN'e, Dr. Öğr. Üyesi Leman KUTLU'ya ve Doç. Dr. Banu TERZİ'ye canı gönülden teşekkür ederim.

Yüksek lisans eğitim hayatım ve tez sürecimde desteklerini esirgemeyen, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına, Dahiliye Kliniği ve Yetişkin Acil Servis Kliniği çalışma arkadaşlarıma,

Hayatımın her evresinde desteklerini esirgemeyen ebeveynlerim Asime & Keramet Bulut'a, kardeşlerim Senem, M. Salih ve Beren Bulut'a, anneannem Vesile Bozkurt'a, tüm ailem ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkür ederim.

Haziran, 2022

Seçil BULUT

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ETİK BEYANI	i
ÖNSÖZ	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vi
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ	3
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. COVID-19	6
2.1.1. Epidemiyolojisi	7
2.1.2. Risk Grupları.....	7
2.1.3. Tanı	8
2.1.4. COVID-19'un Etkileri	8
2.1.4.1. Sağlık Yönünden Etkileri.....	9
2.1.4.2. Ekonomik Açıdan Etkileri.....	9
2.1.4.3. Sosyal Açıdan Etkileri.....	10
2.1.4.4. Psikolojik Açıdan Etkileri.....	10
2.2. Hemşirelik Bakımı Kavramı	10
2.3. Birey ve Bireysellik Kavramı	12
2.4. Bireyselleştirilmiş Bakım	12
2.5. Tarihsel Süreçte Bireyselleştirilmiş Bakım	14
2.6. Bireyselleştirilmiş Bakımın İlkeleri	14
2.7. COVID-19 Sürecinde Hemşirelik Bakımı	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	19
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri	19
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	19
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	19
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	20
3.5.1. Hastaların Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	20
3.5.2. Hemşirelerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	20
3.6. Veri Toplama Araçları.....	20
3.6.1. Hasta Kişisel Bilgi Formu (EK A).....	20
3.6.2. Hemşire Kişisel Bilgi Formu (EK B).....	21
3.6.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta (EK C)	21
3.6.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire (EK D)	22
3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	22
3.7.1. Hasta Verilerinin Toplanması	23
3.7.2. Hemşire Verilerinin Toplanması	23

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	23
3.9. Araştırmanın Değişkenleri.....	24
3.9.1. Bağımlı Değişkenler.....	24
3.9.2. Bağımsız Değişkenler.....	24
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	24
3.11. Araştırmanın Etiği.....	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri, Hastaların Hastalık Süreci ve Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Bulgular.....	27
4.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS) ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular.....	33
4.2.1. Hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS) ve Alt Boyut Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	33
4.2.2. Hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS) ve Alt Boyut Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bulgular.....	37
4.3. Hemşirelerin ve Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular.....	42
5. TARTIŞMA.....	43
5.1. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri, Hastaların Hastalık Süreci ve Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	44
5.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	44
5.1.2. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması.....	45
5.2. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	46
5.2.1. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algısına İlişkin Tartışma.....	46
5.2.2. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Ortalamasına İlişkin Tartışma.....	50
5.3. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma.....	52
6. SONUÇLAR.....	54
7. ÖNERİLER.....	56
KAYNAKLAR.....	57
EKLER.....	67
ÖZGEÇMİŞ.....	79

KISALTMALAR

ANA	: American Nurses Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
BBS	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası
BBS-Hasta	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- Hasta
BBS-Hemşire	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası- Hemşire
COVID-19	: Koronavirüs Hastalığı
DM	: Diabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HT	: Hipertansiyon
ICN	: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşireler Birliği)
ICNP	: International Classification of Nursing Practice (Uluslararası Hemşirelik Uygulaması Sınıflandırma Sistemi)
İHD	: İnsan Hakları Derneği
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MERS	: Middle East respiratory syndrome (Orta Doğu Solunum Sendromu)
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association (Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği)
NHS	: National Health Service (Ulusal Sağlık Sistemi)
SARS	: Severe Acute Respiratory Syndrome (Şiddetli Akut Solunum Sendromu)
SARS-COV-2	: Koronavirüs
TDK	: Türk Dil Kurumu

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No.</u>
Tablo 3.1. Normal Dağılım.....	23
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	27
Tablo 4.2. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	28
Tablo 4.3. Hastaların Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri.....	29
Tablo 4.4. Hemşirelerin Çalıştığı Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	31
Tablo 4.5. Hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 4.6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BBS-Hasta Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Farklılaşma Durumu.....	34
Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre BBS-Hasta Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Farklılaşma Durumu.....	35
Tablo 4.8. Hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Puan Ortalamaları.....	38
Tablo 4.9. Hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Puanlarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	39
Tablo 4.10. Hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Puanlarının Klinik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	40
Tablo 4.11. Bireyselleştirilmiş Bakım Puanlarının Hemşire ve Hastalara Göre Farklılaşma Durumu.....	42

ÖZET

DAHİLİYE KLİNİKLERİNDE COVID-19 TANISI İLE YATAN HASTALARIN VE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGISI

Bu araştırma dahiliye kliniklerinde COVID-19 tanısı ile yatan hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını değerlendirmek amacıyla yapıldı. İstanbul İli Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi pandemi dahiliye kliniklerinde tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılan araştırma, 269 hasta ve 35 hemşire ile 10 Haziran 2021- 10 Haziran 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın verileri Hasta Bilgi Formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta, Hemşire Bilgi Formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın verileri istatistiksel analiz için SPSS 22.0 for Windows programı kullanıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Araştırmada hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta ölçeği toplam puan ortalamaları $3,79\pm0,82$ iken, hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire ölçeği toplam puan ortalamaları $3,87\pm1,05$ saptandı. Hemşirelerin verdikleri bakımdan memnuniyet derecelerinin ortalaması $6,5\pm1,7$ (aralık 4-10) iken hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet derecelerinin ortalaması $7,2\pm2,3$ (aralık 1-10) olarak belirlendi.

Hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım skalası puan ortalamaları ve alt puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Anahtar Kelimeler: *Hemşire Bakım Algısı, Bireyselleştirilmiş Bakım, COVID-19.*

ABSTRACT

INDIVIDUALIZED CARE PERCEPTIONS OF NURSES WORKING IN INTERNAL MEDICINE CLINICS AND PATIENTS ADMITTED TO THE INTERNAL MEDICINE CLINICS WITH THE DIAGNOSIS OF COVID-19

This study was conducted to evaluate the perception of individualized care of the nurses provided care to COVID-19-infected patients and the patients hospitalized with the diagnosis of COVID-19 to internal medicine clinics. This descriptive and cross-sectional study was conducted in the internal medicine clinics, only provides care for covid-19 patients, of Istanbul Haseki Training and Research Hospital between 10 June 2021 and 10 June 2022. 269 patients hospitalized in pandemic internal medicine clinics and 35 nurses working in clinics were included in the study. The data of the study were collected using Patient Information Form, Individualized Care Scale-B-Patient, Nurse Information Form, Individualized Care Scale-B-Nurse. IBM® SPSS® Statistics V22.0 for Windows was used for statistical analysis of the research data. Statistical alpha significance level was accepted as $p < 0.05$. In the study, the mean scores of the patients and the nurses on the Individualized Care Scale-Patient scale were 3.79 ± 0.82 and 3.87 ± 1.05 respectively. The mean satisfaction level of the nurses with the care they provided was 6.5 ± 1.7 (range 4-10), while the average of the satisfaction level of the patients was 7.2 ± 2.3 (range 1-10).

There was no statistically significant difference between the individualized care scale mean scores and subscore mean scores of patients and nurses.

Keywords: *Nursing Care Perception, Individualized Care, COVID-19.*

1. GİRİŞ

Evrensel açıdan sağlığın tüm yönleriyle ilgilenen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2019 yılının aralık ayında ortaya çıkan ve insanlığı olumsuz etkileyen salgın olan koronavirüs hastalığının varlığını ifade etmiş ve COVID-19 adını vermiştir. 11 Mart 2020 itibariyle DSÖ tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir (DSÖ, 2020). COVID-19'un yeni olarak tanımlanmasındaki en önemli neden, daha önce insanlarda belirlenememiş olmasıdır (Altın, 2020). Pandemi sürecindeki en büyük olumsuzluklardan birisi ise virüsün enfekte bireylerde ağır tablolara neden olması ve can kaybının fazla olmasıdır. Bu durum, toplumsal açıdan birçok sorunu beraberinde getirmekle birlikte enfekte olan bireylerde görülen belirtiler ve sonuçları nedeniyle milyonlarca insan tedavi görmüştür (Saruç ve Kızıldaş, 2021). COVID-19'un bireylerdeki temel belirtileri farklılık göstermekle birlikte, en tipik belirtiler: yorgunluk, baş ağrısı, kas ve eklem ağrıları, tat ve koku duyusunda bozulma, kuru öksürük ve yüksek ateş olarak ifade edilmektedir. Bu belirtilerin özellikle kritik olarak enfekte olunmasından sonra beşinci gün ortaya çıktığı ancak farklı bireylerde bu sürenin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Çelik ve Köse, 2020).

COVID-19'un hastalarda sistemik etkileri oldukça önemlidir. Enfekte olan bireylerde görülen sistemik etkiler: sinir, görme, kas-iskelet, cilt, kardiyovasküler, gastrointestinal, genitoüriner ve kan sistemleri etkilemektedir. Bunlardan en sık karşılaştıklarımız; hiperkoagülabilité ve lenfopeni patolojileri, koku ve tat almada bozukluklar, inme, nöbet, baş dönmesi ve ağrısı, bireylerin davranış, kişilik, bilinç ve durumları kavramayla ilgili olarak ensefalopati, miyokart hasarı, disritmi, akut koroner sendrom, kalp yetmezliği ve kalp ileti sistemi bozuklukları, ishal ve iştah kaybı, akut böbrek yetmezliği, oküler tutulum ve miyalji meydana getirdiği ifade edilmektedir. Özellikle miyaljinin varlığı kan tahlili sonrasında ortaya çıkan kreatinin kinaz düzeylerinin yüksek olmasıyla bağlantılıdır. Bütün bu görülen sistemik etkilerin COVID-19'un bireylerin üzerinde nasıl büyük bir harabiyet yarattığı görülmekle birlikte, bu patolojilerin sağlığın diğer boyutlarını da etkilemesi açısından önemli olduğu belirtilmektedir (Ulaşlı, 2020).

DSÖ tarafından 2020 yılı Hemşire ve Ebe yılı olarak ilan edildi (DSÖ, 2020). Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)'nin 2020 teması “Hemşireler: Herkes için sağlık hedefine ulaşmada öncü bir ses” olarak belirledi (ICN, 2020). Ayrıca DSÖ “Hemşirelik bir maliyet değil, bir ülkede sağlık yatırımı olarak görülmeli” ve “Hemşireler sağlık sisteminin bel kemiğidir ve COVID-19 ile mücadelede ön safhalarda yer almaktadır” ifadelerini belirtmiştir. Hastalarla en fazla teması gerçekleştiren hemşireler hastalara bakım sunmaktadırlar (Karasu ve Çopur Öztürk, 2020). Hemşirelerin, 2019 yılında ortaya çıkan COVID-19 pandemisinde dünyada ve ülkemizde hemşireler, toplum sağlığı hizmeti sunmak için ön safhalarda yer almaktadır (THD, 2020).

Hemşirelik bakım planı ve hemşirelik tanılarıyla sunulan bakımın amacı, bakımı bireyselleştirerek hastalık yönetimini sağlayarak, yaşam kalitesini yükseltmek, sekonder enfeksiyonları engellemek ve memnuniyeti arttırmaktır (Doğan ve Karasu, 2020). Standartlaşmış ve bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımların oluşabilmesi için uluslararası olarak kullanılan Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA-I), Hemşirelik girişimleri sınıflandırması (NIC) ve Hemşirelik sonuçları sınıflandırması (NOC) hemşirelik girişim ve planlarının kullanılması gerekir. NANDA-I, NIC ve NOC (NNN) birbiriyle ilişkili üç basamaktan oluşur (Çevik Aktura ve Özden, 2021).

COVID-19 pandemisinde, hastalar hastalıklarını yönetmekte daha çok zorlanmaktadır. Hastanın tedaviye uyumunda en önemli rolü hemşireler üstlenmektedir. Uyumunu artırmak için hastalara bu süreçte aktif olarak sorumluluk verilmelidir (Hiçerimez ve Enç, 2021). COVID-19 tanısı almış hastaların kronik hastalıklarının olması bakım sürecinde bağımlılığı arttırmaktadır, artan bu bağımlılık kişiye özgü bakımın artmasını sağlayacaktır (Erdal, 2021). COVID-19 pandemisinde yapılan araştırmalar sonucunda, bakım planlamalarına göre hasta odaklı verilen bütüncül bakım sayesinde hastaların daha hızlı iyileşerek hastanede yatış süresinin kısaldığı, mortalitenin azaldığı, enfeksiyonun azaldığı ve yaşam kalitesini arttırdığı gözlemlenmiştir.

Bireye özgü bakım kavramı, hemşirelik felsefesi ve değerlerinin temelini oluşturan, insanın bütünlüğü ve eşsizliği inancını hemşirelik bakım girişimleri ile birleştiren bir yaklaşımdır. Bireyselleştirilmiş bakım olarak da ifade edilen bu kavram, hastanın değerlerini anlayarak ve önemseyerek müdahale etmeyi gerektirir (Can ve Acaroğlu, 2015).

Bireyselleştirilmiş bakımın algısına yönelik hasta ve hemşirelerin algılaması arasında farklılıkların olduğu saptanmıştır (Suhonen et al., 2011a). Hemşire ve hastaların bakım algısındaki tutarlılık ve benzerlikler, hastaların daha optimal bir bakım hizmeti almalarını sağlamakla birlikte, taburculuk sonrasında bireylerin uyumu açısından değerlidir (Algier et al., 2005). Son yıllarda toplum normlarının toplumsaldan bireyselliğe kayışı hemşirelik bakımının da toplumun değişimine uyum sağlamasını, dolayısıyla bireysel normlarda hizmet anlayışının artmasına, hem hastalar hem hemşireler tarafından bakımın bu anlamda değerlendirilmesinin sağlanması gerekliliğine dönüşmüştür (Karayurt ve ark., 2018).

Günümüzde hemşireliğin temel ve bağımsız işlevi olan bireyselleştirilmiş bakımın, hemşirelerin ve hastaların bakış açısı ile değerlendirilmesine ve bu bakış açısını etkileyen faktörlerin incelenmesine verilen önem giderek artarken; pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde ve hemşirelik bakımının sunumunda farklılıklar oluşturmuş olabilir. Bu farkları belirleyebilmek için bu çalışmada dahiliye kliniklerinde COVID-19 tanısı ile yatan hastaların ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. COVID-19

Koronavirüsler, tek zincirli, pozitif sarmallı, yüzeylelerinde çubuksu uzantıları bulunan zarflı RNA virüsleri olarak bilinmektedir. Pozitif sarmallı olduklarından dolayı RNA'ya bağımlı RNA polimeraz enzimi içermemektedirler. Lakin genomlarında bu enzimi kodlamaktadırlar (Şenkalfa, 2020).

Geniş bir aileye sahip olan bu virüs, develer, sığırlar, kediler ve yarasalar da dahil olmak üzere farklı hayvan türlerinde solunum, enterik, hepatik ve nörolojik hastalıklara sebep olabilmektedir. Günümüze dek insanları enfekte edebilen yedi farklı insan koronavirüsü tanımlanmıştır. Bu virüsler, soğuk algınlığından alt solunum yolu enfeksiyonu ve ağır akut solunum yetmezliğine kadar farklı tablolara neden olmaktadır. Bütün dünyadaki insan popülasyonunun yüzde ikisinin koronavirüsün sağlıklı taşıyıcıları olduğu ve bu virüslerin akut solunum yolu enfeksiyonlarının yaklaşık %5-10'undan sorumlu olduğu tahmin edilmektedir (Şenkalfa, 2020).

Koronavirüsler, meydana gelen solunum yolu hastalık salgınlarının temel patojenlerinden biri halini almıştır. Geçtiğimiz 20 yılda şiddetli akut solunum yolu sendromu koronavirüsü 2 (SARS-CoV-2) öncesi, iki koronavirüs salgını ortaya çıkmıştır. İlk olarak Çin'de rastlanan ve pek çok ülkeyi etkileyen şiddetli akut solunum sendromu (SARS) salgınında bugüne kadar milyonlarca vakaya ve ölüme rastlanmıştır. Arabistan'da başlayan ve hala ara sıra vakalara neden olan orta doğu solunum sendromu (MERS) salgınının yaklaşık 2,500 vaka ve 800 ölümlerle sonuçlandığı düşünüldüğünde bu virüsün salgının etkisi daha iyi anlaşılabilir (Şenkalfa, 2020).

COVID-19'u diğer üst solunum yolu hastalıklarından veya pnömonilerden ayıracak belirgin bir bulgusu yoktur. Hastalık seyrinde en sık görülen ciddi enfeksiyon pnömonidir. Ateş, öksürük, dispne ve görüntülemelerde bilateral infiltrasyonlar ile karakterizedir (Tong et al., 2020). Özellikle tat ve koku kaybının belirginliği COVID-19 için dikkat çekici olsa bile tanı koydurucu değildir. Ancak ilk

grip benzeri semptomların ortaya çıkmasından bir hafta sonra gelişen nefes darlığı COVID-19'u düşündürmelidir (Lauer et al., 2020).

2.1.1. Epidemiyolojisi

Çin'in Hubei Eyaleti, Vuhan Şehrinde, 31 Aralık 2019'da etiyolojisi bilinmeyen pnömoni vakaları bildirilmiştir. Vuhan'ın güneyindeki Vuhan Güney Çin Deniz Ürünleri Şehir Pazarı (farklı hayvan türleri satan bir toptan balık ve canlı hayvan pazarı) çalışanlarında görüldüğü belirtilmiştir. Vakalarda ateş, nefes darlığı ve radyolojik olarak bilateral akciğer pnömonik infiltrasyonu ile uyumlu bulgular tespit edilmiştir. DSÖ'nün Çin Halk Cumhuriyeti'ne ait COVID-19 raporuna göre ölüm vakaları genellikle ileri yaştaki ya da eşlik eden sistemik hastalığı (hipertansiyon, diyabet, kardiyovasküler hastalık, kanser, kronik akciğer hastalıkları başta olmak üzere diğer immünsüpresif durumlar) olan bireyler olmuştur (URL-1).

Türkiye'de ise ilk olgu 11 Mart 2020'de tespit edilmiştir. Hastalığın damlacık yolu ile bulaşması yayılımın hızlanmasına sebep olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı-Covid-19 rehberi-2020). Ayrıca hasta bireylerin ortaya saçtıkları damlacıklarla karşılaşması sonucu ağız, burun veya göz mukozasına götürmesi yoluyla temas etmesiyle de bulaşmaktadır (Türken ve Köse, 2020).

DSÖ verilerine göre tüm dünyada Mayıs 22 itibariyle enfekte olan kişi sayısı 517 milyon iken vefat sayısı 6,2 milyonu geçmiştir. Türkiye'de ise 15 milyon kişi virüsle enfekte olmuş olup, vefat sayısı ise 98 bini geçmiştir (URL-2).

2.1.2. Risk Grupları

Çocuklar da dahil olmak üzere tüm yaş grupları Covid-19 ile enfekte olabilir ancak belirli gruplarda ağır hastalık geçirme riski ve mortalite oranı daha yüksektir. Aşağıda yüksek riskli gruplar açıklanmaktadır (Aslan, 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

- Sağlık çalışanları,
- 65 yaş üstü yaşlı bireyler,
- Gebeler,
- Diabetes Mellitus (DM) hastaları,
- Kardiyovasküler hastalık öyküsü olanlar,
- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) ve Astım Hastalığı olanlar,
- Tranplantasyon yapılmış olanlar,

- Sigara kullananlar,
- Hipertansiyon (HT) hastaları,
- Bağımsıklık sistemini baskılayıcı ilaç kullananlar,
- Obez bireyler,
- HIV'le enfekte bireyler,
- Kanser hastaları ve kemoterapi alanlar.

2.1.3. Tanı

Günümüzde COVID-19 için öncelikli tanı kriteri olarak kabul edilen yöntemlerden birisi “reverse transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu (RT-PCR)” örnekleme yöntemidir. Bu yöntemde hasta bireylerden nazofarengeal, orofarengeal ya da kombine sürüntü örnekleri alınmaktadır. Bu örneklerin güvenilirliği %50-62 arasında değişmektedir (He et al., 2020).

Hastalığın tanılanmasında bir diğer tanı yöntemi radyolojik görüntülemelerdir. Yapılan tetkiklerde direkt grafi yönteminin tanılama oranı %30- 60 arasında bulunmuş olup en kesin tanı yöntemi BT olarak gösterilmiştir (Ye et al., 2020). Çin halk Cumhuriyeti'nde 1014 kişinin, PCR ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile COVID-19 tanılmasının yapıldığı bir araştırmada PCR'ı negatif çıkan hastaların %60'ının BT'sinin hastalıkla uyumlu olduğu bildirilmiştir (Zoralioğlu, 2020; Ai et al., 2020). Bu nedenle; sadece PCR negatifliği ile hastalığın ekarte edilmesinin mümkün olmadığı bildirilmiştir.

2.1.4. COVID-19'un Etkileri

Psikososyal iyilik hali, genel olarak bireyin, ailenin ya da bir topluluğun sahip olduğu maddi, bilişsel, duygusal ve manevi gücün, pozitif sosyokültürel ilişkiler ve pozitif bir ekonomik ve politik çevre ile birleştiği durumu ifade etmektedir (Nasaba et al., 2018).

Taylor (2019)'un Pandeminin Psikolojisi adlı kitabında, küresel ölçekteki salgınların beş önemli psikososyal durumu ortaya çıkardığına dikkat çekmektedir. Bunlardan birincisi, salgının bulaşma ve ölüm riskinin olması nedeniyle insanların panik bir şekilde alış-verişe yönelmesi, gıda ve temizlik malzemesi stoklamaya başlamasıdır. İkinci olarak virüsün kaynağı olarak kabul edilen ve tüm dünyaya yayılmasına neden olduğu varsayılan toplumlara karşı dışlanma ve damgalanmayı içeren ırkçı tutum ve davranışların sergilenmesidir. Üçüncüsü sağlık kaygısı ve bulaşma şüphesi nedeniyle gereksiz bir şekilde sağlık sisteminin meşgul edilmesidir.

Dördüncüsü salgının bulaşmaması için uygulanan zorunlu izolasyon, sosyal mesafeyi koruma, evde kalma gibi durumlara tahammül edememe ve yasaklara uymama davranışlarıdır. Beşincisi de salgınla ilgili gerçek ve doğru bilgilerin yanında asılsız iddialarda ve komplo teorilerinde bir artışın olmasıdır.

Dünyada COVID-19 ve psikososyal etkilerine yönelik etkiler ve buna karşı alınan önlemlerin sonuçları uzun bir zaman diliminden sonra gözlenebilecektir.

2.1.4.1. Sağlık Yönünden Etkileri

Pandemiler hem enfekte bireylerin hem de genel halkın fiziksel sağlığı için bir tehdittir. Salgın süresince hastane yoğunluğu ve temel tıbbi desteğe erişim ihtiyacı artmıştır. COVID-19'a yakalanan kişilerin çoğu, hafif ila orta düzeyde semptomlar göstermekte ve özel bir tedaviye ihtiyaç duymadan iyileşmektedir. Hastaların bir kısmı ise ciddi şekilde hastalanmakta ve tıbbi yardıma ihtiyaç duymaktadır (DSÖ, 2020).

Günümüzde ortaya çıkan COVID-19 pandemisinden en çok etkilenen ülkelerde gördüğümüz tablo, yetersiz sayıda sağlık çalışanına ve sağlık ekipmanlarına sahip sağlık sistemleri son derece kırılgan bir yapıya sahip olduğudur. Müdahalelerin zamanında yapılmaması, mevcut sağlık hizmetlerinin çökmesine, salgından etkilenen insanların tedavisinden sorumlu sağlık hizmeti çalışanlarının hayatını kaybetmesine ve dolayısı ile de toplum sağlığının daha büyük tehditlere maruz kalabilmesine neden olmaktadır (Terzioğlu, 2020).

2.1.4.2. Ekonomik Açıdan Etkileri

Salgın hastalıklar ilk olarak sağlık alanında etkisini göstermektedir. Sağlık alanındaki etkileri kontrol altına almak amacı ile gerçekleştirilen kilitlenme tedbirleri, üretim süreçlerinde, tedarik zincirlerinde aksamalara sebep olmaktadır. Bunların sonucu olarak ülke ekonomileri olumsuz etkilenmektedir. Salgının yarattığı korku ve panik ortamı piyasa mekanizmalarını derinden etkileyerek arz ve talep şoklarına sebep olmuş olup ekonomide salgın nedeniyle büyüme oranında düşüş, işsizlik oranında artış, ödemeler dengesinde bozulma, bütçe dengesinde bozulma ve dış finansmanda zorluklar yaşanmıştır. (Arslan ve Bayar, 2020).

2.1.4.3. Sosyal Açıdan Etkileri

COVID-19'un viral ve bulaşıcı olduğunun anlaşılması üzerine, giderek artan oranda sosyal izolasyon ve karantina tedbirlerine başvurulmuştur. Bunun sebepleri arasında hastalıktan korunmak ve salgınının yayılma hızını yavaşlatmak üst sıradadır (Üstün ve Özçiftçi, 2020).

2.1.4.4. Psikolojik Açıdan Etkileri

Hastalık salgınları sadece bireylerin fiziksel sağlığını etkilemekle kalmayıp aynı zamanda enfekte olmamış nüfusun psikolojik sağlığını ve refahını da etkilemektedir (Rubin et al., 2010; Wang et al., 2020). Dünya'da ve ülkemizde ortaya çıkış nedeninin tam olarak bilinmemesi, tedavi süreci hakkında belirsizlikler olması, virüsün kontrol altına alınamaması ve bireylerin potansiyel risk altında olması salgını global bir travmaya dönüştürmüştür (Bekaroğlu ve Yılmaz, 2020).

Kanada'da yapılan bir araştırma, nüfusun %36'sının Covid-19'un sağlıklarına etkisi konusunda çok veya aşırı derecede endişe duyduğunu ortaya koymuştur (Ramage-Morin ve Polsky, 2020).

Sağlık ve küresel ekonomi üzerinde büyük bir tehdit olarak algılanan Covid-19, hemen hemen her ülkede günlük yaşama yön veren pek çok kurum ve kuruluşun yanı sıra farklı kademelerdeki formal eğitim kurumlarının geçici süreyle kapatılması, yarı zamanlı çalışma, evden çalışma, sosyal izolasyon ve sosyal mesafeyi koruma uygulamaları gibi önemli düzenlemelerin yapılmasına neden olmuştur. Hayatın süregelen akışına ilişkin bu müdahaleler bireylerin günlük davranışlarını etkileyerek, kimi zaman panik ve kaygı hissetmelerine, kimi zaman da depresyon eğiliminde artışa neden olabilmektedir (Di Giuseppe et al., 2020).

2.2. Hemşirelik Bakımı Kavramı

Bakım kavramı, Türk dilinde kelime anlamı itibarıyla "bakma işi, bir şeyin iyi durumda olması için gösterilmekte olan özen, harcanmış emek, birinin beslenmesi, giyimi gibi gereklilikleri üstlenme ve sağlama görevi" anlamlarına gelmektedir (TDK, 2017c). Bakım yapmak, "bir şeyin iyi durumda kalması, iyi işlenmesi için elden geçirmek, eksikliğini gidermek" şeklinde tanımlanmaktadır. Kavram eylem anlamında ele alındığındaysa "bir şeyin gelişmesi ve iyi durumda kalması için emek vermek, besleyip büyütme, geçimini sağlamak, uğraşmak, gözetlemek,

ilgilenmek, önem vermek, aldırılmak” şeklinde ifade edilmektedir (Altıok ve ark., 2011).

Özkan ve Okumuş’un (2012) çalışmalarında bakımın tanımı yapılırken “dikkatli bir şekilde dinleme, göz teması, hastalanmış kişiyi rahatlatmaya çalışma, sorumluluk alma, güvenilirlik, dokunma, sağduyu, saygı, sözel güvenceler sunma, bedensel ve mental olarak hazır olma, duygusal olarak açık ve ulaşılabilir olma, kişiyi adıyla çağırma, kişi merkezli olma, bilgi verme, kültürel farklılıklara dikkat etme” gibi ifadeler vurgulanmıştır.

Roach bakım kavramının analizini yaparak karakteristik özelliklerini 5C maddesinde toplamıştır. Bu özellikler;

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

Bakım, minimum iki insanın karşılıklı etkileşimiyle meydana gelen ve gelişmekte olan, bilimsel, ahlaki ve profesyonel, kişiselleştirilmiş kişilerarası bir süreç olarak ifade edilmektedir (Can ve Acaroğlu, 2015).

Hemşirelik bakımı doğası gereğince hasta hemşire etkileşimini temel almaktadır (Bayraktar ve Eşer, 2017). Çok kolay bir uygulamada bile bireyle hemşire arasında bir etkileşim olmaktadır (Yalçın ve Aştı, 2011). Etkili hemşirelik bakımı da bu etkiyi iyi esaslara inşa edilmesine bağlıdır (Bayraktar ve Eşer, 2017). Hemşirelik gelen olarak birey şerefini, inançlarını, değerlerini, isteklerini ve tercihleriyle en iyi varlık şeklinde kabul edilmektedir. Kişinin bu bireysel inanç ve özellikleri hemşirelerin verdiği bakımı yönlendirmektedir. Hemşire hastaya verdiği bakım esnasında girdiği etkileşimde; insanın eşsizlik ve bireyselliğinin altını çizmektedir (Can ve Acaroğlu, 2015).

2.3. Birey ve Bireysellik Kavramı

Birey, insan topluluklarını meydana getiren bireylerin benzeyen taraflarını kendinde taşımak ile beraber kendisine has nitelikleri bulunan tek canlı şeklinde ifade edilmektedir (TDK, 2017d). Bireysellikse bir insanı benzerlerine göre farklılaştıran özelliklerin tamamı şeklinde ifade edilmektedir (Cücelioğlu, 1998; TDK, 2017b). Bireysellik değişik dönemler, değişik ülkeler ve değişik uzanımlarda farklı algılanıyor olsa bile diğer kişilerden daha değişik bir kişi olarak hayatını devam ettirmesi ve başka bir kişi olma isteği manasını her zaman muhafaza etmektedir (Eyigün, 2005).

Bireysellik kavramı “ayrı ve kişisel olarak göz önünde bulundurmak” şeklinde ifade edilmekte ve sağlık bakımında önemli bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır (Radwin ve Alster, 2002). “Tek tek ilgilenmek ve önemsemek” anlamında da kullanılan bireyselleştirmek sözcüğü, 1970 yılında hemşirelik açısından özel bir anlama ulaşmıştır (Suhonen et al., 2010). Hemşirelikle ilgili literatürde bireysellik ve bireyselleştirilmiş bakım kavramları oldukça fazla şekilde yer almaktadır (Radwin and Alster, 2002; Acaroğlu ve ark., 2007). Bireysellik, hemşirelik bakımının oluşturulmasında önemli bir durum olarak ifade edilmektedir. Bakımın başka bir hedefi olarak da ifade edilebilen bireysellik bunun dışında bakımın niteliği gibi hususların derecelendirilmesinde de kullanılmaktadır (Suhonen et al., 2000).

2.4. Bireyselleştirilmiş Bakım

Bireyselleştirilmiş bakım insanın diğer insanlardan çeşit ve eşsiz bir birey olarak kabul edilmesidir (Suhonen et al., 2011; Idvall et al., 2012). Kişiye has veya bireyselleştirilmiş şekilde ifade edilen bu aşama, hasta kişinin önemini kavramayı, önemseme ve kabul etmeyi gerektirmektedir. Kişinin bireysellik ve bütünlüğüne olan inancının bakım uygulamalarında hayata geçirilmesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Can ve Acaroğlu, 2015). Öte yandan bireyselleştirilmiş bakım, hastalanan kişi ve ailesinin ihtiyaçlarını, deneyimlerini inançlarını ve değerlerine dikkat ederek bireyle iş birliği ile sağlanan bakım şeklinde de ifade edilmektedir (Tekin ve Fındık, 2015; Yılmaz ve ark., 2017).

Hemşirelik; hastanın, ailesi ve toplumun bakımla ilgili gereksinimleri bütünsel ve hümanistik bir yaklaşım ile tanımlamak ve iyileştirmeyi hedefleyen bir

sağlık disiplini olarak karşımıza çıkmaktadır. Hemşirelik işi dünyaca kabul edilen bir yaklaşımı olan bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik doktrininin esasını meydana getirmektedir (Ceylan, 2014). Sağlık, hastalık ve gereksinim bakımından kişisel farklılıklar, kişiselleştirilmiş hemşirelik bakımını gerektirmektedir (Yıldız ve ark., 2018). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, bakımda olumlu sonuçlar elde edebilmek için hasta bireylere özel tasarlanmış hemşirelik faaliyetleri olarak tanımlanmıştır (Bekmezci, 2019). Öte yandan hastalar arasında oluşan kişisel değişiklikler bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının ihtiyaç olduğunu ileri sürmektedir (Rasooli et al., 2013; Can ve Acaroğlu, 2015). Bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımında olan hemşireler; hastaların eşsiz bir kişi olarak görüldüklerinin farkında olmaktadır (Suhonen et al., 2011). Hastaların bakımı ve tedavisi sırasında hemşireler hastaya ne kadar çok odaklanırsa, o kadar çok bireyselleştirilmiş bakım vermiş olurlar. Kaliteli hasta bakımı sunmanın esas konusu iş merkezli yaklaşımdan çok hasta merkezli yaklaşımın benimsenmesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Shurique et al., 2008).

En üst seviye hemşirelik bakımının esası şeklinde kabul gören bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, tüm hastaların birey olarak eşsiz olması hemşirelik uygulamalarına yön vermektedir (Yıldız ve ark., 2018). Bireysellik sözcüğü hemşireliğin bakım kalitesini tanımlaması için sağlık hizmetlerinin en önemli örneklerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Ceylan ve Eser, 2016). Amacı doğrultusunda bireyselleştirilmiş bakımın yapılabilmesi için kişiselleştirilmiş bakımının hem hasta hem de hemşirelerce algılanması, karşılıklı şekilde bu algıları tecrübeleri ve birbirlerine geri bildirimlerle ifade etmeleri gereksinimi bulunmaktadır (Acaroğlu ve Şendir, 2012).

Bireyselleştirilmiş bakım yaklaşımını benimsemiş hemşireler, hastalarının kendi başına eşsiz bireyler olduklarının farkındadırlar ve bireylerin deneyimlerini, davranışlarını, düşüncelerini ve algılarını dikkate alarak, bakım planlarını birey ile birlikte gerçekleştirmektedirler. Tıbbi hataları ve enfeksiyonların gelişimini de alt düzeylere indirerek, hastaların işlevsel durumunu üst düzeylere çıkarmakta, bakım kalitesini arttırmakta ve hastaneden taburcu olma süresinin kılmasına sebep olmaktadır (Karayurt ve ark., 2018). Bu sayede hemşire, hastanın durumunu daha iyi anlayabilir ve akut gelişebilecek problemleri daha kolay fark edebilmektedir (Çevirme ve Kurt, 2020). Bireyselleştirilmiş bakımın hastalar üzerindeki olumlu etkileri, aynı zamanda hemşirelerin de iş doyumunu artmaktadır (Suhonen et al., 2010).

Tüm hastalıklarda bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları yapılabileceği gibi, pandemi gibi tüm dünyayı ilgilendiren durumlarda da hemşirelik bakımı bireyselleştirilmiş bir şekilde sunulabilir.

2.5. Tarihsel Süreçte Bireyselleştirilmiş Bakım

Psikoloji alanında uzman Carl Rogers 1960'da bireyselleştirilmiş bakımı psikoterapiyle bağdaştırmış olup, odağı birey olan terimi ilk olarak kullanan kişidir. Bugün gelinen noktada karşılaşılan birey merkezli bakımın tanımından uzak olsa da her iki yaklaşımın bulunduğu nokta olarak empati kavramı karşımıza çıkmaktadır (URL-3).

ABD'li psikolog George Engel, 1977'li yılında tıbbi bakım modelinin yerine biyo-psikososyal bir sağlık modeline geçmek gerektiğinin altını çizmektedir. Biyo-psikososyal modelin temeli olarak da birey merkezli bakımı ileri sürmektedir (NHS, 2017). Biyo-psikososyal model hastaların anlanması, değer vermesi, kararlarına ortak etmesi anlayışına dayanmaktadır. Hastayı sadece hastalıktan değil hasta merkezli bütüncül bir bakış açısıyla ele almaktadır (Korucu ve ark., 2021). 2001 yılında çok etkin olan tıp enstitüsü sağlık bakım kalitesinin altı hedeften biri olarak bireyselleştirilmiş bakımı içermektedir.

Wanless'in 2002'de hazırlanmış olan raporunda, hastaların bakımda etkin olarak bulunmaları ve karar aşamasına dahil edilmeleri gerektiği vurgulanmaktadır. 2008'de Lord Darzi de hastaların kendi bakımıyla alakalı karar almada etkili rol üstlenip fikrinin olması gerekliliğini vurgulamıştır. Öte yandan birey odaklı sunulmakta olan hizmetin, bakımın kalitesinin yükseltmesinde çok önemli bir ölçüt olduğunu da belirtmektedir (Darzi, 2008).

İngiltere'de ilk NHS (Uluslararası Sağlık Hizmeti) anayasası 2013'de "NHS hizmetleri kişilerin, ailelerin veya refakatçilerinin tercih ve gerekliliklerini yansıtmalıdır. Öte yandan kişiler gerektiğinde aile ya da refakatçileriyle tedavi ve bakımlarıyla alakalı bütün kararlarda yer alacaklardır" ifadeleri kullanılmıştır (Berwick, 2013).

2.6. Bireyselleştirilmiş Bakımın İlkeleri

Bireyselleştirilmiş bakım, hastaların klinik durumlarıyla alakalı bireysel özelliklerini, hayat tarzlarını, tercih ve kendi bakımlarını etkileyebilecek kararların

verilme sürecine katılımını göz önüne alan bakım hizmetlerinin bir ögesidir (Suhonen et al, 2009).

Bu bakımın ilkeleri:

- Bireylerin değerleri konusunda saygılı olmak,
- Bireylerin tercihlerine ve gereksinimlerine dikkat etmek,
- Bakımın koordinasyonunu yapmak,
- Kişiyi bakım ve tedavinin merkezi haline getirmek,
- Bireylerin bedensel olarak konforlu ve güvenli olmasının gerçekleştirilmemesi,
- Duygusal bakımdan destek vermek,
- Arkadaş ve aileleri sürece katmak,
- Hizmetler arasında devamlılığı sağlamak,
- Bireylerin gereksinim duydukları takdirde uygun bakıma erişmesini sağlamak (Suhonen et al, 2007).

Son zamanlarda klinik kılavuzlar klinik uygulamanın gitgide en çok bilinen unsuru olma yolunda ilerlemektedir. Bunun yanı sıra, standardize edilmiş protokoller tüm hastaların birbirinden değişik olduğu gerçekliğinden uzak olup, hasta sonuçlarındaki başarı oranı konusunda tam bir netlik yoktur (Suhonen et al., 2005). Bireyselleştirilmiş bakım standardize edilmiş tüm etkinlik ve prosedürleri tüm hastalara uyumlu hale dönüştürmektedir.

Sağlık bakımı vermekte olan personelin beklenti ve ihtiyaçlarına ne kadar çok odaklanır ise o kadar kişiselleşmiş bakım hizmeti sunmuş olur. Üst seviye bir bakım hizmeti vermek için iş merkezli yaklaşımdan kişi merkezli yaklaşıma doğru bir dönüşüm lazımdır (Shuriquie, 2008). Kişi merkezli bakım bireye kendinin değeri olduğunu hissettirir iken bireyler arasında güven hissi de gelişmektedir.

Algier ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada farklı kliniklerde yatan hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Farklılıklar arasında özellikle hemşirelerin fizyolojik, hastaların ise davranışsal alandaki girişimleri daha önemli buldukları belirlenmiştir.

Acaroğlu ve ark.'nın (2007), bir üniversite hastanesinin beyin ve sinir cerrahisi servisinde yatarak bakım alan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakımı amaçlayarak yaptıkları uygulamalarının, hastalar tarafından alınan bakımda bireyselliği algılama düzeylerinin yüksek

olduğunu, bakımda bireysellik arttıkça hastaların memnuniyetlerinin arttığını belirtmişlerdir.

Kaplan Bal'ın (2015) hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörleri üzerine yaptıkları çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakıma dair algıları değerlendirildiğinde; hastaların duygu durum değişikliklerine, hastalığa dair yanıtlarını ve kendi bakımı ile ilgili kararlara katılımı konusunda destek sağlanması gibi konularda, bireyselliğinin desteklendiğine yönelik bakım davranışlarını daha fazla algıladıkları saptanmıştır.

Bekmezci'nin (2019) cerrahi servisinde yatan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireyselleştirilmiş bakım algısının hasta ve hemşireye ait özelliklerden (yaş, eğitim durumu, haftalık çalışma saati, meslekteki yıpranma durumu vs.) etkilendiği saptanmıştır.

Şabanoğlu'nun (2020) farklı kliniklerde yaptığı çalışmada, hemşirelerin yaş, medeni durum ve eğitim durumunun bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilediği görülmüştür.

Yukarıdaki çalışmalar ve literatür incelendiğinde, hemşirelerin bakımı bireye uygun olarak bireyselleştirilerek sunması, hastaların yaşam kalitesini ve memnuniyetini artırma gibi olumlu hasta sonuçları ile bakımın kalitesini yükseltmede önemli bir yere sahiptir.

2.7. COVID-19 Sürecinde Hemşirelik Bakımı

COVID-19 pandemisi ile ülkelerin sağlık sistemlerinde zorluklar yaşanmaktadır. COVID-19 yayıldıkça sağlık ve hastane kaynaklarına acil olarak ihtiyaç duyulmaktadır. Çok sayıda hastanın çok kısa sürede enfekte olup özellikle yoğun bakım gereksinimlerinin ortaya çıkması hemşireliğin temel amacı olan "bakım" kavramının önemini ortaya çıkarmıştır. Yine toplumsal bir gereksinim nedeniyle "hemşirelik mesleği" gündeme gelmiştir (Çevirme ve Kurt, 2020). Hemşireler, COVID-19 hastalarının bakımında ve tedavisinde önemli rol oynamaktadır (Karasu ve Çopur, 2020). COVID-19 tanılı hastalarla en çok temas eden meslek grubu olan hemşireler, hastalığın prognozunu yönetimde, hastane sürecinde hastanın günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde önemli derecede rol almaktadırlar (Göçmen Baykara ve Eyüboğlu, 2020).

COVID-19 tanısı almış, yoğun bakımda tedavi olan hastalarda olası hemşirelik sorunları ve bu sorunlara yönelik bakım girişimlerinin planlaması erken taburculuğun gerçekleşmesi, ileri komplikasyonların önlenmesine katkıda bulunacaktır (Bahar ve Buldak, 2020).

Ateş ve ark. (2021) tarafından yapılan COVID-19 Tanısı Olan Hastanın Uluslararası Hemşirelik Uygulaması Sınıflandırma Sistemine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu'nda ICNP ile bireye özgü ve bütüncül bakım verilmiştir. Verilen bakımın hasta birey tarafından değerlendirilmesi istendiğinde, verilen bakımdan memnun olduğunu, mutlu hissettiğini, kendince daha hızlı iyileştiğini ve araştırmacılar tarafından yapılan hasta ziyaretlerini heyecanla beklediğini belirtmiştir.

Çevik Aktura ve Özden'in (2021) COVID-19 tanısı almış bireyin hemşirelik bakımı: NANDA-I'ya göre hemşirelik tanıları, NIC hemşirelik girişimleri ve NOC çıktıları olgu sunumunda; COVID-19 tanısı ile tedavi gören 32 yaşındaki kadın hastaya NANDA-I, NIC ve NOC çıktılarına uygun hemşirelik bakımı sunulmuştur. Bakımın başarılı olduğu saptanmıştır.

Doğan ve Karasu'nun (2020) COVID-19 hastası ve Hemşirelik Bakımı olgu sunumunda; COVID-19 tanısı ile takip edilen 42 yaş erkek hastaya NANDA'ya göre bakım verilmiş ve modelin başarılı olduğu belirlenmiştir. Hastanın ihtiyacına uygun verilen eğitiminde profesyonel yaklaşım ile hastada farkındalık oluşturularak virüs bulaştırma riskinin önüne geçileceği belirtilmiştir.

Döner ve ark. (2021) İnsan Bakım Model'inin Hemşirelik Bakımında Kullanımı: COVID-19 olgu sunumunda; COVID-19 tanısı ile takip edilen bir kadın hastaya Watson'un modeline göre bakım verilmiş ve modelin başarılı olduğu belirlenmiştir. Modelin kapsamlı, sistematik, geniş ve bütüncül bakış açısına sahip olması klinik alanda kullanımı bakımın planlı ve etkili olmasını sağlamakla birlikte meslekte ortak dil kullanımına da yardımcı olmaktadır.

Gök ve Zencir'in (2022) COVID-19 Virüs İle Enfekte Olan Bir Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumunda; COVID-19 tanısı alan 57 yaş erkek hastaya hemşirelik tanıları NANDA'ya göre, hemşirelik bakımı ise Gordon Sağlık Örüntüleri Modeli'ne uygun olarak gerçekleştirildi. Verilen bütüncül bakım neticesinde hasta tüm yönleriyle ele alınıp, hakkında veriler toplanarak bu veriler ışığında bireye özgü bakım verilmiştir.

Kavurmacı ve Demirel'in (2021) COVID-19 ve Hemşirelik Bakımı isimli derleminde COVID-19 tanısı almış ve yatarak tedavi gören hastalara, bakımlarında hemşirelere rehberlik etmesi amacıyla örnek bir bakım planı oluşturulmuştur. Bu bakım planının standartlaştırılması, bireyselleştirilmiş profesyonel bakımın kalitesini arttıracak ve kanıta dayalı sonuçlar ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

Kızıltan ve Usta (2020), COVID-19 Hastalığı ve Hemşirelik Bakımında Örnek Bir Model: Olgu Sunumunda; COVID-19 tanısı ile takip edilen erkek hastaya YADHM (Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli)' ye göre hemşirelik bakımı verilmiş. "Yaşam süresi, yaşam aktiviteleri, bağımlılık bağımsızlık dizgesi, yaşam aktivitelerini etkileyen faktörler ve bireye özgü hemşirelik bakımı" olmak üzere beş ana bileşene göre bakım verilmiş ve başarılı olduğu belirlenmiştir. YADHM yaşam aktivitelerini sistematize edip gruplandırmakta ve bu aktiviteleri bireyin kendi başına, bağımsız bir şekilde ne kadar yapabildiğini ortaya koymaktadır. Hemşirelik bakımının sistemli ve bilimsel bir yaklaşımla gerçekleştirilebilmesi için hemşirelik modellerine dayandırılması dolayısıyla hemşirelik sürecinin bir hemşirelik modeli ile birlikte kullanılması gerekmektedir.

Yapılan araştırmalar sonucunda bakım planlamalarına göre hasta odaklı verilen bütüncül bakımlar sayesinde hastaların daha hızlı iyileşerek hastanede yatış süresinin kısaldığı, mortalitenin azaldığı, enfeksiyonun azaldığı ve yaşam kalitesini arttırdığı gözlemlenmiştir. Özet olarak hemşirelerin COVID-19'lu hastaların klinik belirtilerine göre ve yaşamın tüm boyutları ele alınarak hemşirelik bakım sürecini planlayarak hemşirelik tanımlarını belirlemesi ve buna yönelik girişimlerde bulunması tedavi ve bakımda daha organize ve sistematik çalışma açısından önem arz etmektedir. Değişen ve gelişen hemşirelik tanımları ile hemşirelik girişimleri sürekli olarak bütün kliniklerde kullanılmalı ve bireysel bakım sağlanmalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, dahiliye kliniklerinde COVID-19 tanısı ile yatan hastaların ve çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

- COVID-19 tanılı hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım skalası puan ortalamaları nedir ?
- COVID-19 tanılı hastalara bakım veren hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ve çalışma durumları ile bireyselleştirilmiş bakım skalası puan ortalamaları arasında anlamlı bir anlamlı bir fark var mıdır?
- COVID-19 tanılı hastaları bireyselleştirilmiş bakım skalası puan ortalamaları ile sosyodemografik özellikleri ve hastalık durumları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
- COVID-19 tanılı hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım skalası puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi pandemi dahiliye servisinde yapılmıştır. Çalışma verileri, 15 Haziran-15 Ekim 2021 tarihleri arasında veriler toplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde pandemi dahiliye kliniklerinde çalışan 50 hemşire ve son bir sene içerisinde pandemi dahiliye kliniklerinde yatan 816 hasta oluşturmaktadır. Yapılan güç analizine göre %5 hata ve %95 güven düzeyinde 262 hastanın araştırma kapsamına alınması planlandı.

Araştırma Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi pandemi dahiliye servisinde tedavi gören 268 hasta ve pandemi dahiliye servisinde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 35 hemşire ile gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

3.5.1. Hastaların Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

- Katılmaya gönüllü olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Okur- yazar olan,
- İşitme ve görme kaybı yaşamayan,
- Psikiyatrik tanısı olmayan,
- Bilinç bozukluğu bulunmayan,
- COVID-19 tanısı alan ve en az 4 gün pandemi dahiliye servisinde yatarak bakım alan hastalardan alınmıştır.

3.5.2. Hemşirelerin Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya;

- Katılmaya gönüllü olan,
- Pandemi dahiliye servisinde çalışan,
- Araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli/ raporlu olmayan hemşireler alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada, Hasta Kişisel Bilgi Formu (EK A), Hemşire Kişisel Bilgi Formu (EK B), Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta-B Versiyonu (EK C), Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Hemşire-B Versiyonu (EK D) kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta Kişisel Bilgi Formu (EK A)

Form, sosyodemografik özellikleri içeren 9 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durum, yaşadığı yer) ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren 14 soru (hastalık, hastanede yatılan gün, tedavi görülen klinik, başka hastalığın varlığı, daha önce hastanede yatma durumu, kliniğe gelme şekli, refakatçi varlığı, hastalığın yaşantıyı etkileme durumu, yatış sırasında

hemşirelerin bire bir olarak ilgilenme durumu, hemşirelerin bire bir olarak ilgilenmesinin önemi, verilen hemşirelik bakımının yeterliliği, hemşirelik bakımına verilen puan) olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Hemşire Kişisel Bilgi Formu (EK B)

Form, sosyodemografik özellikleri içeren 7 soru (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu) ve çalıştığı kliniğe ilişkin özellikleri içeren 11 soru (çalışılan klinik, toplam çalışma yılı, bu klinikte çalışma yılı, haftalık çalışma saati, günlük bakım verilen ortalama hasta sayısı, çalışma şekli, hastalar ile bire bir olarak ilgilenmenin önemli olup olmadığı, yatışları sırasında hastalar ile bire bir olarak ilgilenme durumu, hemşirelerin verdiği bakımın yeterliliği, hemşirelik bakımının yeterli olmamasının nedenleri, verilen hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi) olmak üzere toplamda 18 sorudan oluşmaktadır.

3.6.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta (EK C)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası hastanın bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin bakış açısını değerlendirmek amacıyla Suhonen ve ark. (2000) tarafından geliştirilmiştir. 2005 yılında yeniden düzenlenerek madde sayısı azaltılmıştır (Suhonen et al. 2005). Toplam 17 maddelik ölçek; “Klinik durum”, “Kişisel yaşam durumu” ve “Karar verme kontrolü” olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Beşli likert tipte ve maddelere “1 kesinlikle katılmıyorum” ile “5 tamamen katılıyorum” arasında puan verilmektedir. BBS'nin her bir bölümünden ve alt boyutlarından alınabilecek puanlar en az 1.0 ve en fazla 5.0 puan'dır. Puan arttıkça hastanın bakımında bireyselliği algılaması ve deneyimlemesi artar. Ölçek; yetişkin, hastanede yatarak bakım almış, soruları bağımsızca yanıtlayabilen ve hastaneden eve taburcu edilen hastalara taburcu olduğu gün kendisi tarafından doldurulur. Ölçek hastanın, kendi bakımında bireyselliğini algılamasını (BBS-B) değerlendirir (Acaroğlu ve Şendir, 2012). Puanlar yükseldikçe hastanın kendi bakımında bireyselliği algılaması, deneyimlemesi (BBS- B) artar (Suhonen et al., 2000; Suhonen et al., 2005). Bu araştırmada ölçeğin B bölümü kullanılmıştır. Ölçek, 2007 yılında Acaroğlu ve arkadaşları tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı BBS-B Hasta için 0.93'tür (Acaroğlu ve ark., 2010). Ölçek araştırmada kullanılmadan önce geçerlilik ve güvenilirlik

araştırması yapılmıştır. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ölçeğinin hasta örnekleminde güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,945 olarak yüksek bulunmuştur.

3.6.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire (EK D)

Sağlık bakım ortamında, bireyselleştirilmiş bakım hakkında hemşirelerin görüşlerini değerlendirmek üzere Suhonen ve ark., (2010) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte, hastanın bakımını bireyselleştirme (BBS- B Hemşire) algıları değerlendirilir (Acaroğlu ve Şendir, 2012).

BBS-B-Hemşire, "Klinik durum", "Kişisel yaşam durumu" ve "Karar verme kontrolü" olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Klinik durum; BBS-B: B01-B07 (KlinB-Hemşire), 2. Kişisel yaşam durumu; ve BBS-B: B08-B11 (KişB-Hemşire), 3. Karar verme kontrolü; BBS-B: B12-B17 (KarB-Hemşire). Beşli likert tipte bir skaladır ve maddelere verilen yanıtlar "1 kesinlikle katılmıyorum" ile "5 tamamen katılıyorum" arasında puanlanmaktadır. BBS-B-Hemşire versiyonunun her bir bölümünden ve alt boyutlarından alınabilecek puanlar en az 1.0, en fazla 5.0'dir. Yüksek puan, hemşirenin, hastanın bakımını bireyselleştirme algısının yüksek olduğunu gösterir (Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2007). Bu çalışmada ölçeğin B bölümü kullanılmıştır.

Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, Şendir ve ark., (2010) tarafından yapılan ölçeğin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.88'dir (Şendir ve ark., 2010). Ölçek çalışmada kullanılmadan önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ölçeğinin hemşire örnekleminde güvenilirliği Cronbach's Alpha=0,974 olarak yüksek bulunmuştur.

3.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma verileri İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinin pandemi dahiliye kliniklerinde 15 Haziran 2021- 15 Ekim 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verileri toplanmadan önce veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacı ile örnekleme dahil edilmeyen 15 hemşire ve 30 hastaya ön uygulama yapılmıştır. Yapılan ön uygulama sonrasında anket formunda değişikliğe gerek olmadığı görülmüştür.

3.7.1. Hasta Verilerinin Toplanması

Veriler toplanmadan önce katılımcılara araştırma hakkında açıklama yapılarak sözel onay/yazılı onam izinleri alınmıştır. Hasta Bilgi Formu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta ölçeği taburcu olmasına karar verilen hastalara klinikten ayrılmadan önce soru cevap şeklinde dolduruldu. Anket formu ve ölçeklerin uygulanması için her bir hastada ortalama 10 dakika sürmüştür.

3.7.2. Hemşire Verilerinin Toplanması

Hemşirelerin çalışma yoğunluğu dikkate alınarak, her hemşireden uygun olduğu gün ve saatte randevu alınarak araştırmacı tarafından, veri toplama araçları kullanılarak toplanmıştır. Anket formu ve ölçeklerin uygulanması her bir hemşire için ortalama 10 dakika sürmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri istatistiksel analiz için SPSS 22.0 for Windows programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere tablo 3.1’de Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir.

Tablo 3.1. Normal Dağılım

	Basıklık	Çarpıklık
Bireyselleştirilmiş Bakım Genel	-0,225	-0,495
Klinik Durum	-0,212	-0,631
Kişisel Yaşam Durumu	-0,389	-0,382
Karar Verme Kontrolü	-0,225	-0,527

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (Tabachnick ve Fidell, 2013), +2.0 ile -2.0 (George, ve Mallery, 2010) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımlı Değişkenler

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

3.9.2. Bağımsız Değişkenler

Hastaların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni durumu, yaşadığı yer) ve hastalığa ilişkin özellikleri (hastalık, hastanede yatılan gün, tedavi görülen klinik, başka hastalığın varlığı, daha önce hastanede yatma durumu, kliniğe gelme şekli, refakatçi varlığı, COVID-19'un yaşantıyı etkileme durumu, yatış sırasında hemşirelerin bire bir olarak ilgilenme durumu, hemşirelerin bire bir olarak ilgilenmesinin önemi, verilen hemşirelik bakımının yeterliliği, hemşirelik bakımına verilen puan).

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

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır.
- Araştırmanın sadece pandemi dahiliye kliniklerinde yapılmıştır.

3.11. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için izlenecek izin aşamaları;

- Çalışmamız için Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'na online başvuru yapılmıştır ve onay verilmiştir (EK G: Ölçek ve Bilimsel Araştırma İzni).
- Çalışmada kullanılacak Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire Ölçeğinin kullanım izinleri Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik analizlerini yapan araştırmacılardan alındı (EK G: Ölçek ve Bilimsel Araştırma İzni).
- Çalışmanın etik kurul onayı, T.C. Haliç Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (EK H: Kurum İzni).
- Araştırmanın yapılacağı Sağlık Bakanlığı'na bağlı İstanbul il sınırları içerisinde bulunan İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden etik kurul iznini takiben kurum izin alındı (EK I: Etik Kurul Onay İzni).
- Araştırmanın örneklem grubundaki hasta ve hemşirelere araştırmanın amacı açıklanarak kendilerinden alınacak olan bilgilerin gizliliği esasına uyulacağı beyan edilerek, çalışmaya gönüllü olarak katılımları sağlanmıştır. Anketi cevaplayarak çalışmaya katılmayı kabul ettikleri takdirde gönüllü bilgilendirme ve onam formunu imzalamış olacakları hakkında bilgilendirildiler.
- Hastalık bulaşması olasılığına karşı araştırmacı çalışmanın yapılacağı üniteye girerken koruyucu önlemleri (maske, bone, eldiven, koruyucu giysi, maske, mesafe) almıştır. Anket çalışması için o serviste hemşirenin hasta bakımını sürdürmediği uygun saatlerde görüşme yapılmıştır. Hemşire ve hastaların formu imzalaması sırasında tek kullanımlık eldiven kullanmaları sağlanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular 3 bölümde verilmiştir;

1. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri, Hastaların Hastalık Süreci ve Hemşirelerin alışma Durumuna İlişkin Bulgular

2. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

3. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Ortalamaları Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

4.1. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri, Hastaların Hastalık Süreci ve Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

N: 269	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort.±SD (Min-Maks) 43,810±15,700 (18-38))		
Cinsiyet		
Kadın	129	48,0
Erkek	140	52,0
Medeni Durum		
Evli	180	66,9
Bekar	89	33,1
Çocuk Varlığı		
Evet	172	63,9
Hayır	97	36,1
Çocuk Sayısı (Ort ±SD (Min-Maks) 3,4±2,1 (1-12))		
Eğitim Durumu		
İlköğretim	89	33,1
Ortaöğretim	18	6,7
Lise	77	28,6
Önlisans	10	3,7
Lisans	63	23,4
Yüksek Lisans	12	4,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	155	57,6
Çalışmıyor	114	42,4
Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	107	39,8
Gelir Gidere Denk	117	43,5
Gelir Giderden Fazla	45	16,7
Yaşanılan Yer		
Köy	11	4,1
Kasaba	9	3,3
İlçe	67	24,9
İl	182	67,7

Araştırmada, hastaların yarısından fazlasının (%52, n=140) erkek, yaş ortalamasının 43,8±15,7 (min: 18- maks: 38), eğitim durumunun çoğunlukla (%33,1 , n=89) “ilköğretim” düzeyinde olduğu görüldü. Hastaların, büyük çoğunluğunun (%66,9, n=180) “evli” olduğu ve büyük çoğunluğunun (%63,9, n=172) çocuğu olduğu belirlenirken; ortalama çocuk sayısı 3,4±2,1 (min: 1- maks:12) olarak bulundu. Hastaların yarısından fazlasının (%57,6, n=155) bir işte aktif olarak çalıştığı ve neredeyse yarısının (%43,5, n=117) ekonomik durumunun “gelir gidere denk” şeklinde olduğu saptandı. Aynı zamanda, hastaların büyük bir kısmının yerleşim yeri olarak “il” de yaşadığı belirlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri

N:35	Frekans(n)	Yüzde (%)
Yaş (Ort±SD (Min-Maks) 27,2±2,9 (23-38))		
Cinsiyet		
Kadın	22	62,9
Erkek	13	37,1
Eğitim Durumu		
Lise Ve Önlisans	3	8,6
Lisans	29	82,9
Yüksek Lisans	3	8,6
Medeni Durum		
Evli	8	22,9
Bekar	27	77,1
Çocuk Varlığı		
Evet	5	14,3
Hayır	30	85,7
Çocuk Sayısı (Ort±SD (Min-Maks) 1,4±0,9 (1-3))		

Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%62,9, n=22) kadın olduğu ve yaş ortalamasının 27,2±2,9 (min:23-maks:38) olduğu saptandı. Hemşirelerin büyük oranda (%82,9, n=29) “Lisans” düzeyinde eğitim almış olduğu görüldü. Hemşirelerin çoğunlukla (77,1, n=27) bekâr olduğu ve büyük bir çoğunluğunun (%85,7, n=30) çocuk sahibi olmadığı saptandı. Çocuk sayısı ortalaması ise 1,4±0,9 (min 1-maks 3) olarak belirlendi.

Araştırmaya katılan hastaların hastalık sürecine ilişkin özelliklerine Tablo 4.3’de yer verilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri

Hastanede neden tedavi gördüğünün bilincinde olması (N:269)	Sayı	%
Evet	254	94,4
Hayır	15	5,6
Kronik Hastalık Varlığı	Sayı	%
Evet	150	55,8
Hayır	119	44,2
Kronik Hastalıklar*	Sayı	%
Diabetes mellitus	66	44,0
Hipertansiyon	60	40,0
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	35	23,3
Kronik böbrek yetmezliği	19	12,7
Kronik kalp yetmezliği	19	12,7
Koroner arter hastalığı	13	8,7
Epilepsi	10	6,7
Diğer	15	10,1
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu (Ort.±SD (Min-Maks): 3,0±2,7 (1-15))		
	Sayı	%
Evet	146	54,3
Hayır	123	45,7
Daha Önce Hastaneye Yatma Sayısı		
1	49	33,6
2	42	28,8
3	20	13,7
4 ve Üzeri	35	24,0
COVID-19 Kliniğine Kabul Şekli		
Acil Biriminden Nakil	192	71,4
Planlı Evden	60	22,3
Yoğun Bakımdan Nakil	17	6,3
Refekatçi Varlığı		
Evet	158	58,7
Hayır	111	41,3
COVID-19’un Yaşamı Etkileme Durumu		
Evet	219	81,4
Hayır	50	18,6

Tablo 4.3. (devam) Hastaların Hastalık Sürecine İlişkin Özellikleri

COVID-19'un Yaşamını Etkileme Durumu Nedeni		
Sosyal	49	22,4
Psikolojik	58	26,5
Ekonomik	62	28,3
Sağlık	35	16,0
Diğer	15	6,8
Hemşirelik Bakımını Yeterli Görme		
Evet	192	71,4
Hayır	77	28,6
Hemşirelik Bakımını Değerlendirme Puanları (Ort: 7,170±2,330)		
6-10	203	75,5
1-5	66	24,5
Hemşirelik Bakımından Beklenti*		
	Sayı	%
İlgi	47	17,5
Saygı	5	1,9
Gülyüz	3	1,1
Anlayış	2	0,7
Empati	2	0,7
İletişim	7	2,6
Bilgilendirme	11	4,1

* Birden fazla işaretlenebilen yanıtlar

Hastaların büyük çoğunluğunun (%94,4, n=254) “hastanede neden tedavi gördüğü” nü bildiği, yarıdan fazlasının (%55,4, n=149) primer hastalığı dışında başka kronik hastalıkları olduğu ve yarıdan fazlasının (%54,3, n=146) daha önce hastanede yattığı saptandı. Kronik hastalıkları olan katılımcıların; (%24,2, n=65) DM, (%21,9, n=59) HT, (%12,3, n=33) KOAH- Astım, (%5,9, n=16) KBY, (%4,5, n=12) KKY, (%3,7, n=10) KAH ve (%1,5, n=4) Epilepsi şeklinde kronik hastalıkları olduğu saptandı. Katılımcıların hastaneye yatış sayısı ortalaması 3,0±2,7 (min: 1-maks:15) olarak belirlendi. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%71,4, n=192) hastaneye acil biriminden nakil şeklinde geldiği ve yarıdan fazlasının (%58,7, n=158) yatış sürecinde yanında refakatçi olduğu saptandı.

Katılımcıların büyük çoğunluğu (%81,8, n=220) COVID-19' un yaşamını etkilediğini; (%26,0, n=70) ekonomik, (%21,2, n=57) sosyal, (%13,8, n=37) sağlık, (%13, n=35) diğer, (%11,9, n=32) psikolojik, (%3,3, n=9) her konuda ve (%1,5, n=4) aile gibi alanlarda etkiler olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%83,3, n=224) hastanede yatışı sırasında hemşirelerin

kendisiyle birebir ilgilendiğini ifade etmiştir. Aynı zamanda, katılımcıların neredeyse hepsi (%92,2, n=248) hemşirelerin kendileriyle ilgilenmelerinin kendileri için önemli olduğunu ifade etmiş, yarıdan fazlası (%71,4, n=192) verilen hemşirelik bakımını yeterli bulduğunu belirtmiştir. Verilen hemşirelik bakımından duyulan memnuniyet derecesi puan ortalaması $7,2 \pm 2,3$ (min:1-maks:10) olarak saptandı.

Hemşirelerin çalıştığı klinik özelliklerine ilişkin bulgulara Tablo 4.4'te yer verilmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Çalıştığı Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu		
Evet	26	74,3
Hayır	9	25,7
Meslekte Çalışma Süresi		
1-3 Yıl	17	48,6
3 Yıl Üzeri	18	51,4
Klinikte Çalışma Süresi		
1 Yıl Ve Daha Az	8	22,9
2	13	37,1
3	14	40,0
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi		
50 Altı	18	51,4
50 Ve Üzeri	17	48,6
Çalışma Şekli		
08-16	7	20,0
16-08	6	17,1
08-08	22	62,9
Günlük Bakılan Hasta Sayısı		
1-10	19	54,3
10 Üzeri	16	45,7
Hastalar İle Birebir İlgilenmeyi Önemli Görme		
Evet	33	94,3
Hayır	2	5,7
Yatıştan Taburculuğa Birebir İlgilenme Durumu		
Evet	26	74,3
Hayır	9	25,7
Hemşirelerin Verdiği Bakımı Yeterli Görme		
Evet	10	28,6
Hayır	25	71,4

Tablo 4.4. (devam) Hemşirelerin Çalıştığı Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hemşirelerin İsteddiği Serviste Çalışmaması		
Evet	14	40,0
Hayır	21	60,0
Günlük Bakılan Hasta Sayısının Fazla Olması		
Evet	34	97,1
Hayır	1	2,9
Serviste Çalışan Hemşire Sayısının Yetersiz Olması		
Evet	31	88,6
Hayır	4	11,4
Hasta Bakımı Dışında Servisin İş Yükünün Fazla Olması		
Evet	26	74,3
Hayır	9	25,7
Bakım İçin Yeterli Zamanın Olmaması		
Evet	20	57,1
Hayır	15	42,9
Hastanın Bakım Beklentisinin Olmaması		
Evet	4	11,4
Hayır	31	88,6
Verilen Hemşirelik Bakımından Memnuniyet		
(Ort.±SD (Min-Maks): 6,540±1,721 (4-10))		
1-5	12	34,3
6-10	23	65,7

Hemşirelerin yarıdan fazlasının (%62,9, n=22) 08:00-08:00 vardiya şeklinde çalıştığı saptandı. Meslekte toplama çalışma süresi (yıl) ortalaması 4,3±2,6 (min:1-maks:14), çalışılan klinikte çalışma süresi (yıl) ortalaması 2,0±1,1 (min:0-maks:4), haftalık ortalama çalışma süresi (saat) ortalaması 55,1±15,4 (min:36-maks:100) ve günde bakım verdiği hasta sayısı ortalaması ise 13,6±10,1 (min:0-maks:50) olarak belirlendi.

Hemşirelerin çoğunluğunun (%94,3, n=33) hastalar ile birebir ilgilenmenin önemli olduğunu ve büyük çoğunluğunun (%74,3, n=26) hastaların yatışından taburculuğuna kadar hastalarla birebir ilgilenip takip ettiğini ifade ettiği saptandı.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%71,4, n=25) verdiği bakımı yetersiz bulduğu belirlendi. Bakımın yetersizliğinde rol oynayan etmenler; (%97,1, n=34) günlük bakılan hasta sayısının fazla olması, (%88,6, n=31) serviste çalışan hemşire sayısının yetersiz olması, (%74,3, n=26) hasta bakımı haricinde servisin iş yükünün fazla olması, (%57,1, n=20) bakım için yeterli zamanın olmaması, (%40,0, n=14) hemşirelerin istediği serviste çalışmaması ve (%11,4, n=4) diğer

nedenler şeklinde ifade edildi. Hemşirelerin, verdikleri bakımdan memnunluk derecesi ortalaması $6,5 \pm 1,7$ (min 4-maks 10) olarak saptandı.

4.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS) ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulgular

4.2.1. Hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS) ve Alt Boyut Puanlarının Farklaşmasına İlişkin Bulgular

Hastaların, “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası” ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 4.5’de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Bireyselleştirilmiş Bakım Genel	269	3,787	0,817	1,590	5,000
Klinik Durum	269	3,746	0,968	1,140	5,000
Kişisel Yaşam Durumu	269	3,478	1,016	1,000	5,000
Karar Verme Kontrolü	269	4,042	0,742	1,500	5,000

Hastaların, “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası”nın “Klinik Durum” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $3,75 \pm 0,97$, “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $3,48 \pm 1,02$ ve “Karar Verme Kontrolü” alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ise $4,04 \pm 0,74$ olarak saptanmıştır.

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası”ndan aldıkları puanlar arasındaki ilişki Tablo 4.6’da gösterilmiştir.

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım genel puanları yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,246$; $p=0.013 < 0.05$; $\eta^2=0,047$). Farkın nedeni 41-50 olanların bireyselleştirilmiş bakım genel puanlarının diğer yaş gruplarının bireyselleştirilmiş bakım genel puanlarından yüksek olmasıdır ($p < 0.05$).

Hastaların sosyodemografik özelliklerinden “Maddi Durum” değişkeni ile BBS-Hasta toplam puanı ve “Klinik Durum” ve “Karar Verme Kontrolü” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,033$ $p=0,028$ $p=0,043$). “Gelir giderden az” olanların BBS-Hasta toplam puanı ve “Klinik Durum” ve “Karar Verme Kontrolü” alt boyut puanları “Gelir gidere denk” ve “Gelir giderden fazla” olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktü ($p=0,016$ $p=0,009$ $p=0,017$)

Tablo 4.6. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BBS-Hasta Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	N	Bireyselleştirilmiş Bakım Genel	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
30 Ve Altı	75	3,759±0,812	3,749±0,953	3,470±1,026	3,964±0,821
31-40	55	3,689±0,902	3,597±1,075	3,341±1,116	4,027±0,748
41-50	53	4,115±0,630	4,059±0,725	3,868±0,889	4,346±0,595
51-60	41	3,562±0,848	3,512±1,046	3,183±0,935	3,874±0,728
60 Üzeri	45	3,771±0,804	3,765±0,972	3,467±0,984	3,982±0,697
F=		3,246	2,364	3,170	3,126
p=		0,013	0,053	0,014	0,016
PostHoc=		3>1, 3>2, 3>4, 3>5 (p<0.05)		3>1, 3>2, 3>4, 3>5 (p<0.05)	3>1, 3>2, 3>4, 3>5 (p<0.05)
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	129	3,850±0,802	3,831±0,965	3,494±1,025	4,111±0,700
Erkek	140	3,729±0,829	3,667±0,967	3,463±1,010	3,977±0,776
t=		1,223	1,385	0,255	1,479
p=		0,222	0,167	0,799	0,140
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evlü	180	3,771±0,814	3,717±0,964	3,457±1,032	4,044±0,722
Bekar	89	3,819±0,828	3,804±0,978	3,520±0,986	4,036±0,786
t=		-0,450	-0,697	-0,476	0,092
p=		0,653	0,486	0,635	0,927
Çocuk Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	172	3,774±0,826	3,710±0,968	3,481±1,022	4,044±0,735
Hayır	97	3,810±0,804	3,809±0,968	3,472±1,009	4,038±0,759
t=		-0,349	-0,800	0,073	0,061
p=		0,727	0,424	0,942	0,951
Çocuk Sayısı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1	27	3,765±0,691	3,815±0,825	3,278±0,902	4,031±0,695
2	41	3,801±0,900	3,718±1,084	3,421±1,131	4,150±0,741
3	41	3,727±0,761	3,645±0,976	3,457±0,930	4,004±0,654
4 Ve Üzeri	63	3,791±0,885	3,703±0,959	3,623±1,057	4,005±0,805
F=		0,066	0,167	0,813	0,383
p=		0,978	0,918	0,488	0,765
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
İlköğretim	107	3,663±0,869	3,589±1,036	3,409±1,044	3,919±0,726
Lise	77	3,862±0,809	3,802±0,933	3,588±1,006	4,115±0,788
Lisans Ve Üstü	85	3,875±0,743	3,892±0,889	3,465±0,992	4,129±0,707
F=		2,069	2,541	0,702	2,453
p=		0,128	0,081	0,496	0,088
Çalışma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Çalışıyor	155	3,788±0,811	3,743±0,956	3,453±1,015	4,063±0,745
Çalışmıyor	114	3,786±0,829	3,749±0,987	3,511±1,020	4,012±0,742
t=		0,020	-0,054	-0,460	0,564
p=		0,984	0,957	0,646	0,573
Gelir Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Gelir Giderden Az	107	3,631±0,847	3,567±0,986	3,336±1,046	3,902±0,780
Gelir Gidere Denk	117	3,890±0,766	3,888±0,915	3,530±0,987	4,134±0,691
Gelir Giderden Fazla	45	3,889±0,832	3,800±1,010	3,678±0,992	4,133±0,745
F=		3,290	3,198	2,079	3,194
p=		0,039	0,042	0,127	0,043
PostHoc=		2>1 (p<0.05)	2>1 (p<0.05)		2>1 (p<0.05)

Tablo 4.6. (devam) Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre BBS-Hasta Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Farklılaşma Durumu

Yaşanılan Yer		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
İl	182	3,799±0,784	3,766±0,937	3,449±0,990	4,071±0,703
İlçe	67	3,874±0,849	3,851±0,985	3,582±1,096	4,095±0,761
Kasaba Ve Köy	20	3,385±0,927	3,207±1,061	3,388±0,995	3,592±0,910
F=		2,853	3,602	0,503	4,081
p=		0,059	0,029	0,606	0,018
PostHoc=			1>3, 2>3 (p<0.05)		1>3, 2>3 (p<0.05)

Hastaların hastalık sürecine ilişkin özelliklerine göre BBS-Hasta toplam puanı ve alt boyut puanlarının farklılaşma durumuna ilişkin verilere Tablo 4.7’de yer verilmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre BBS- Hasta Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Farklılaşma Durumu

Demografik Özellikler	n	Bireyselleştirilmiş Bakım Genel	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Neden Tedavi Gördüğünü Bilme		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	254	3,827±0,786	3,790±0,934	3,512±1,000	4,079±0,717
Hayır	15	3,118±1,047	2,991±1,232	2,900±1,141	3,411±0,906
t=		3,326	3,162	2,285	3,452
p=		0,001	0,002	0,023	0,001
Başka Kronik Hastalık Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	150	3,784±0,841	3,727±0,981	3,510±1,022	4,034±0,734
Hayır	119	3,790±0,790	3,770±0,954	3,437±1,011	4,050±0,757
t=		-0,061	-0,360	0,585	-0,175
p=		0,952	0,719	0,559	0,861
Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	146	3,834±0,795	3,817±0,933	3,495±0,981	4,081±0,728
Hayır	123	3,731±0,842	3,661±1,004	3,457±1,059	3,995±0,760
t=		1,037	1,321	0,302	0,951
p=		0,301	0,188	0,763	0,342
Daha Önce Hastaneye Yatma Sayısı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1	49	3,839±0,791	3,843±0,938	3,424±1,014	4,112±0,755
2	42	3,798±0,782	3,752±0,860	3,577±0,888	4,000±0,765
3	20	3,882±0,796	3,921±0,947	3,488±0,951	4,100±0,722
4 Ve Üzeri	35	3,844±0,849	3,800±1,032	3,500±1,086	4,124±0,668
F=		0,054	0,165	0,183	0,244
p=		0,983	0,920	0,908	0,865

Tablo 4.7. (devam) Hastaların Hastalık Sürecine İlişkin Özelliklerine Göre BBS-
Hasta Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Farklılaşma Durumu

Kliniğe Gelme Şekli		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Acil Biriminden Nakil	192	3,756±0,838	3,720±0,973	3,413±1,058	4,028±0,744
Planlı Evden	60	3,817±0,754	3,755±0,969	3,550±0,885	4,067±0,753
Yoğun Bakımdan Nakil	17	4,028±0,785	4,000±0,922	3,956±0,849	4,108±0,724
F=		0,911	0,655	2,455	0,134
p=		0,403	0,521	0,088	0,874

Refekatçi Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	158	3,810±0,802	3,732±0,927	3,623±0,969	4,026±0,777
Hayır	111	3,754±0,840	3,766±1,027	3,270±1,048	4,063±0,693
t=		0,553	-0,286	2,844	-0,398
p=		0,581	0,775	0,005	0,691

Covid19un Yaşamı Etkileme Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	219	3,791±0,794	3,755±0,948	3,457±1,001	4,056±0,724
Hayır	50	3,769±0,918	3,703±1,057	3,570±1,083	3,980±0,823
t=		0,169	0,346	-0,712	0,649
p=		0,866	0,730	0,477	0,517

Covid19un Yaşamı Nasıl Etkilediği		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Sosyal	49	3,950±0,825	3,994±1,024	3,546±1,070	4,167±0,733
Psikolojik	58	3,711±0,735	3,653±0,871	3,478±0,861	3,934±0,721
Ekonomik	62	3,715±0,831	3,622±0,977	3,351±1,101	4,067±0,707
Sağlık	35	3,909±0,743	3,898±0,854	3,629±0,922	4,110±0,702
Diğer	15	3,620±0,859	3,591±0,992	3,117±1,017	3,989±0,842
F=		1,148	1,581	0,968	0,779
p=		0,335	0,181	0,426	0,540

Yatışta Hemşirelerin Bire Bir İlgilenme Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	224	3,981±0,679	3,985±0,778	3,692±0,886	4,168±0,686
Hayır	45	2,824±0,765	2,556±0,945	2,411±0,952	3,411±0,695
t=		10,201	10,826	8,737	6,739
p=		0,000	0,000	0,000	0,000

Hemşirenin Bire Bir İlgilenmesinin Önemi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	248	3,874±0,766	3,847±0,907	3,564±0,974	4,114±0,714
Hayır	21	2,756±0,704	2,551±0,877	2,464±0,972	3,191±0,517
t=		6,463	6,304	4,968	5,793
p=		0,000	0,000	0,000	0,000

Hemşirelik Bakımını Yeterli Görme		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	192	4,083±0,641	4,096±0,741	3,816±0,840	4,245±0,663
Hayır	77	3,050±0,742	2,872±0,916	2,633±0,924	3,535±0,688
t=		11,413	11,420	10,147	7,853
p=		0,000	0,000	0,000	0,000

“Hastanede neden tedavi gördüğünü bilmeyenler” in BBS-Hasta toplam puanları ve tüm alt boyut puanları, “Neden tedavi gördüğünü bilenler” e göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü ($p=0,006$ $p=0,011$ $p=0,026$ $p=0,004$).

“Refakatçisi olmayanlar”ın “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puanı “Refakatçisi olanlar” a göre istatistiksel olarak anlamlı düşük ($p=0,010$) bulunurken; BBS-Hasta toplam puan ve diğer alt boyutlarda anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

COVID- 19’un “sosyal” alanda yaşamını etkilediğini ifade eden hastaların BSB toplam puanları ve “Klinik Durum” alt boyutundan aldıkları puanlar, sosyal alanda etkisi olmadığını düşünenlere göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0,024$, $p=0,004$). Aynı zamanda, COVID-19’un “ekonomik” alanda yaşamını etkilediğini ifade eden hastaların “Klinik Durum” alt boyutundan aldıkları puanlar “ekonomik” alanda etkisi olmadığını düşünenlere göre anlamlı derecede düşüktü ($p=0,028$). COVID- 19’ un “her konuda” hayatlarını etkilediğini ifade eden hastaların BSB toplam puan ve “Klinik Durum” ve “Kişisel Yaşama Durumu” alt boyutlarından aldıkları puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu görüldü ($p<0,05$). Ancak, diğer alt boyutlarda ve alanlarda anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Hastane yatışı sırasında hemşirelerin birebir kendileriyle ilgilendiğini düşünen hastaların BBS toplam puanı ve alt boyutlarından aldıkları puanlar, anlamlı derecede yüksekti. Benzer şekilde; hemşirelerin kendileriyle bire bir ilgilenmesinin önemli olduğunu düşünen hastaların ölçek ve alt boyut puanlarından aldıkları puanların da anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Aynı zamanda, hemşireler tarafından verilen bakımı yeterli bulan hastaların ölçek ve alt boyut puanlarından aldıkları puanların da anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

4.2.2. Hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS) ve Alt Boyut Puanlarının Farklılaşmasına İlişkin Bulgular

Hemşirelerin, “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası” ve alt boyutlarından aldıkları puanlar Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Puan Ortalamaları

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.
Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Genel	35	3,871	1,047	1,000	5,000
Klinik Durum Alt Boyutu	35	3,980	1,101	1,000	5,000
Kişisel Yaşam Durumu Alt Boyutu	35	3,636	1,087	1,000	5,000
Karar Verme Kontrolü Alt Boyutu	35	3,900	1,109	1,000	5,000

Hemşirelerin “Bireyselleştirilmiş Bakım Genel” alt boyut puan ortalaması $3,87\pm 1,05$ (min:1; maks:5), “Klinik Durum” alt boyut puan ortalaması $3,98\pm 1,10$ (min:1; maks:5), “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puan ortalaması $3,64\pm 1,09$ (min:1; maks:5), “Karar Verme Kontrolü” alt boyut puan ortalaması $3,90\pm 1,11$ (min:1; maks:5) olarak saptanmıştır.

Hemşirelerde “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası” puanlarının sosyodemografik özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek amacıyla yapılan analiz sonuçları Tablo 4.9’ da verilmiştir.

Hemşirelerin “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası” ve alt boyut puanları; “yaş”, “cinsiyet”, “eğitim durumu”, “çocuk varlığı”, “meslekte çalışma süresi”, “klinikte çalışma süresi”, “haftalık ortalama çalışma süresi”, “günlük bakılan hasta sayısı”, “hastalar ile birebir ilgilenmeyi önemli görme”, “yatıştan taburculuğa birebir ilgilenme durumu”, “hemşirelerin verdiği bakımı yeterli görme” ve “verilen hemşirelik bakımından memnuniyet” değişkenlerine göre farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

“Evli” hemşirelerin “kişisel yaşam durumu” alt boyut puanları ($x=4,38$), “bekâr” hemşirelerin “kişisel yaşam durumu” alt boyut puanlarından ($x=3,42$) yüksek bulunmuştur ($t=2,33$; $p<0.05$; $d=0,94$; $\eta^2=0,14$). Diğer alt boyutlar ile anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 4.9. Hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Özellikler	N	Bireyselleştirilmiş Bakım Genel	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Yaş		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
25 Ve Altı	6	3,490±1,188	3,643±1,327	3,125±1,081	3,556±1,393
25 Üzeri	29	3,949±1,021	4,049±1,062	3,741±1,076	3,971±1,057
t=		-0,977	-0,819	-1,276	-0,832
p=		0,336	0,419	0,211	0,412
Cinsiyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Kadın	22	3,992±0,829	4,162±0,827	3,671±0,983	4,008±0,884
Erkek	13	3,665±1,353	3,670±1,439	3,577±1,284	3,718±1,436
t=		0,889	1,290	0,243	0,741
p=		0,380	0,275	0,810	0,520
Eğitim Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Lise ve Ön lisans	3	3,431±1,851	3,429±1,979	3,333±1,422	3,500±2,028
Lisans	29	3,911±1,014	4,005±1,058	3,733±1,081	3,920±1,066
Yüksek Lisans	3	3,922±0,702	4,286±0,623	3,000±0,901	4,111±0,770
F=		0,277	0,485	0,733	0,243
p=		0,760	0,620	0,488	0,786
Medeni Durum		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evli	8	4,478±0,570	4,554±0,486	4,375±0,732	4,458±0,647
Bekar	27	3,691±1,095	3,810±1,179	3,417±1,088	3,735±1,171
t=		1,943	1,728	2,328	1,662
p=		0,061	0,093	0,026	0,106
Çocuk Varlığı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	5	4,412±0,547	4,400±0,529	4,400±0,518	4,433±0,596
Hayır	30	3,780±1,089	3,910±1,160	3,508±1,109	3,811±1,156
t=		1,259	0,920	1,749	1,167
p=		0,217	0,364	0,090	0,251

Hemşirelerde “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası” puanlarının klinik özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemek amacıyla yapılan analiz sonuçları Tablo 4.10’da verilmiştir.

Tablo 4.10. Hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Ortalamalarının Klinik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu

Özellikler	N	Bireyselleştirilmiş Bakım Genel	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Mesleği İsteyerek Seçme Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	26	4,140±0,809	4,258±0,778	3,971±0,906	4,115±0,921
Hayır	9	3,092±1,301	3,175±1,508	2,667±1,016	3,278±1,412
t=		2,848	2,788	3,611	2,041
p=		0,046	0,068	0,001	0,126
Meslekte Çalışma Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1-3 Yıl	17	3,889±0,984	4,034±1,063	3,603±1,039	3,912±1,075
3 Yıl Üzeri	18	3,853±1,132	3,929±1,164	3,667±1,160	3,889±1,172
t=		0,101	0,278	-0,171	0,060
p=		0,920	0,782	0,865	0,952
Klinikte Çalışma Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1 Yıl Ve Daha Az	8	4,081±0,539	4,375±0,389	3,563±1,007	4,083±0,667
2	13	3,534±1,475	3,593±1,513	3,462±1,414	3,513±1,560
3	14	4,063±0,723	4,112±0,843	3,839±0,788	4,155±0,702
F=		1,074	1,456	0,416	1,292
p=		0,354	0,248	0,663	0,289
Haftalık Ortalama Çalışma Süresi		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
50 Altı	18	4,016±0,663	4,056±0,747	3,847±0,748	4,083±0,748
50 Ve Üzeri	17	3,716±1,347	3,899±1,403	3,412±1,346	3,706±1,394
t=		0,844	0,415	1,192	1,006
p=		0,416	0,681	0,252	0,322
Çalışma Şekli		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
08-16	7	4,412±0,506	4,449±0,440	4,536±0,419	4,286±0,762
16-08	6	3,578±1,371	3,619±1,402	3,333±1,281	3,694±1,443
08-08	22	3,778±1,060	3,929±1,151	3,432±1,064	3,833±1,125
F=		1,275	0,981	3,455	0,551
p=		0,293	0,386	0,044	0,582
PostHoc=				1>2, 1>3 (p<0.05)	
Günlük Bakılan Hasta Sayısı		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
1-10	19	4,006±0,611	4,113±0,679	3,763±0,664	4,044±0,626
10 Üzeri	16	3,710±1,409	3,821±1,464	3,484±1,450	3,729±1,504
t=		0,831	0,776	0,751	0,832
p=		0,443	0,472	0,487	0,444
Hastalar İle Birebir İlgilenmeyi Önemli Görme		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	33	3,866±1,074	3,983±1,133	3,614±1,109	3,899±1,134
Hayır	2	3,941±0,582	3,929±0,303	4,000±0,707	3,917±0,825
t=		-0,097	0,067	-0,483	-0,022
p=		0,924	0,947	0,633	0,983
Yatıştan Taburculuğa Birebir İlgilenme Durumu		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	26	3,858±1,058	3,973±1,105	3,596±1,149	3,897±1,110
Hayır	9	3,909±1,078	4,000±1,154	3,750±0,935	3,907±1,176
t=		-0,124	-0,064	-0,361	-0,023
p=		0,902	0,950	0,720	0,982

Tablo 4.10. Hemşirelerde Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Ortalamalarının Klinik Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu (Devamı)

Hemşirelerin Verdiği Bakımı Yeterli Görme		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
Evet	10	3,900±1,120	3,957±1,212	3,650±1,119	4,000±1,168
Hayır	25	3,859±1,040	3,989±1,079	3,630±1,097	3,860±1,107
t=		0,104	-0,075	0,048	0,333
p=		0,918	0,941	0,962	0,741

Verilen Hemşirelik Bakımından Memnuniyet		Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS
4	4	3,647±0,096	3,857±0,765	2,938±0,315	3,875±0,599
5	8	4,007±0,959	4,071±0,984	3,844±0,999	4,042±0,954
6	6	3,657±1,371	3,762±1,339	3,333±1,497	3,750±1,421
7	5	4,035±0,459	4,086±0,359	4,000±0,468	4,000±0,589
8	8	3,493±1,507	3,625±1,638	3,406±1,369	3,396±1,581
9	2	4,559±0,042	4,929±0,101	3,750±0,000	4,667±0,236
10	2	4,824±0,000	4,714±0,202	5,000±0,000	4,833±0,236
F=		0,668	0,552	1,103	0,677
p=		0,676	0,764	0,385	0,669

“Mesleği isteyerek seçen” hemşirelerin BBS “Bireyselleştirilmiş Bakım Genel” alt boyut puanları ($x=4,14$), “mesleği isteyerek seçmeyen” hemşirelerin “Bireyselleştirilmiş Bakım Genel” alt boyut puanlarından ($x=3,09$) yüksek bulunmuştur ($t=2,85$; $p<0.05$; $d=1,10$; $\eta^2=0,20$). “Mesleği isteyerek seçen” hemşirelerin “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puanları ($x=3,97$), “mesleği isteyerek seçmeyen” hemşirelerin “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puanlarından ($x=2,67$) yüksek bulunmuştur ($t=3,61$; $p<0.05$; $d=1,40$; $\eta^2=0,28$). Hemşirelerin “Klinik Durum”, “Karar Verme Kontrolü” alt boyut puanları “mesleği isteyerek seçme” durumuna göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Hemşirelerin “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puanları “çalışma şekline” göre anlamlı farklılık göstermektedir ($F=3,46$; $p<0.05$; $\eta^2=0,18$). 08:00-16:00 vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puanlarının, 16:00-08:00 vardiya şeklinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Aynı zamanda, 08:00-16:00 vardiyasında çalışan hemşirelerin “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının, 08:00-08:00 vardiya şeklinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Hemşirelerin “Bireyselleştirilmiş Bakım Genel”, “Klinik Durum”, “Karar Verme Kontrolü” alt boyut puanları “çalışma şekline” göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

4.3. Hemşirelerin ve Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Karşılaştırmasına İlişkin Bulgular

Hemşirelerin ve hastaların “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası” puanlarının puan karşılaştırmasına ilişkin bulgular Tablo 4.11’ de verilmiştir.

Tablo 4.11. Bireyselleştirilmiş Bakım Puanlarının Hemşire ve Hastalara Göre Farklılaşma Durumu

Gruplar	Hasta (n=269)		Hemşire (n=35)		T	sd	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			
Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Genel	3,787	0,817	3,871	1,047	-0,550	302	0,583
Klinik Durum Alt Boyutu	3,746	0,968	3,980	1,101	-1,324	302	0,187
Kişisel Yaşam Durumu Alt Boyutu	3,478	1,016	3,636	1,087	-0,859	302	0,391
Karar Verme Kontrolü Alt Boyutu	4,042	0,742	3,900	1,109	0,994	302	0,468

Tablo 4.11’de hasta ve hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Hasta ve hemşirelerin BBS-B ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, BBS-B toplam puanı ($p=0,583$) ve “Klinik Durum Alt Boyut” u ($p=0,187$), “Kişisel Yaşam Durumu Alt Boyutu” ($p=0,391$), “Karar Verme Kontrolü Alt Boyutu” ($p= 0,468$) alt boyutlarında istatistiksel olarak fark saptanmadı. Hasta ve hemşirelerin “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası” ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası nitelikteki sınırlı sayıdaki çalışma bulguları ile tartışıldı.

Çalışmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışma 3 bölümde sunulmuştur:

1. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri, Hastaların Hastalık Süreci ve Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Çalışmaya Katılan Hemşirelerin ve Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Karşılaştırmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri, Hastaların Hastalık Süreci ve Hemşirelerin Çalışma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların sosyodemografik özellikleri, diğer çalışmalardaki verilerle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Altınışik'in (2019) çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun erkek, neredeyse hepsinin evli olduğu, yarısından fazlasının ilköğretim mezunu olduğu, neredeyse hepsinin bir işte aktif olarak çalışmadığı ve çoğunluğunun gelirin giderden az olduğu saptanmıştır. Birim'in (2020) çalışmasında ise; katılımcıların yaş ortalamasının $52,92 \pm 14,37$ olduğu, çoğunluğun erkek ve ilköğretim mezunu olduğu, büyük bir çoğunluğunun evli ve çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, katılımcıların yaklaşık yarısının gelirin giderinden az olduğu belirlenmiştir.

Keskin'in (2019) çalışmasında katılımcıların yarısından fazlasının kadın ve 56 yaş ve üzeri olduğu, eğitim durumunun çoğunlukla ilköğretim düzeyinde olduğu ve çoğunlukla evli oldukları saptanmıştır. Katılımcıların gelir durumuna göre yapılan değerlendirmede ise, çoğunluğun orta gelir düzeyine sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda, hastaların yarısından fazlasının (%52, n=140) erkek, yaş ortalamasının $43,8 \pm 15,7$, eğitim durumunun çoğunlukla (%33,1, n=89) "ilköğretim" düzeyinde olduğu görüldü. Hastaların, büyük çoğunluğunun (%66,9, n=180) "evli" olduğu ve büyük çoğunluğunun (%63,9, n=172) çocuğu olduğu belirlenirken; ortalama çocuk sayısı $3,4 \pm 2,1$ (min: 1- maks:12) olarak bulundu. Hastaların yarısından fazlasının (%57,6, n=155) bir işte aktif olarak çalıştığı ve neredeyse yarısının (%43,5, n=117) ekonomik durumunun "gelir gidere denk" şeklinde olduğu sonucu bulunmuştur (Tablo 4.1.). Elde edilen bulgular, hasta grubunun sosyodemografik özellikleri açısından literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Bekmezci'nin (2019) çalışmasındaki bulgulara göre hastaların neredeyse yarısının başka bir rahatsızlığının olduğu, yarısından fazlasının daha önce hastanede yatışı olduğu ve büyük bir çoğunluğunun yatış sürecinde bir yakınının refakat ettiği saptanmıştır. Hastaların neredeyse hepsi hastanede yatış sürecinde hemşirelerin kendileriyle birebir ilgilendiğini ifade etmiştir. Aynı zamanda, hastaların çoğunluğu hemşirelik bakımının önemli olduğunu ve verilen bakımı yeterli bulduklarını ifade

etmiştir. Görsel Analog Skala ile yapılan değerlendirmede hemşirelik bakımının yeterliliğini 10 puan üzerinden 7.77 ± 1.92 olarak belirtmişlerdir.

Birim'in (2020) çalışmasına göre ise; hastaların çoğunluğunun (%72,5) daha önce hastanede yatış deneyiminin olduğunu ve tamamına yakınının yatış sürecine bir refakatçinin eşlik ettiği saptanmıştır. Hastaların yarısından fazlası (%60,5) yaşamlarının hastalık sürecinden etkilendiğini, yarısından fazlasının (%53,7) hastalık sürecinin yaşamlarını ekonomik alanda etkilediğini ifade etmiştir. Hastaların çoğunluğu (%75,6) hastanede yatış sürecinde verilen hemşirelik bakımdan memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızdan elde edilen bulgulara bakıldığında; hastaların yarısından fazlasının (%55,4) primer hastalığı dışında başka bir kronik hastalıkları olduğu, yarıdan fazlasının (%54,3, n=146) daha önce hastanede yattığı ve yarıdan fazlasının (%58,7) yatış sürecine bir refakatçinin eşlik ettiği saptandı. Araştırmadan elde edilen bulgular, hasta profili ve hastalık sürecine ilişkin özellikler bakımından literatür ile benzerlik gösterdi. Aynı zamanda, katılımcıların çoğunluğunun (%81,8) hastalık sürecinin yaşamlarını etkilediğini ve çoğunlukla ekonomik yönden (%21,2) etkilendiğini ifade etmesi, literatür ile benzerlik gösterdi. Katılımcıların büyük çoğunluğu hastanede yatış süreci boyunca hemşirelerin kendileriyle birebir ilgilendiğini ve hemşirelerin kendileriyle ilgilenmelerinin önemli olduğunu ifade etti. Aynı zamanda, katılımcıların çoğunluğu verilen hemşirelik bakımını yeterli bulduğunu ifade etti ve hemşirelik bakımından duyulan memnuniyeti analog skala yüksek olarak belirtti.

5.1.2. Hemşirelerin Sosyodemografik Özellikleri ve Çalışma Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma durumuna ilişkin özellikleri literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Birim'in (2020) çalışmasında araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalamasının $33,58 \pm 7,05$ olduğu, katılımcıların çoğunlukla (%79) "kadın" olduğu, %80' inin "evli" olduğu, %78' inin çocuk sahibi olduğu ve çoğunluğunun (%59) "lisans" düzeyinde eğitim almış olduğu saptanmıştır. Gelir durumuna göre bakıldığında ise, %50' sinin "gelir gidere denk" olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada (Altınışık, 2019) katılımcıların büyük çoğunluğunun (%86,9) "kadın" olduğu, %65,2' sinin "bekar" ve çoğunluğunun (%86,9) "lisans" düzeyinde eğitim almış olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda, araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun (%62,9, n=22) kadın olduğu ve yaş ortalamasının $27,2\pm 2,9$ olduğu saptandı. Hemşirelerin büyük oranda (%82,9, n=29) “lisans” düzeyinde eğitim almış olduğu görüldü. Hemşirelerin çoğunlukla (77,1, n=27) bekâr olduğu ve büyük bir çoğunluğunun (%85,7, n=30) çocuk sahibi olmadığı saptandı. Çocuk sayısı ortalaması ise $1,4\pm 0,9$ (min:1-maks:3) olarak belirlendi (Tablo 4.2.). Çalışmamızdan elde edilen bulgular, literatür ile çeşitli özellikler açısından farklılık gösterse de, ele alınan sosyodemografik özellikler açısından uyumluluk gösterdiği görüldü.

Birim’in (2020) çalışmasında hemşirelerin “meslekte çalışma yılı”nın ortalamasının $11,55\pm 7,69$ olduğu, yaklaşık yarısının (%49) “10 yıl ve üzeri” mesleki deneyiminin olduğu, hemşirelerin yarısından fazlasının (%59) “gece- gündüz shifti” şeklinde çalıştığı saptanmıştır. Katılımcıların “haftalık çalışma süresi” ortalaması 49 saat ve üzeri (%41) olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin büyük bir kısmının (%74) mesleği isteyerek seçtiği ve hemen hemen yarısının (%41) meslekten memnun olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin yarıdan fazlası (%62) günlük bakım verilen hasta sayısını “16 ve üzeri” olarak ifade etmiştir.

Çalışmamızda, hemşirelerin yarıdan fazlasının (%62,9, n=22) 08:00-08:00 vardiya şeklinde çalıştığı, meslekte toplam çalışma süresi (yıl) ortalamasının $4,3\pm 2,6$, haftalık ortalama çalışma süresi (saat) ortalamasının $55,1\pm 15,4$ olduğu ve günlük bakım verdiği hasta sayısı ortalamasının ise $13,6\pm 10,1$ olduğu saptanmıştır.

5.2. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ve Alt Boyut Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.1. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algısına İlişkin Tartışma

Pandemi dahiliye kliniğinde tedavi gören hastaların “BBS-Hasta Ölçeği” toplam puan ortalamaları $3,79\pm 0,82$ idi (Tablo 4.3.). “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası”ndan alınabilecek en yüksek madde toplam puan ortalamasının 5.0 olduğu dikkate alındığında, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu söylenebilir. “Klinik durum”, “Kişisel yaşam durumu” ve “Karar verme kontrolü” alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; $3,75\pm 0,97$, $3,48\pm 1,02$ ve $4,04\pm 0,74$ olarak saptandı. Buna göre; alt boyut puanlarının yüksek olduğu; bireylerin hastalığa ilişkin tepkileri, hissettikleri, duyguları ve hastalığın kendileri için daha çok anlam ifade ettiği, bakımlarıyla ilgili süreçlere katılımında, söz sahibi

olmalarında ve bilgi temelinde karar veme kontrolünde daha az katkı sağladıkları söylenebilir. “Klinik durum” alt boyutundan yüksek puan alınması, hemşirelik bakımına ilişkin gerçekleştirilen faaliyetlerin hastanın bireyselliğini destekler nitelikte olması ile ilişkili olabilir. Buna göre; hemşire hastayı öznel bir şekilde ele aldığında, hasta bireyselliğinin algılandığını ve objeleştirilmediğini hissettiren bir hemşire algısı edinir (Keskin, 2019). Keskin’in (2019) çalışmasında ölçek ve alt boyut puanlarının çalışmamızla benzer şekilde yüksek olduğu saptanmıştır.

Öztürk’ün (2022) yaptığı çalışmada ölçek toplamında ortalama puan 3.97 ± 0.96 iken; Bektaşoğlu’nun (2022) çalışmasında ölçek ortalaması $4,31\pm 0,74$, Altunışık’a (2019) göre ölçek ortalaması 3.76 ± 0.90 olarak saptanmıştır. Bekmezci’nin (2019) çalışmasında ortalama puan 4.35 ± 0.67 iken, Rose’un (2016) çalışmasında ortalama 4.44 ± 0.74 olarak saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına bakıldığında, hastaların bakımında bireyselliği algılama düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızdan elde edilen bulgular doğrultusunda bulgularımızın literatür ile uyumluluk gösterdiği söylenebilir.

Çalışmamızda “eğitim” değişkeni ile BBS- Hasta puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Bozkuş’un (2019) çalışmasında BBS- Hasta puanı memnuniyet durumuna göre sıralandığında; “üniversite ve üstü”, “eğitimi yok- okur-yazar” ve “orta öğretim” şeklinde giderek artmıştır. Bekmezci’nin (2019) çalışmasına bakıldığında; BBS- Hasta toplam puan ve alt boyut puanlarının “eğitim” değişkenine göre anlamlı farklılık gösterdiği ve bu farkın “üniversite ve üzeri” eğitim durumuna sahip hastalardan kaynakladığı saptanmıştır. Bekmezci’nin çalışmasında hastaların “eğitim” durumuna göre bireyselleştirilmiş bakım algıları incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algısının azaladığı saptanmıştır. Dolayısıyla, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların hastalık süreçleriyle ilgili farkındalıklarının daha yüksek olması nedeniyle bakım algılarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Ancak, çalışmamızda anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarına ilişkin alt boyutlar incelendiğinde; hastaların sosyodemografik özelliklerinden “Gelir durumu” değişkeni ile BBS-Hasta toplam puanı ve “Klinik Durum” ve “Karar Verme Kontrolü” alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,04$ $p=0,03$ $p=0,04$). “Gelir giderden az” olanların “BBS-Hasta” toplam puanı ve “Klinik Durum” ve “Karar Verme Kontrolü” alt boyut puanları “Gelir

gidere denk” ve “Gelir giderden fazla” olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşüktü ($p=0,02$ $p=0,01$ $p=0,02$).

Birim’in (2020) çalışmasında “gelir durumu” na göre yapılan incelemede, BBS- Hasta toplam puanı ve alt boyut puanlarının “geliri giderinden fazla” olan katılımcılarda daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda, “Gelir giderden az” olanların “BBS-Hasta” toplam puanı ve alt boyut puanlarının düşük olması literatür ile uyumluluk göstermektedir. Bu durumun, gelir düzeyi iyi olan bireylerin sağlık bakım hizmetlerine erişebilirliğinin daha iyi olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bekmezci’nin (2019) çalışmasında bireyselleştirilmiş bakım algılarının “çalışma durumu” ile ilişkisi incelenmiş; herhangi bir işte aktif olarak çalışmayan hastalarda bireyselleştirilmiş bakım algısının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda elde edilen bulgular ve literatür doğrultusunda, maddi kaynakların varlığının hastaların sağlık bakım hizmetlerine erişimini kolaylaştırdığını ve bu nedenle de bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu söylenebilir.

“Hastanede neden tedavi gördüğünü bilmeyenler” in BBS-Hasta toplam puanları ve tüm alt boyut puanları, “Neden tedavi gördüğünü bilenler” e göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktür ($p=0,006$ $p=0,011$ $p=0,026$ $p=0,004$). Literatürde bu değişkene yönelik bir incelemeye ulaşılamamış olsa da, bu durumun hastanın hastalık sürecine ilişkin bilgi eksikliği olması nedeniyle bakım sürecine etkili katılım sağlayamamış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

“Diğer” (epilepsi) kronik hastalığı olanların BBS-Hasta toplam puanları ve “Klinik Durum” ve “Karar Verme Kontrolü” alt boyutlarından aldıkları puanlar DM, HT, KOAH-Astım, KBY, KKY, KAH tanılarına göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktür ($p=0,010$ $p=0,011$ $p=0,006$).

Çalışmamızda “daha önce hastaneye yatma” durumu ile BBS- Hasta puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Ancak, Bozkuş’un (2019) çalışmasında daha önce hastanede yatış deneyimi olan hastaların hemşirelik bakımına ilişkin memnuniyet düzeylerinin, hastanede ilk kez yatışı olan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Keskin’in (2019) çalışmasına göre ise hastaların büyük çoğunluğunun geçmişte hastane yatışının olduğu ve deneyim sürecini olumlu olarak değerlendirdikleri saptanmıştır.

“Refakatçisi olmayanlar” ın “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puanı “Refakatçisi olanlar” a göre istatistiksel olarak anlamlı düşük ($p=0,010$) bulunurken; BBS-Hasta toplam puan ve diğer alt boyutlarda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kavaslar’ın (2021) çalışmasında, hastaların refakatçisinin bulunması ve refakatçilerin hasta bakımına katılmalarının hemşirelerin bakım kalite algularını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Refakatçisi olan hastaların kişisel bakımına refakatçileri katkı sağlamış olup refakatçisi olmayan hastaların kişisel bakım yönünden hemşireye bağımlı oldukları söylenebilir.

COVID- 19’ un “sosyal” alanda yaşamını etkilediğini ifade eden hastaların BBS toplam puanları ve “Klinik Durum” alt boyutundan aldıkları puanlar, sosyal alanda etkisi olmadığını düşünenlere göre anlamlı derecede yüksektir ($p=0,024$, $p=0,004$). Aynı zamanda, COVID-19’ un “ekonomik” alanda yaşamını etkilediğini ifade eden hastaların “Klinik Durum” alt boyutundan aldıkları puanlar “ekonomik” alanda etkisi olmadığını düşünenlere göre anlamlı derecede düşüktür ($p=0,028$). COVID- 19’ un “her konuda” hayatlarını etkilediğini ifade eden hastaların BSB toplam puan ve “Klinik Durum” ve “Kişisel Yaşama Durumu” alt boyutlarından aldıkları puanlarının anlamlı derecede düşük olduğu görüldü ($p<0,05$). Ancak, diğer alt boyutlarda ve alanlarda anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$). COVID-19; sosyal izolasyon, ölüm korkusu, kaygı bozukluğu gibi sonuçları doğurduğundan sosyal alanda yaşamını etkilemesi hem hastanın bireyselliğini hem de klinik durumunu etkilediği düşünülebilir.

Hastane yatışı sırasında hemşirelerin birebir kendileriyle ilgilendiğini düşünen hastaların BBS toplam puanı ve alt boyutlarından aldıkları puanlar, anlamlı derecede yüksekti. Benzer şekilde; hemşirelerin kendileriyle bire bir ilgilenmesinin önemli olduğunu düşünen hastaların ölçek ve alt boyut puanlarından aldıkları puanların da anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı. Aynı zamanda, hemşireler tarafından verilen bakımı yeterli bulan hastaların ölçek ve alt boyut puanlarından aldıkları puanların da anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Bekmezci’ye (2019) göre hemşirelerin kendileriyle bire bir ilgilendiğini düşünen hastaların bakım algularının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bireyselleştirilmiş bakımın önemli olduğunu düşünen, bakım alan ve bu bakımdan memnun olan hastaların bireyselleştirilmiş bakım puanlarının yüksek çıkması literatür tarandığında çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Bozkuş'a (2019) göre hastaların hemşirelik bakımını algılamaları, tedavi ve bakımdan duyulan memnuniyet düzeyi, daha önce hastanede yatış durumu, eğitim durumu ve cinsiyet gibi değişkenlerden etkilenmektedir. Çalışmada aldığı tedavi ve bakımdan memnun olan hastaların hemşirelik bakımını algılamalarının, memnun olmayanlara göre daha olumlu olduğu saptanmıştır. Literatür araştırmalarında bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyetini arttırdığı görülmüştür. Bu yönden literatürle paralellik göstermektedir.

5.2.2. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Ortalamasına İlişkin Tartışma

Pandemi dahiliye kliniğinde çalışan hemşirelerin "BBS-Hemşire" ölçeği toplam puan ortalamaları $3,87\pm 1,05$ idi (Tablo 4.8.). Bireyselleştirilmiş bakım skalasından alınabilecek en yüksek madde toplam puan ortalamasının 5.0 olduğu göz önüne alındığında, pandemi servisinde bakım veren hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu bulgu, Kavaslar'ın (2021) yaptığı çalışmada ölçek toplamında ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Şabanoğlu'na (2020) göre $4,10\pm 0,70$, Altunışık'ın (2019) çalışmasında $4,42\pm 0,44$, Bekmezci'nin (2019) çalışmasında $3,88\pm 0,90$ iken, Can ve Acaroğlu'na (2015) göre $3,88\pm 0,66$ olarak belirlenmiştir. Yapılan çalışma sonuçlarına göre hemşirelerin, hastalara bireyselleştirilmiş bakım sunumunda bireyselliği algılama düzeyleri yüksek olup, çalışmamızda elde edilen bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarına ilişkin alt boyutlar incelendiğinde; hemşirelerin, "Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası" nın "Klinik Durum" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $3,98\pm 1,10$, "Kişisel Yaşam Durumu" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması $3,64\pm 1,09$ ve "Karar Verme Kontrolü" alt boyutundan aldıkları puan ortalaması ise $3,90\pm 1,11$ olarak saptanmıştır. Bekmezci'nin (2019) çalışmasında ise alt boyut puanları; "Klinik Durum" $3,96\pm 0,95$, "Karar Verme Kontrolü" $3,93\pm 0,99$, "Kişisel Yaşam Durumu" $3,65\pm 0,89$ olarak belirlenmiştir. Rose'un (2016) çalışmasında "Karar Verme Kontrolü" $4,66\pm 0,42$, "Klinik Durum" $4,64\pm 0,37$, "Kişisel Yaşam Durumu" $4,31\pm 0,40$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin kendi içindeki puanlama sistemi göz önünde bulundurulduğunda; hemşirelerin BBS toplam ve alt boyutlarında puan ortalamalarının yüksek olduğu söylenebilir. Buna göre; hemşirelerin hasta bireyin inanç ve değerlerini yansıtan yaşam alışkanlıkları, günlük yaşam

aktiviteleri, bireysel tercihleri ve sosyal çevre ile ilişkilerinin yanı sıra hastanede yatış deneyimi alanlarında hastanın bireyselliğini önemsedikleri ve bu durumu hemşirelik bakım sürecine yansıttığı söylenebilir. “Karar verme kontrolü” alt boyutu puanına bakıldığında; hemşirelerin hastaların duygu, düşünce ve isteklerini önemseyerek bireyin bakım sürecine dahil edilmesini ve bakım sürecinde söz sahibi olması gerektiği görüşünü desteklediği söylenebilir. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hemşirelerin, hasta bireye bakım sunarken bütüncül bir görüş çerçevesinde bireye özgü bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı sunmanın önemini kavradıkları ve bireyselleştirilmiş bakım sunmayı destekledikleri; bireyin bakım sürecine dahil edilerek bakımı konusunda söz sahibi olmalarını destekledikleri söylenebilir.

Hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası” ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Benzer şekilde, Bekmezci’nin (2019) çalışmasında “yaş”, “eğitim durumu”, “toplam çalışma yılı” ve “haftalık çalışma saati” gibi demografik değişkenlerle hemşirelerin çalışma özelliklerine ilişkin değişkenler ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Araştırmada, hemşirelerin “medeni durumu” nun BBS toplam puanı ve “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyutu ile anlamlı derecede ilişkili olduğu saptandı. “Bekâr” hemşirelerin BBS toplam puanı ve “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyut puanı, “evli” hemşirelere göre yüksek bulundu ($p<0,05$). Evli ve çocuk sahibi katılımcılarda bireyin sosyoekonomik çevresi ile ilişkili sorunlarının, kişinin iş yaşamına yansıtılabileceği ve işe yönelik odağını etkileyebileceği düşünülebilir.

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin, BBS toplam puanı ve “Klinik Durum” ve “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyutlarından aldıkları puanlar, mesleği isteyerek seçmeyen hemşirelere göre anlamlı derecede yüksekti ($p<0,05$). Bu doğrultuda, mesleği isteyerek seçen hemşirelerin uyguladıkları hemşirelik bakımı sırasında hastanın bireyselliğini destekleme ve hastanın bakımını bireyselleştirme algılarının yüksek olduğu söylenebilir. Bu durumun, mesleği isteyerek seçen hemşirelerin çalışma motivasyonlarının yüksek olması ve hemşirelik mesleğini benimsemiş olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışma şekli değişkeni ise, yalnızca “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyutu ile anlamlı derecede farklılık gösterdi ($p<0,05$). 08:00- 16:00 vardiya şeklinde çalışan hemşirelerin “Kişisel Yaşam Durumu” alt boyutu puanlarının diğer vardiyada çalışan hemşirelere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Bekmezci'nin (2019) çalışmasında hemşirelerin çalışma durumuna göre BBS- Hemşire toplam ve alt boyut puanlarına bakıldığında; “gündüz” vardiyasında çalışan hemşirelerin toplam puan ortalaması, hem “gece” hem de “gündüz” vardiyası şeklinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu yönüyle çalışmamızın literatür ile uyumlu olduğu söylenebilir. Ancak Bekmezci'nin (2019) çalışmasında, “kişisel yaşam durumu” alt boyut puanı “çalışma durumu” değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde Suhonen ve ark.'nın (2011) çalışmasında hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı “çalışma şekli” değişkenine göre anlamlı farklılık göstermiştir. “Gündüz” vardiyasında çalışan hemşirelerin “karar verme” alt boyutu puanlarının yüksek olmasının, “gündüz” vardiyasında çalışan hemşire başına düşen hasta sayısının daha az olmasından ve hasta başına ayrılan sürenin daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Hemşirelerin çalıştıkları kliniğin özellikleri ile BBS toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

5.3. Çalışmaya Katılan Hasta ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Tartışma

Tablo 4.11’de belirtildiği üzere hemşire ve hasta Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. BBS toplam ($p=0,23$), klinik durum ($p=0,06$), kişisel yaşam durumu ($p=0,27$), karar verme kontrolünde ($p=0,97$) hasta ve hemşireler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Hastaların ve hemşirelerin BBS ölçek ortalamaları sonucu, hasta ve hemşirelerin puan ortalamalarının istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır. “Klinik durum” alt boyutu puanı benzer ve yüksek, “Kişisel yaşam” alt boyutu ortalaması benzer ve yüksek, “Karar verme kontrolü” alt boyutunun hastaların daha yüksek olduğu saptanmakla beraber yüksek bulunmuştur. Bu bulgular sonucunda BBS-Hasta ve BBS-Hemşire sonuçlarının farklılaşmadığını ve

hemşirenin ifade ettiğini hastanın anladığını ve hastanın kendi bakımında bireyselliği deneyimlemesi ve hemşirenin bireyselliği denetmesi aynı seviyede bulunmuştur.

Özakgöl ve ark.'nın (2022) çalışmasında hastaların kendilerine sunulan bakımda bireysellik algılarının, hemşirelerin algılarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Bekmezci'nin (2019) çalışmasında, hastaların ölçek puan ortalamalarının, hemşirelerin puan ortalamalarından istatistiksel açıdan yüksek olduğu saptanmıştır.

Altınışik'a (2019) göre hastaların bireyselliklerini destekleyen eylemlerin farkına varmalarının "BBS-B" ölçek puan ortalamasının hemşirelere göre daha düşük olduğunu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır.

BBS-Hasta puan ortalamalarının, BBS-Hemşire puan ortalamasına "Klinik Durum", "Kişisel Yaşam Durumu" ve "Karar Verme Kontrolü" alt boyutlarında yakın olması hemşirenin bakıma destek olup, hastayı desteklemesi ve hastaların kendi bakımında bireyselliği algılaması ve deneyimlemesi aynı seviyededir. "Karar verme kontrolü" alt boyutu ufak bir fark ile daha yüksek bulunmuştur. Buna göre hastalar kararlara daha fazla katılım gösterdiklerini belirtmişlerdir. Fakat çalışmaya katılan hemşire sayısı, hasta sayısına oranla daha düşük olduğundan fark önem göstermemekle birlikte çalışmaya katılan hemşire ile hasta grubu arasındaki bu farkın eğitim seviyesi ile ilişkili olduğu da düşünülebilir. Hemşireler, lisans eğitimi süresince hasta bakımı, kişiye özgü hemşirelik bakım uygulamaları alanlarında eğitim almaktadırlar. Bu eğitim, hastalara yönelik yaklaşımı belirlediğinden, hemşirelerin öz eleştiride bulduklarını görmekteyiz. Hastaların çoğunluğu eğitim durumu olarak ilköğretim- ortaöğretim grubundaydı. Hastaların hemşirelerden beklentilerinin araştırma sonucuna göre çoğunlukla bakım olmadığını görmekle birlikte bu durumun hemşirelik bakım hizmetlerinin doğru algılanmamış olması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda hemşirelerin iş yükü nedeniyle etkin olarak hemşirelik bakımı sunamaması nedeniyle hastaların beklentilerinin de bu yönde şekillenmiş olabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya katılan bireyleri hizmet kalitesi üzerinden özetleyecek olursak; hizmet algılayan ve hizmeti sunanın hizmeti aynı seviyede puanladıkları görülmektedir.

6. SONUÇLAR

Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmektedir:

- Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta alt boyut puanlarının ve toplam puanının cinsiyet, medeni durum, çocuk olup olmama, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, yaşama yerine göre kıyaslanmasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu.
- Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta alt boyut puanlarının ve toplam puanının yaşadıkları yere göre kıyaslanmasında, klinik durum ve karar verme kontrolü yaşama yerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekle birlikte, kişisel yaşam durumu ve ölçek toplamına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi.
- Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta alt boyut puanlarının ve toplam puanının tedavi görme nedenini bilme durumu, kronik hastalıkları olup olmama durumu, daha önce hastanede yatma durumu, kliniğe gelme durumu, yanında refakatçi olma durumu, bu hastalığın yaşantılarını etkileme durumu kıyaslanmasına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi.
- Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta alt boyut puanlarının ve toplam puanlarının hemşirelerin sizinle birebir olarak ilgilenmesi önemli olup olmaması durumuna kıyaslanmasına göre, hemşirelerin birebir olarak ilgilenmesinin önemli olduğu durumda istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek bulundu.
- Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta alt boyut puanlarının ve toplam puanlarının hemşirelik bakımının yeterli olup olmaması durumuna göre, hemşirelik bakımının yeterli olduğu durumda istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde daha yüksek bulundu.
- Hemşirelerin, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire toplam puanının ve alt boyut puanlarının cinsiyet, eğitim durumu, çocuk olup olmama durumu ve isteyerek meslek seçme durumunun kıyaslanmasına

göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

- Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire toplam puanının ve alt boyut puanlarının medeni durumuna göre kıyaslanmasına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterirken, diğer alt boyutlar istatistiksel açıdan anlamlı değişim göstermemiştir.
- Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire toplam puanının ve alt boyut puanlarının çalışma şekline göre kıyaslanmasında kişisel yaşam durumu çalışma şekline göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterirken, diğer alt boyutlar ve ölçek toplamı çalışma şekline göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemiştir.
- Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta toplam puanının ve alt boyut puanlarının hastalarla birebir ilgilenme durumuna göre kıyaslanmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemektedir.
- Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire alt boyut puanları ve toplam puanlarının hemşire ve hastalar arasındaki kıyaslaması göre, klinik durum, kişisel yaşam durumu, karar verme kontrolü ve ölçek toplamı hasta ve hemşireler arasında anlamlı farklılık göstermemektedir.

7. ÖNERİLER

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım hakkında görüşlerinin araştırmalarla belirlenmesi,
- Hemşirelerin bireysel bakım vermelerinin önündeki engellerin kaldırılması,
- Hemşirelerin desteklenerek, bireysel bakım için güncel eğitim planlamalarının yapılması,
- Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım konusundabilimsel programlara katılması konusunda teşviklerin artırılması,
- Farklı kliniklerde bireyselleştirilmiş bakım ile ilgili kıyaslanmalı araştırmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Acaroğlu, R., Şendir, M., Kaya, H., Soysal, E.** (2007). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesine etkisi. *İ. Ü. F. N. Hem. Derg.*, 15(59), 61-67.
- Acaroğlu, R.** (2010). Bireyselleştirilmiş bakım. 1. Temel Hemşirelik Bakım Kongresi Bildiri Kitabı; 21-23 Ekim 2010, İzmir.
- Acaroğlu, R., Şendir, M.** (2012). Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirme Skalaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 10-16.
- Ai, T., Yang, Z., Hou, H., Zhan C., Chen, C., Lv W., et al.** (2020). Correlation of Chest CT and RTPCR Testing in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in China: A Report of 1014 Cases. *Radiology*, 200642.
- Akın, S., & Erdoğan, S.** (2007). The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 646-653.
- Altın, Z.** (2020). Covid-19 Pandemisinde YaŐlılar. *Tepecik Eğit. ve AraŐt. Hast. Dergisi*, 30(Ek sayı), 49-57. Doi:10.5222/terh.2020.93723.
- Altıok, H. Ö., Őengün, F., & Üstün, B.**, (2011). Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylöl Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 137-40.
- AltınŐık, M.** (2019). *Onkoloji Kliniğinde Hasta ve Hemşire Bakış AçıŐıyla Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya.
- Apay, S, E., & Arslan, S.** (2009). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8, 239-44.
- Arslan, Ç., & Kelleci, M.** (2011). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 1.
- Arslan, S., Nazik, E., Tanrıverdi, D., & Gürdil, S.** (2012). Determining the level of satisfaction of patients in nursing care and health services. *TAF Prev Med Bull*, 11, 717-24.

- Arslan, İ., & Bayar, İ.** (2020). Covid-19 Salgını, Ekonomik Etkileri ve Küresel Ekonominin Geleceği. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19, 87-104.
- Aslan, R.** (2020). Tarihten günümüze pandemiler ve Covid-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(85), 35-41.
- Ateş, T., Önal, B., Kaptan, D., Kurt, Y., & Öztürk, Y.** (2021). COVID-19 Tanısı Olan Hastanın Uluslararası Hemşirelik Uygulaması Sınıflandırma Sistemine Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Güncel Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 32-43.
- Ay, F, A.** (2013). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler; Mesleki Temel Kavramlar*. Nobel Tıp Kitabevleri. 5. Baskı.
- Aydın, M., & Kaşıkçı, M.** (2019). Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 21(3), 14 -24.
- Bahar, A., & Buldak, C.İ.** (2020). Yoğun Bakımda Covid-19 Tanılı Hastanın Hemşirelik Yönetimi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 78-84.
- Bakan, S.** (2020). Covid-19 Pandemi Krizinin Ekonomi ve Finansal Piyasalara Etkileri. *International Social Sciences Studies Journal*, 6(64), 2640-2652.
- Barış, N., & Karabacak, Ü.** (2013). Yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının hemşirelik rolünü algılamaları, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3, 131-137.
- Baykara, Z.G.** (2014). Hemşirelik Bakımı Kavramı. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(2), 92-99.
- Bayraktar, D., & Eşer, İ.** (2017). Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 188-94.
- Bekmezci, E.** (2019). *Hasta Ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı , Konya.
- Bekaroğlu, E., & Yılmaz, T.** (2020). COVID-19 ve psikolojik etkileri: Klinik psikoloji perspektifinden bir derleme. *Nesne*, 8(18), 573-584. DOI: 10.7816/nesne-08-18-14.
- Bektaşoğlu, B.** (2022). *Alt Ekstremitte Cerrahisi Geçiren Bireylerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısının Konfor Düzeyi Üzerine Etkisi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: Eskişehir Üniversitesi, Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir.

- Berg, A., Idvall, E., Katajisto, J., & Suhonen, R. A.** (2012). Comparison Between Orthopaedic Nurses And Patients Perception Of Individualized Care. *International Journal Orthopaedic Trauma Nursing*, 16(3), 136Y146.
- Berwick, C. R.** (2013). [Foreword: A Bird's-Eye View of Human Language and Evolution.](#)
- Birimoğlu, C., & Ayaz, S.** (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 40-48.
- Biol, L.** (2013). *Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım.* Berke Ofset Matbaacılık, İstanbul.
- Can, Ş., & Acaroğlu, R.** (2015). Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1), 32-40.
- Can, Ş.** (2013). **Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi.** Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Programı, İstanbul.
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S.C., & Di Napoli, R.** (2020). *Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19).* StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Çevirme, A. Ve Kurt, A.** (2020). COVID-19 PANDEMİSİ VE HEMŞİRELİK MESLEĞİNE YANSIMALARI. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 7(5), 46-52.
- Çoban, G., & Kaşıkçı, M.,** (2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılamaları. *İ. Ü. F. N. H. Y. O. Dergisi*, 16(63), 165-171.
- Çopur, Ö. E., Can, Z., Karasu, F., & Çam H. H.** (2020). Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım Algısına Yönelik Yapılmış Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 3(2), 38-43.
- Darzi, A.** (2008). *High quality care for all: NHS next stage review final report.* Norwich: TSO.
- Demir, Y., Arslan, G. G., Eşer, İ., & Khorshid, L.** (2011). Bir eğitim hastanesinde hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin incelenmesi, *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 19, 69.
- Di Giuseppe, M., Miniati, M., Miccoli, M., Ciacchini, R., Orrù, G., Lo Sterzo, R., Di Silvestre, A., & Conversano, C.** (2020). Defensive responses to stressful life events associated with cancer diagnosis. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(1). Doi: 10.6092/2282-1619/ mjcp-2384.

- Döner, N. H., Yıldırım, Y., Aykar, Ş, F., & Fadiloğlu, Ç.** (2021). İnsan Bakım Modelinin Hemşirelik Bakımında Kullanımı: COVID 19. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 227-234.
- Erdal, A.** (2021). *Yoğun Bakımdaki COVID-19 Tanısı ile Yatan Hasta Semptomları, Bakım Bağlılığı ve Hemşirelik Tanılarının İncelenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Gaziantep.
- Eyigün, P. G. (2005).** Ortaya Çıkışından Bugüne SARS: Güncel Durum. *Flora*; 10(3), 108-118.
- Eşer, İ., Orkun, N., & Çetin, P.** (2017). Hemşirelik İmajı ve 1950’li Yıllarda Bir Seri İlan. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 275-78.
- Eyigün, S.** (2005). Bireysellik ve birey olma düşüncesinin sanattaki yansıması ve bir roman. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(9), 213-220.
- Göçmen, Baykara., Z. Ve Eyüpoğlu, G.** (2020). COVID-19 PANDEMİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Özel Sayı, 9-17.
- Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., & Şentürk, A.** (2014). Hemşirelerin Profesyonel Değerleri ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 137-42.
- Gök, F., & Zencir, G.** (2022). COVID-19 Virüs ile Enfekte Olan Bir Hastanın Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 5(1), 78-81.
- Green, A.** (2004). Caring behaviors as perceived by nurse practitioners. *Journal of the Academy of Nurse Practitioners*, 16(7), 283-290.
- Gül, Ş., & Dinç, L.** (2018). “Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakımına Yönelik Algılarının İncelenmesi”. *Huhemfad-Johufon*, 5(3), 192-208.
- Henderson V.** (1964). The nature of nursing. *American Journal of Nursing*, 64(8), 62-68.
- He, J-L., Luo, L., Luo, Z-D., Lyu, J-X., Ng, M-Y., Shen, X-P., et al.** (2020). Diagnostic Performance Between CT and Initial Real-Time RT-PCR for Clinically Suspected 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Patients Outside Wuhan, China. *Respiratory Medicine*, 105980.
- Hiçerimez, A., & Enç, N.** (2021). COVID-19'un Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkileri ve Hemşirelik Bakımı. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(27), 59-67.
- Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroğlu, R., Antuness da Luz, MD., Efstathiou, G., Kalafati, M., Kanan, N., Kilpi, HL., Lemonidou, C., Papastavrou, E., Sendir,**

- M., & Suhonen, R.** (2012). Nurses' Sociodemographic Background and Assessments of Individualized Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 284-293.
- Kahvecioğlu, Y.** (2021). *COVID-19 Nedeniyle Hastanede Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımı ve Hemşirelik İmajına Yönelik Algılarının Değerlendirilmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kaplan, C. B.** (2015). *Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Alguları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Karasu, F., & Çopur, E. Ö.** (2020). COVID-19 vakaları artarken salgının ön safındaki bir yoğun bakım hemşiresi: "Cephede duran kahramanlar". *Yoğun Bakım Hemşire Dergisi*, 24(1), 11-14.
- Karayurt, Ö., Ursavaş, E. F., İşeri, Ö.** (2018). Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Verme Durumlarının ve Görüşlerinin İncelenmesi. *Artvin Çoruh Üniversitesi Dergisi*, 9(2), 163-69.
- Kavaslar, İ.** (2021). *Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Alguları İle Çalışma Özellikleri Arasındaki İlişki*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, İstanbul.
- Kavurmacı, M., & Demirel, B. C.** (2021). COVID-19 and Nursing Care/COVID-19 ve Hemsirelik Bakımı. *Journal of Education and Research in Nursing*, 18(S1), 14-20.
- Kızıltan, B., & Usta, A.**, (2020). COVID-19 hastalığı ve hemşirelik bakımında örnek bir model: olgu sunumu. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 29(6), 446-455.
- Kurşun, Ş.** (2010). *Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması*. Yayınlanmış Doktora Tezi: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Lauer, S. A., Grantz, K. H., Bi, Q., Jones, F. K., Zheng, Q., Meredith, H. R., & Lessler, J.** (2020). The incubation period of coronavirus disease 2019 (Covid-19) from publicly reported confirmed cases: estimation and application. *Annals of internal medicine*, 172, 577-582.

- Metin, Z. G.** (2020). COVID-19 Hastalığının Fizyopatolojisi ve Holistik Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7 (Özel Sayı), 15-24.
- Midilli, T. S., Kırmızıoğlu, T., Kalkım, A.** (2017). Affecting factors and relationship between patients' attitudes towards the nursing profession and perceptions of nursing care in a university hospital. *JPMA*, 67, 1059-1064.
- Öz, F.** (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. Mattek Matbaacılık. 4. Bölüm.
- Özalgül, A. A., Acaroğlu, R., Şendir, M., Atar, N. Y., & Eskimez, Z.** (2022). Hastaların ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının Değerlendirilmesi. *JAREN*, 8(1), 20-28, doi:10.55646/jaren.2022.55376
- Özkan, H. A., & Bilgin, Z.** (2016). Hemşireliğin Felsefi Özü İyileştirme ve İyileştirici Bakım Yöntemleri. *HSP*, 3(2), 191-200.
- Özkan, Arslan, İ. Ve Okumuş H.** (2012). Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(2), 61-72.
- Özlu, Z. K., & Uzun, Ö.** (2015). Evaluation of satisfaction with nursing care of patients hospitalized in surgical clinics of different hospitals. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 19.
- Öztunç, G.** (2013). *Hemşireliğin Doğası. Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul.
- Öztürk, H., Demirsoy, N., Sayligil, O., & Florczak, K. L.** (2020). Patients' perceptions of nursing care in a university hospital. *Nurs Sci Q*, 33(1), 12-18.
- Öztürk, P.** (2022). *Abdominal Cerrahi Geçiren Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Zonguldak.
- Pektekin, Ç.** (2013). *Hemşirelik Felsefesi. Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar*. İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Pettigrew, E.** (1983). *The Silent Enemy: Canada and The Deadly Flu of 1918, Saskatchewan*, Western Producer Praire Books.
- Radwin, L. E., & Alster, K.** (2002). Individualized Nursing Care: An Empirically Generated Definition. *International Nursing Review*, 49(1), 54-63.

- Ramage-Morin, P. L., & Polsky, J. Y.** (2020). Health-related concerns and precautions during the COVID-19 pandemic: A comparison of Canadians with and without underlying health conditions. *Health Rep.*, 31(5), 3-8.
- Rasouli, Z., Zerehdaran, S., Azari, M. A., Shargh, M. S.** (2013). Genetic polymorphism of the CAPN1 gene is associated with meat quality traits in Japanese quail. *British Poultry Science*, 54(2), 171– 175, <http://dx.doi.org/10.1080/00071668.2013.770128>.
- Rose, P. M.** (2016). Individualized Care in the Radiation Oncology Setting from the Patients' and Nurses' Perspectives. *Cancer Nursing*, 39(5), 411-22.
- Rubin T.D., Abreu, T.m., Rai, V., Siegel, A.C.** (2020). Management of Patients with Crohn's Disease-2019 Pandemic: Results of an International meeting. *Gastroenterology*, 159, 6-13.
- Sabuncu, N., İlhan, S. E.** (2009). *Hemşirelikte Temel Kavramlar, Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. Editör: Prof. Dr. Necmiye Sabuncu. Alter Yayıncılık.
- Shurique, M., While, A., & Fitzpatrick, J.** (2008). Nursing Work in Jordan: An Example of Nursing Work in the Middle East. *Journal Of Clinical Nursing*, 17, 999-1010.
- Suhonen, R., Valimaki, M., & Leino-Kilpi, H.** (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 283–292.
- Suhonen, R., Välimäki, V., & Leino-Kilpi, H.** (2005b). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 283–292.
- Suhonen, R., Valimaki, M., & Leino-Kilpi, H.** (2009). The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1637-1649.
- Suhonen, R., Gustafsson, M., Katajisto, J., et al.** (2010). Individualised Care Scale – Nurse Version: A Finnish Validation Study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 145– 154.
- Suhonen, R., Land, L., Valimaki, M., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., et al.** (2010a). Impact of patient characteristics on orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualised nursing care. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 8(4), 259–267.
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., & Merkouris, A.** (2011). Patient satisfaction as an

outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 372-380.

Şabanoğlu, G. (2020). *Hemşirelerin Eleştirel Ve Yaratıcı Düşünme Becerileri İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul.

Sendir, M., Büyükyılmaz, F., Yazgan, İ., Bakan, N., Mutlu, A., & Tekin, F. (2012). Ortopedi Ve Travmatoloji Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Deneyim Ve Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Journal Of Nursing*, 20(1), 35-42.

Şenkalfa, B.P. (2020). *Covid-19 Pandemisi Sırasında Kistik Fibrozisli Çocuk Hastaların ve Ailelerinin Kaygı Durumlarının Anketle Değerlendirilmesi ve Hastaların Klinik Durumu İle İlişkisinin İncelenmesi*. Yayınlanmış Uzmanlık Tezi: Gazi Üniversitesi, Gazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Ankara.

Şişe, Ş. (2013). Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14, 69-75.

Tan, U. N. (2006). *Cerrahi Hastalarının Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Taylor, S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Cambridge Scholars Publishing.

TDK (2017a) Türk Dil Kurumu, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=47238.

TDK (2017b) Türk Dil Kurumu, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=47232.

Tekin, F., & Fındık, U. Y. (2015). Level of perception of individualized care and satisfaction with nursing in orthopaedic surgery patients. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 34(6), 371–374.

Terzioğlu, F. (2020). COVID-19 Sürecinde Sağlık Sistemlerinin Zorlukların Üstesinden Gelebileme Kapasitesinin Geliştirilmesi ve Hemşireler ile Diğer Sağlık Profesyonellerinin Güçlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 14(COVID-19), 76-83.

Tilev, S., & Beydağ, K. D. (2014). Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 140-47.

- Tolasa, A. G. T., & Akyol, A.** (2020). Covid-19 Tanılı Hastanın Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli'ne Göre Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 24(3), 184-189.
- Tong, Z.D., Tang, A., Li, K.F., Li, P., Wang, H.L., Yi, J. P., Zhang, Y. L., Yan, J.B.** (2020). Potential Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2, *Emerging Infectious Diseases*, 26(5), 1052.
- Ulaşlı, S. S.** (2020). *Covid-19 Pandemisinden Öğrendiklerimiz, Gelecek Öngörülerini Ve Yarının Planlanması*. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, Editörler: Prof. Dr. Güntülü Ak, Prof. Dr. Ülkü Yılmaz.
- Uzun, G.** (2009). *Mastektomi Ameliyatı Olan Hastalarda Postoperatif Dönemde Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyeti ve Bireyin Sosyodemografik Özellikleri ile İlişkinin Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi: Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Edirne.
- Üstün, Ç., & Özçiftçi, Ç.** (2020). COVID-19 Pandemisinin Sosyal Yaşam ve Etik Düzlem Üzerine Etkileri: Bir Değerlendirme Çalışması. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(Özel Sayı 1), 142-153.
- Wanless, D.** (2002). *Securing our future health: taking a long-term view*. London: HM Treasury.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C.** (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>.
- Wang, Y., Zhang, D., Du, G., Du, R., Zhao, J., Jin, Y., et al.** (2020). Remdesivir In Adults With Severe Covid-19: A Randomised, Double-Blind, Placebo- Coontrolled, Multicentre Triol. *Lancet*, Apr 29. Doi: 10.1016/S0140-6736(20)31022-9.
- Yalçın, N. & Aştı, T.** (2011). Hemşire-Hasta Etkileşimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 54-59.
- Ye, Z., Zhang, Y., Wang, Y., Huang, Z., Song, B., & Chest, C.T.** (2020). Manifestations of New Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Pictorial Review. *European Radiology*, 1-9.

- Yılmaz, FA., Şentürk, Ş., Yalçın, P., Başoğlu, Ş.S.** (2018). Hastaların hemşirelik bakımını algılayış düzeylerinin belirlenmesi. *Göller Bölgesi Aylık Hakemli Ekonomi ve Kültür Dergisi*, 5(59), 61.
- Zhao, HS., Akkadechanunt, T., & Xue, XL.** (2008). Quality nursing care as perceived by nurses by nurses and patients in a Chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1722-1728.
- Zoralioğlu, M.** (2020). *COVID-19 Tanısı ile İnterne Edilen 30-50 yaş Arası Hastalarda Cinsiyetin Prognoz Üzerine Etkisi ve Bunu Etkileyen Diğer Faktörler*.Yayınlanmış Uzmanlık Tezi; T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul.
- URL-1** <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid19rehberigenelbilgiler/epidemi-yolojivetanipdf.pdf>, Erişim tarihi:10.02.2022
- URL-2** https://news.google.com/covid19/map?hl=tr&gl=TR&ceid=TR%3Atr&mid=%2Fm%2F01znc_, Erişim tarihi: 26.05.2022.
- URL-3** **deparment of health. The depar plan: a plan for investment, a plan for reform. CM 4818-1.** Norwich: HMSO www.england.nhs.uk.

EKLER

EK A: Hasta Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu araştırma; yüksek lisans tezi olarak “**Dahiliye Kliniklerinde Yatan COVID-19 Tanılı Hastaların ve Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı'nın**” incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu formda ve Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-B-Hasta versiyonunda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz bireyselleştirilmiş bakımın öneminin belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Anketi cevaplandırmanız yaklaşık 10 dakika sürecektir.

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece bu çalışma kapsamında kullanılacaktır.

Lütfen hiçbir soruyu cevaplamadan geçmeyiniz. Katkı ve duyarlılığınız için şimdiden *TEŞEKKÜR EDERİM*.

Hem. Seçil BULUT

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

1- Yaşınız:

2- Cinsiyet:

1. Kadın

2. Erkek

3- Medeni durumunuz:

1. Evli

2. Bekâr

4- Çocuğunuz var mı?

1. Evet

2. Hayır

5- Cevabınız ‘Evet’ ise çocuk sayınız?

6- Eğitim durumu:

1. İlköğretim-Ortaöğretim

2. Lise

3. Üniversite ve üstü

7- Meslek:

1. () Çalışıyor
2. () Çalışmıyor

8- Maddi durum

1. () Gelir giderden az
2. () Gelir gidere eşit
3. () Gelir giderden fazla

9- Yaşadığınız yer:

1. () İl
2. () İlçe
3. () Kasaba
4. () Köy

-Hastalığa İlişkin Faktörler

1- Hastanede neden tedavi gördüğünüzü biliyor musunuz?

1. () Evet
2. () Hayır

2- Şu anki hastalığınız dışında başka hastalıklarınız (kronik hastalık) var mı?

1. () Evet
2. () Hayır

3- Cevabınız 'Evet' ise bunlar nelerdir?

1. DM (Diabetes Mellitus)
2. HT(Hipertansiyon)
3. KOAH(Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)-Astım
4. KBY (Kronik Böbrek Yetmezliği)
5. KKY(Kronik Kalp Yetmezliği)
6. KAH(Koroner Arter Hastalığı)
7. Diğer

4- Daha önce hastanede yattınız mı?

1. () Evet
2. () Hayır

5- Cevabınız evet ise kaç defa hastanede yattınız? (.....)

6- Bu kliniğe nasıl geldiniz?

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

7- Yanınızda refakatçınız var mı?

1. Var
2. Yok

8- Bu hastalık yaşantınızı etkiledi mi?

1. Evet
2. Hayır

9- Cevabınız evet ise ne yönde etkiledi?.....

1. Sosyal
2. Psikolojik
3. Ekonomik
4. Aile
5. Diğer

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

1. Evet
2. Hayır

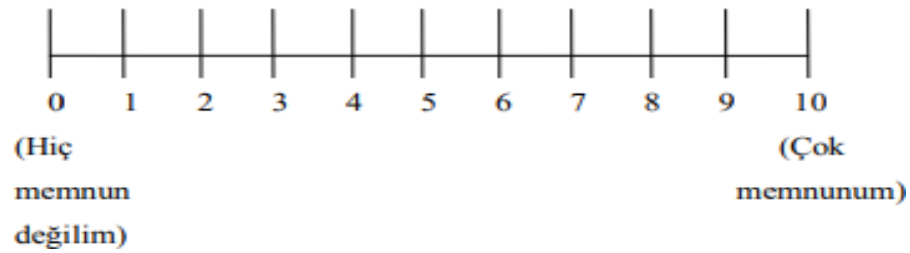
11-Size göre hemşirelerin sizinle bire bir olarak ilgilenmesi önemli midir?

1. Evet
2. Hayır

12-Sizce verilen hemşirelik bakımı yeterli midir?

1. Evet
2. Hayır

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



14. Hemşirelik bakımından beklentinizi kısaca bir cümle ile belirtir misiniz?

.....

EK B: Hemşire Kişisel Bilgi Formu

Değerli Meslektaşım,

Bu araştırma; yüksek lisans tezi olarak “**Dahiliye Kliniklerinde Yatan COVID-19 Tanılı Hastaların ve Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı'nın**” incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu formda ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire versiyonu ile ilgili sorular yer almaktadır. Bu sorulara doğru ve tam cevap vermeniz bireyselleştirilmiş bakımın önemini belirlenmesine katkı sağlayacaktır. Anketi cevaplandırmanız yaklaşık 10 dakika sürecektir. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece bu çalışma kapsamında kullanılacaktır.

Lütfen hiçbir soruyu cevaplamadan geçmeyiniz. Katkı ve duyarlılığınız için şimdiden *TEŞEKKÜR EDERİM*.

Hem. Seçil BULUT

Haliç Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN

Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Bölümü

I. Sosyodemografik Özellikler

1- Yaşınız:.....

2- Cinsiyet:

1. Kadın

2. Erkek

3- Eğitim durumu:

1. Lise/ Önlisans

2. Lisans

3. Yüksek Lisans veya Doktora

4- Medeni durum:

1. Evli

2. Bekar

5- Çocuğunuz var mı?

5. Evet

6. Hayır

6- Cevabınız ‘Evet’ ise çocuk sayınız?

7- Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?

1. Evet

2. Hayır

II. Çalıştığı Kliniğe İlişkin Özellikler

1- **Toplam çalışma süreniz:.....**

2- **Bu klinikte çalışma süreniz:.....**

3- **Haftalık çalışma saatiniz (ortalama):**

4- **Günlük bakım verdiğiniz ortalama hasta sayısı?.....**

5- **Çalışma Şekliniz:**

1. Gündüz vardiyası

2. Gece vardiyası

3. Her ikisi

6- **Hastalar ile bire bir olarak ilgilenmeniz önemlidir.**

1. Evet

2. Hayır

7- **Yatışları sırasında hastalar ile bire bir olarak ilgilenir misiniz?**

1. Evet

2. Hayır

8- **Sizce hemşirelerin verdiği bakım yeterli midir?**

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

2. Hayır

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

1. Hemşirelerin istediği serviste çalışmaması

2. Günlük bakılan hasta sayısının fazla olması

3. Serviste çalışan hemşire sayısının yetersiz olması

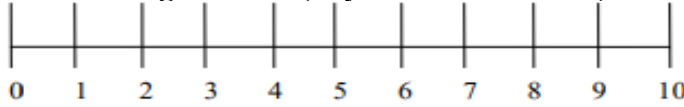
4. Hasta bakımı dışında servisin iş yükünün fazla olması

5. Bakım için yeterli zamanın olmaması

6. Hastanın bakım beklentisinin olmaması

7. Diğer.....

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



(Hiç
memnun
değilim)

(Çok
memnunum)

11. **Hemşirelik bakımı sizde ne çağırıyor? Hemşirelik bakımından beklentinizi bir cümle ile belirtir misiniz?**

.....

EK C: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta

		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
B01	Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B02	Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B03	Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım.	1	2	3	4	5
B04	Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B05	Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B06	Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular.	1	2	3	4	5
B07	Bakımım sırasında, hastalığının 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 D: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire

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

EK E: Gönüllü Bilgilendirme Formu (Hastalar İçin)

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

Bu araştırmaya, katılmama veya katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışmanın uygulanması sırasında bakım ve tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.
Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım.

Sorumlu araştırmacılar:
Hemş. Seçil BULUT
Haliç Üniversitesi, Yetişkin Acil Tıp Kliniği.

Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN
Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü.

Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası:

EK F: Gönüllü Bilgilendirme Formu (Hemşireler İçin)

Değerli meslektaşımız,

‘Dahiliye Kliniklerinde Yatan COVID-19 Tanılı Hastaların ve Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı’ isimli araştırmayı yapmayı planlamaktayız. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra araştırmacı tarafından size hemşire bilgi formu (EK-B) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hemşire (EK-D) ölçeği verilecektir. Bu formlarda yer alan sorulara doğru ve tam cevap vermeniz bireyselleştirilmiş bakımın öneminin saptanması ve hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının belirlenmesinde bilgi oluşturacak ve hastaların hemşirelik bakımının geliştirilmesine olumlu katkı sağlayacaktır.

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

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

Sorumlu araştırmacılar:

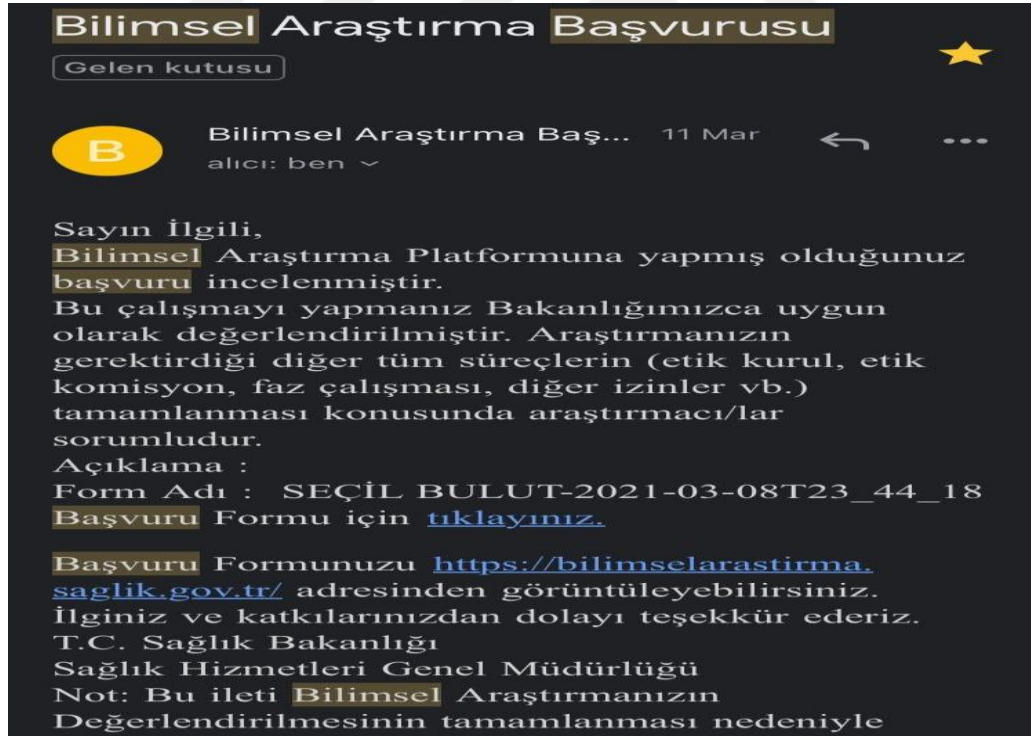
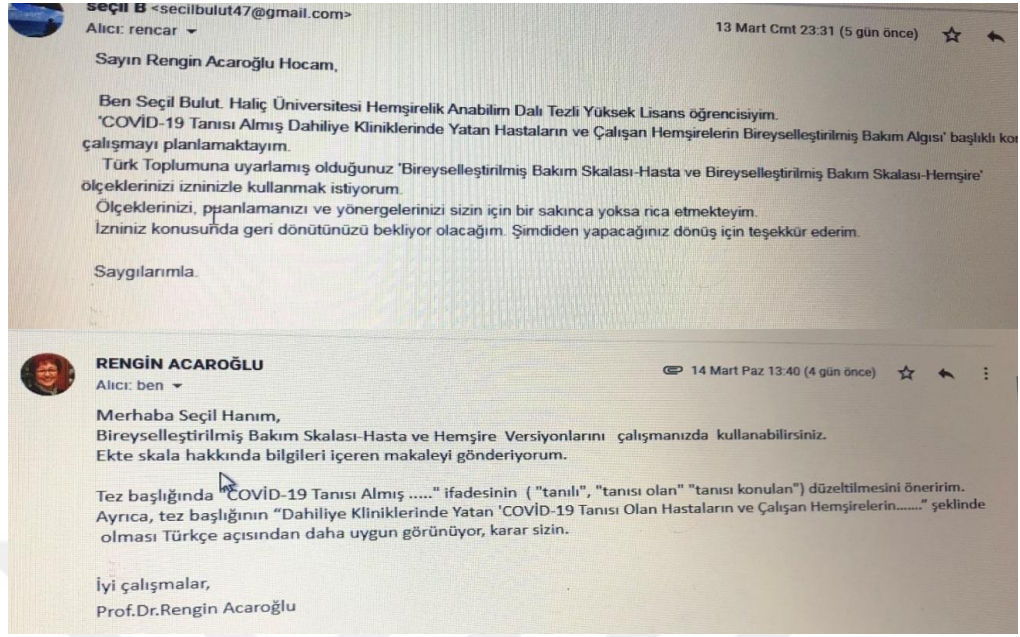
Hemş. Seçil BULUT
Haliç Üniversitesi, Yetişkin Acil Tıp Kliniği.

Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN
Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü.



Katılımcının Adı-Soyadı:

İmzası

EK G: Ölçek ve Blimsel Araştırma İzni



EK H: Kurum İzni

	<p>T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi TUEK</p>	
PROT NO: 145		27.05.2021
TUTANAK		
<p>Hastanemizde Hemşire olarak görev yapan Seçil BULUT'un "Dahiliye Kliniklerinde Yatan COVID-19 Tanılı Hastaların ve Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının yapılabilmesi ve hastaların dosyalarını, epikrizlerini ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi üzerindeki bilgilerin kullanmak üzere kurum onayı verilmesi isteği ile ilgili dilekçesi görüşülmek üzere Hastanemiz Başhekimi Doç. Dr. Mehmet Mesut SÖNMEZ Başkanlığında Prof. Dr. Ayşe Özlem ÇOKAR, Prof. Dr. Mehmet Mustafa CAN, Doç. Dr. Murat YILMAZ, Doç. Dr. Mehmet Fatih AKBULUT, Doç. Dr. Gamze ÇITLAK ve Uzm. Dr. Eder ÖZENÇ' den teşekkül Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuz 27.05.2021 günü saat 08:30' da toplandı.</p>		
<p>Görüşme sonucu; Hastanemizde Hemşire olarak görev yapan Seçil BULUT'un "Dahiliye Kliniklerinde Yatan COVID-19 Tanılı Hastaların ve Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının yapılabilmesi ve hastaların dosyalarını, epikrizlerini ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi üzerindeki bilgilerin kullanmak üzere kurum onayı verilmesi isteği etik kurul onayı alınması şartıyla kabul edilmiş olup, iş bu tutanak tarafımızdan imza altına alınmıştır. 27.05.2021</p>		

EK I: Etik Kurul Onay İzni



T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Tarih: 27.05.2021

Sayı: 112

Konu: Etik Kurulu İzni

Sayın Prof. Dr. Sibel Erkal İlhan,

Yapmış olduğunuz başvuru Halic Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından incelenmiş olup danışmanlığını üstlendiğiniz Seçil Bulut'un yürüteceği **"Dahiliye Kliniklerinde Yatan COVID-19 Tanılı Hastaların ve Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı"** başlıklı araştırmanız kurulumuzun 27.05.2021 tarihli toplantısında etik yönden uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Melek Güneş Yavuzer
Halic Üniversitesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek: Etik Kurulu Kararı

Örnektepe Mah. İmrahor Cad. No: 82 Beyoğlu – İSTANBUL
Tel: 0 212 924 2444 /2704 Faks: 0 212 343 0878
e-mail: etikkurul@halic.edu.tr www.halic.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

Ad-Soyad : Seçil BULUT

ÖĞRENİM DURUMU:

- **Lisans** : 2017, Amasya Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü
- **Yüksek Lisans** : 2022, Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı

MESLEKİ DENEYİM

- 2018& Halen Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

DİĞER YAYINLAR, SUNUMLAR VE PATENTLER:

- Gümüş, K., Bulut, S. (2017). İhmal Edilen Bir Hemşirelik Bakım Planı. BGG4.
- Terzi, B., Bulut, S. (2017). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sosyal Medyaya Karşı Tutumlarının Belirlenmesi. BGG4.
- Terzi, B., Bulut, S., Kaya, N. (2019). ‘Factors Affecting Nursing and Midwifery Students’ Attitudes Toward Social Media’, *Nurse Education İn Practice*, 35, 141-149.
- Topbaş, E., Bulut, S., (2015). Ön çalışma; Amasya Sağlık Yüksekokulu Tüberküloz Farkındalık Düzeyi Belirleme. UHOK.
- Topbaş, E., Bingöl, G., Bulut, S. (2017). Tüberküloz Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi Sağlık Yüksekokulu Örneği, *Ulusal Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 69-82.