



**RUH SAĞLIĞI BÖLGE HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN  
BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİNE YÖNELİK TUTUM  
VE DAVRANIŞLARI**

**Berna SERTGÖZ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TEMMUZ 2020**

## ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

  
Berna SERTGÖZ

14./07/2020

RUH SAĞLIĞI BÖLGE HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BAKIM  
ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİNE YÖNELİK TUTUM VE

DAVRANIŞLARI

(Yüksek Lisans Tezi)

Berna SERTGÖZ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2020

ÖZET

Bu araştırma, Türkiye’deki ruh sağlığı bölge hastanelerinin yetişkin psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Türkiye’deki beş ruh sağlığı bölge hastanesinin yetişkin psikiyatri servislerinde çalışan ve işleme kriterlerini karşılayan 155 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, “Hemşire Bilgi Formu” ve “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği” ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı testler (ortalama, standart sapma, medyan, yüzde dağılımları), Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney U testi, Dunn Testi ve Spearman Rank Korelasyon testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin %71’i kadın, %29’u erkek olup yaş ortalaması  $34,5 \pm 8,8$ ’dir. Katılımcıların eğitim durumları, %8,4’ü lise, %7,1’i ön lisans, %74,2’si lisans ve %10,3’ü lisans üstü şeklindedir. Hemşirelerin %32,3’ü 5 yıl ve altında, %21,9’u 6-10 yıl ve %45,8’i 11 yıl ve üstü toplam çalışma deneyimine sahiptir. Hemşirelerin ölçekten aldıkları toplam puan ortalamaları, önemlilik alt boyutu için  $311,6 \pm 28,6$ , yeterlilik alt boyutu için  $291,2 \pm 32,9$ , uygulanabilirlik alt boyutu için ise  $274,2 \pm 41,5$  olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları olumlu düzeydedir. Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının geliştirilmesi amacıyla eğitimler planlanması önerilebilir.

Bilim Kodu : 1032.07  
Anahtar Kelimeler : Psikiyatri hemşireliği, Hemşirelik bakımı, Hemşire-hasta ilişkisi,  
Hemşire-hasta etkileşimi  
Sayfa Adedi : 74  
Danışman : Doç. Dr. Satı DEMİR

ATTITUDES AND BEHAVIORS OF NURSES WORKING IN MENTAL HEALTH  
REGION HOSPITALS TOWARDS CARE FOCUSED NURSE-PATIENT  
INTERACTION

(M. Sc. Thesis)

Berna SERTGÖZ

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

July 2020

ABSTRACT

This research was conducted as a descriptive study of nurses working in adult psychiatric clinics of mental health region hospitals in Turkey in order to determine their attitudes and behaviors towards care focused nurse patient interaction. The sample of the study, working in the adult psychiatric clinics of five mental health region hospitals in Turkey and it consisted of 155 nurses to meet the inclusion criteria. The data of the research were collected with the "Nurse Information Form" and "Care Focused Nurse-Patient Interaction Scale". Descriptive tests (mean, standard deviation, median, percentage distributions), Mann Whitney U test, Kruskal Wallis H test, Dunn Test and Spearman Rank Correlation test were used in evaluation of the collected data. The percentage of the nurses participating in the study 71% are women and 29% are men and average age of participants is  $34.5 \pm 8.8$ . The educational status of participants, 8.4% high school, 7.1% pre-graduate, 74.2% undergraduate and 10.3% graduate education. The percentage of total work experience of the nurses, 32.3% 5 years or less, 21.9% of 6-10 years and 45.8% of 11 years or more. The mean total score of the nurses on the scale was  $311.6 \pm 28.6$  for the sub-dimension of importance;  $291.2 \pm 32.9$  for adequacy sub-dimension and  $274.2 \pm 41.5$  for feasibility sub-dimension. The attitudes and behaviors of the nurses participating in the research towards the care focused nurse-patient interaction are at a positive level. It may be recommended to plan trainings in order to improve the attitudes and behaviors of the nurses working in the psychiatry clinic towards care focused nurse-patient interaction.

Science Code : 1032.07  
Key Words : Psychiatric nursing, Nursing care, Nurse-patient relationship, Nurse-patient interaction  
Page Number : 74  
Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Satı DEMİR

## TEŞEKKÜR

Çalıőmam boyunca yardım ve desteğini esirgemeyen, bana yol gösteren saygıdeğer danıőmanım Doç. Dr. Satı DEMİR'e, bana gç veren ve her zaman arkamda olan aileme, bu süreçte yanımda hissettiğim ve motivasyonumun artmasını sağlayan tüm arkadaőlarıma teşekkür ederim.



## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
ÖZET .....	v
ABSTRACT.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER .....	viii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ .....	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	5
2.1. İyileşme Kavramı .....	5
2.2. Ruh Sağlığında İyileşme.....	6
2.2.1. Ruh sağlığında iyileşmeyi etkileyen faktörler.....	8
2.2.2. Psikiyatri hemşirelerinin iyileşme sürecindeki rolleri.....	8
2.3. İyileşme Modelleri .....	9
2.4. Psikiyatride İyileşme Odaklı Bakım.....	13
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	15
3.1. Araştırmanın Şekli.....	15
3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Özellikleri .....	15
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	17
3.4. Veri Toplama Araçları.....	19
3.4.1. Hemşire bilgi formu .....	19
3.4.2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ).....	19
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması .....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	22

	<b>Sayfa</b>
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	22
4. BULGULAR .....	25
5. TARTIŞMA .....	39
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	45
KAYNAKLAR .....	47
EKLER.....	53
EK-1. Hemşire Bilgi Formu.....	54
EK-2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ).....	55
EK-3. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	60
EK-4. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzin Yazısı .....	61
EK-5. İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi izin yazısı.....	63
EK-6. Bolu AİBÜ İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi izin yazısı .....	65
EK-7. Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı .....	66
EK-8. Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı.....	67
EK-9. Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi izin yazısı .....	68
EK-10. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı.....	70
EK-11. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı .....	71
EK-12. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi izin yazısı .....	72
EK-13. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği izin e-maili .....	73
ÖZGEÇMİŞ .....	74

## ÇİZELGELERİN LİSTESİ

<b>Çizelge</b>	<b>Sayfa</b>
Çizelge 3.1. BOHHEÖ'ünün alt ölçek ve boyutlarının puanları .....	20
Çizelge 4.1. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri.....	25
Çizelge 4.2. Hemşirelerin BOHHEÖ puanları .....	27
Çizelge 4.3. Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Önemlilik alt boyutu puanları.....	29
Çizelge 4.4. Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Yeterlilik alt boyutu puanları.....	32
Çizelge 4.5. Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Uygulanabilirlik alt boyutu puanları .....	35
Çizelge 4.6. Hemşirelerin yaş, toplam çalışma süresi ve halen çalışılan servisteki çalışma süresi ile BOHHEÖ alt boyutlarının ilişkisi .....	38

**ŞEKİLLERİN LİSTESİ**

<b>Şekil</b>	<b>Sayfa</b>
Şekil 3.1. Power analizi sonucu .....	18



## SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

<b>Simgeler</b>	<b>Açıklamalar</b>
$\bar{X}$	Ortalama
$\tilde{X}$	Ortanca (Medyan)
<b>KW</b>	Kruskal Wallis H Test İstatistiği
<b>p</b>	Anlamlılık Düzeyi
<b>r</b>	Spearman Rank Korelasyonu
<b>U</b>	Mann Whitney U Test İstatistiği
<b>Kısaltmalar</b>	<b>Açıklamalar</b>
<b>BOHHEÖ</b>	Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>Max.</b>	Maksimum
<b>Min.</b>	Minimum
<b>SAMHSA</b>	Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi
<b>SS</b>	Standart Sapma
<b>SPSS</b>	Statistical Package for the Social Sciences

# 1. GİRİŞ

## Problem durumu

Hemşirelik, bakıma dayalı bir meslektir ve odağı insandır (Erer, Akbaş, Yıldırım, 2017). Psikiyatri hemşireliği ise; hemşirelik eğitimi ve uygulama alanında yaşanan değişiklikler ile ortaya çıkan uzmanlık alanlarından birisidir (Özbaş ve Buzlu, 2011). “Birey aile ve toplumun ruh sağlığının korunmasını, geliştirilmesini ve rehabilitasyonunu sağlayan kişiler arası dinamik bir süreç” olarak tanımlanmaktadır (Yılmaz ve Özcan, 2016).

Hemşire-hasta etkileşimi; kişinin gereksinimlerinin belirlenerek, bu gereksinimlerin karşılanmasını temel alan, sözlü ve sözsüz iletişimden oluşan bir süreçtir (Yalçın ve Aştı, 2011). Hemşire, planladığı hemşirelik girişimleri, olumlu tutum ve davranışları ile hasta bireyi etkiler ve kendisi de ondan etkilenir (Özcan, 2006). Bu nedenle, çok boyutlu bir kavram olan bakım, birçok kuramcı tarafından; “kişiler arası etkileşim süreci, hemşire ile hastanın iletişime geçmesi, terapötik müdahale” olarak tanımlanmaktadır (Altıok, Şengün, Üstün, 2011; Atar ve Aştı, 2012). Watson hemşirelik bakımının temelini hemşire-hasta etkileşimi olduğunu (Atar ve Aştı, 2012); Peplau ise hemşire-hasta etkileşiminin, bakımın sonucunu ve hastanın iyileşme durumunu etkilediğini belirtmiştir (Cleary ve Edwards, 1999). Hemşireliğin tüm alanlarında olduğu gibi ruh sağlığı hemşireliğindeki uygulamalar da hastalar ile kişiler arası etkileşimler üzerinedir (Cleary ve Edwards, 1999). Dolayısıyla, ruhsal hastalıklarda hemşire-hasta ilişkisi, tedavi hedeflerine ulaşmak için kullanılan önemli bir araçtır ve iyileşmede oldukça önemlidir (Boyd, 2018: 248,280). Yapılan çalışmalarda; hemşire-hasta arasındaki güçlü iletişimin depresyon ve anksiyeteyi azalttığı (Haugan, Innstrand, Moksnes, 2013), hastanın yaşam kalitesini olumlu etkilediği görülmektedir (Haugan, Moksnes, Lohre, 2016).

Ruh sağlığında iyileşme; hasta/bireye bütüncül yaklaşan ve kanıta dayalı uygulamalarla ilişkili olan bir hemşirelik bakımı ile mümkün olmaktadır (Çam ve Yalçın, 2018). İyileşme sürecinde hemşire, hasta ile birlikte hareket ederek, hastalığın şiddetinin azalmasını ve sürecin daha hızlı ilerlemesini sağlar (Özkan ve Bilgin, 2016). Ruh sağlığı bakımı sağlamada hemşireliğin en önemli unsuru terapötik ilişki kurmaktır (Pazargadi, Moghadam, Khoshknab, Renani, Molazem, 2015). Hemşire terapötik ilişki kurma becerileri ile hastanın ihtiyaçlarının karşılanmasını ve hemşirelik bakımının etkili bir

biçimde uygulanmasını sağlar (Boyd, 2018: 248,280; Videbeck, 2020: 210,222). Cleary ve diğerleri (2013)'nin yaptıkları çalışmada, hemşirenin hasta ile terapötik ilişki geliştirme, danışmanlık yapma, hastayı etkin bir şekilde dinleme ve hastayı motive etme davranışlarının iyileşmede önemli bir rol oynadığı belirtilmiştir (Cleary, Horsfall, O'Hara-Aarons, Hunt, 2013). Ayrıca, ruh sağlığı hemşiresinin, hastanın umudunu, dayanıklılığını arttırma, güçlü yönlerini ortaya çıkarma ve baş etme mekanizmalarını geliştirmeye yönelik tutum ve davranışları iyileşme sürecini kolaylaştırmaktadır (Chiba, Miyamoto, Kawakami, Harada, 2014; Çam ve Durmuş, 2016).

Ruh sağlığı bölge hastanelerinde; bulunduğu il ve çevresinde yer alan illere hitap etmeleri, ülkemizde psikiyatri hastalarına yataklı bakım hizmetini büyük oranda karşılamaları nedeniyle, iletişim becerilerini iyi kullanabilen, tutum ve davranışlarıyla psikiyatri hastalarının iyileşme sürecine destek olan hemşirelere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konu ile ilgili literatürde yapılmış çalışmalar incelendiğinde; hemşirelik öğrencilerinin veya çeşitli servislerde çalışmakta olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmalar (Bayraktar ve Eşer, 2017; Cerit, Bilgin, Coşkun, Yorgun, 2019; Erzincanlı ve Yüksel, 2018; Kalender, Tosun, Çınar, Bağçivan, Yaşar, 2016; Jiang, Ruan, Xiang, Jia, 2015; Yılmaz ve Çınar, 2017; Zaybak, İsmailoğlu, Efteli, 2014) yer almaktadır. Ayrıca, kamu hastanelerinin yataklı psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerle yapılmış sınırlı sayıda çalışma gözlenirken, ruh sağlığı bölge hastanelerinin yetişkin psikiyatri servisinde çalışan hemşirelere yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgiler doğrultusunda psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik daha fazla çalışmanın yapılması ihtiyacı ortaya çıkmaktadır. Ruh sağlığı bölge hastanelerinde çalışan hemşirelerin, ülkemizdeki tüm psikiyatri servislerinde çalışan hemşireleri temsil edebilir özellikte olduğu düşünülerek çalışmanın bölge hastanelerinde yapılması planlanmıştır. Böylelikle çalışmanın, ruh sağlığında iyileşme sürecine büyük katkısı olan hemşirelerin tutum ve davranışları ile ilgili eksik ya da ihtiyaç duyulan konulara ilişkin destekleyici olması hedeflenmektedir.

### Araştırmanın amacı ve önemi

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki ruh sağlığı bölge hastanelerinin yetişkin psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum

ve davranışlarını incelemektir. Bu amaca yönelik olarak, aşağıda verilen araştırma sorularına yanıt aranmaktadır.

1. Ruh sağlığı bölge hastanelerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışları nedir?
2. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleribakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışları etkilemekte midir?

Bu çalışma, Türkiye ruh sağlığı bölge hastanelerinin yetişkin psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının incelendiği ilk çalışma olacaktır. Çalışma sonuçlarının, psikiyatri hemşirelerinde bakıma yönelik tutum ve davranışların geliştirilmesine ve iyileşme odaklı bakımın kalitesinin arttıracak çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

#### Araştırmanın sınırlılıkları

Bu araştırma yüksek lisans tezi olduğu için zaman kısıtlılığı bulunmaktadır. Araştırma, kurum izni alınan beş adet ruh sağlığı bölge hastanesinin yetişkin psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerle sınırlıdır. Hastanelerin farklı şehir ve bölgelerde yer alması, çalışmanın uygulandığı zaman diliminde yıllık izin, doğum izni, rapor gibi nedenlerle hemşirelerin tamamına ulaşamaması çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Araştırmanın yapılacağı ilgili kurumlarla protokol imzalanması ve kurumlardan izin alma sürecinin uzaması nedeniyle, araştırmanın uygulama aşamasında zaman kısıtlılığı ortaya çıkmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İyileşme Kavramı

İyileşme, ruh sağlığı içinde yeni bir kavram değildir ancak evrensel tek bir tanımı yapılamamaktadır (Bonney ve Stickle, 2008). İyileşme kavramının her bir tanımı farklı yönleriyle karşımıza çıkmaktadır.

William A. Anthony (1993)'e göre; "İyileşme, kişinin tutum, değer, duygu ve hedeflerini, beceri veya rollerini değiştirmenin eşsiz ve kişisel bir sürecidir. Hastalığın neden olduğu sınırlamalara rağmen doyum veren, hayata katkı sağlayan ve hastalığın yıkıcı etkilerinden ziyade bireyin yaşamında amaç ve anlam geliştirmeyi içeren bir yaşam tarzıdır" (Anthony,1993; Townsend, 2015:320).

DSÖ' ye göre iyileşmenin anlamı; bireyin kimliğinin ve yaşamının kontrolünü yeniden kazanması, yaşamı için umutlu olması, iş hayatı, sosyal ilişkileri ve topluma katılma gibi faktörlerin bir kısmı ya da hepsinin var olmasıyla birlikte anlamlı bir yaşam sürdürmesidir. İyileşme; "tedavi olmak" ya da "tekrar normal olmak" değil, bireyin yaşadığı duygusal sıkıntılara rağmen, yaşamda yeni bir anlam ve amaç geliştirmesi, yaşamını kararlı ve özerk bir şekilde sürdürebilmesidir (Dünya Sağlık Örgütü, 2017).

İyileşme, ciddi ruhsal hastalığı olan kişilerin, pozitif başa çıkma yoluyla yaşamlarını yeniden düzenledikleri bir süreçtir (O'Connor ve Delaney, 2007).

Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi (SAMHSA) tarafından yayımlanan raporda (2004), iyileşme ile ilgili 10 temel bileşen tanımlanmıştır. Bunlar;

- Kendini Yönetme,
- Bireyselleştirilmiş ve kişi odaklı bakım,
- Güçlendirme,
- Umut,
- Doğrusal olmayan bakım,
- Akran desteği,
- Özsaygı,

- Sorumluluk,
- Bütüncül doğa,
- Güç merkezli tedavidir (Caldwell, Sclafani, Swarbrick, Piren, 2010).

Bireye göre anlamı değişen iyileşme kavramının net bir tanımı olmasa da, yeni bir kimlik oluşturma, güç ve kontrol duygusunun yeniden yapılandırılması, umut ve iyimserlik kazanma gibi ortak anlamları içermektedir (Gale ve Lucette, 2012).

## 2.2. Ruh Sağlığında İyileşme

Ruh sağlığı iyileşmesi, bireylerin sağlığının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi, kendi yaşamlarını yönetmesi ve tüm potansiyellerine ulaşmak için çaba gösterdikleri bir değişim sürecidir (Moller ve McLoughlin, 2013). Ruh sağlığı hizmetlerini kullanan bireyler, iyileşme yolculuğunu “iyi bir hayata kavuşma isteği” olarak ifade etmektedir (McKenna ve diğerleri, 2014).

Bir bireyin yaşamı, iyileşme sürecinde dört boyut tarafından desteklenmektedir. Bunlar;

1. Sağlık: Kişinin hastalığını yönetebilmesi ve fiziksel ve duygusal olarak sağlıklı olmasıdır.
2. Ev: Kişinin yaşaması için daimi ve güvenli bir ortam.
3. Amaç: İş, okul, ailenin geçimi gibi günlük aktiviteler ve toplum içinde bulunmak için bağımsızlık, gelir kaynakları.
4. Toplum: Arkadaş çevresi, sevgi içeren ve umut veren ilişkiler ve sosyal destek (Townsend, 2015:320).

Hemşirenin hasta ile işbirliği içinde çalışması ruh sağlığı iyileşmesinde önemli bir faktördür (McKenna ve diğerleri, 2014). Ayrıca Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri Yönetimi (SAMHSA, 2011), iyileşmeyi destekleyen birtakım ilkeler tanımlamaktadır. Bunlar:

*İyileşme umuttan doğar:* Birey, iyileşeceği inancı ile karşısına çıkan engelleri ve zorlukları aşabileceği konusunda motive olmaktadır. Umut, iyileşme sürecinin hızlanmasını sağlayan temel etkidir ve aile ile bireyin çevresi tarafından desteklenmektedir.

*İyileşme birey odaklıdır:* Bireyin, kendi yaşam hedeflerini tanımlaması, bu hedeflere ulaşmak ve kendi yaşamının kontrolünü sağlamak için yeni yollar belirlemesi iyileşmenin temellerini oluşturmaktadır.

*İyileşme birçok yolla gerçekleşir:* İyileşme süreci her birey için farklıdır. Kişinin güçlü yönleri, yetenekleri, başa çıkma stratejileri, hedefleri, ihtiyaçlarına göre iyileşme deneyimi değişmektedir.

*İyileşme doğrusal değildir:* İyileşme sürekli ilerleme ile karakterize değildir. Gerileme de iyileşme sürecinin bir parçasıdır ve iyileşme sürecinde gerileme dönemlerinin olması doğaldır.

*İyileşme bütüncüdür:* İyileşme, bireyin zihinsel, bedensel ve ruhsal tüm yaşamını kapsamaktadır. İş, aile, barınma, eğitim, kişisel bakım, klinik tedavi, tamamlayıcı tedavi, manevi bakım, sosyal çevre, ulaşım, güvenlik gibi destek sistemleri ve hizmetler birey için bütünleştirilmelidir.

*İyileşme ilişkiler ve sosyal ağlar ile desteklenir:* Kişinin iyileşme sürecinde umut ve cesaret veren kişilerin varlığı önemli bir faktördür. Aile üyeleri ve sosyal ağlar ile birey yaşamında yeni roller üstlenir ve bu sayede bireyin özerklik, güçlenme, topluma katılma, aidiyet gibi duyguları gelişir.

*İyileşme akran desteği ve ortaklar tarafından desteklenir:* Bilgi ve becerilerin paylaşıldığı destek gruplarının varlığı, sosyal öğrenme ve iyileşmede önemli bir rol oynamaktadır. Akran gruplarında, birey akranları tarafından cesaretlendirilir ve iyileşme sürecinde destek sağlanmaktadır.

*İyileşme kültürden etkilenir:* Kişinin kültürü, değerleri, gelenekleri ve inançları bireyin iyileşme yolculuğunu belirleyen anahtardır. Kişinin ihtiyaçları karşılanırken kültürü göz önüne alınarak, bireye özgü değerlendirilmeli ve davranılmalıdır.

*İyileşme, travma ele alınarak desteklenir:* Bireyin travmatik deneyimleri (fiziksel veya cinsel istismar, şiddet, savaş, doğal afet vs.) bağımlılık yapıcı madde kullanımına, ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir. İyileşme sürecinde travma deneyimi ele alınarak, kişinin destek sistemleri ile güçlendirilmesi ve iş birliği yapılması gerekmektedir.

*İyileşme, birey, aile ve toplumun güçlü yönlerini ve sorumluluğunu içerir:* Birey, aile ve toplum iyileşme için temel olan güçlü kaynaklara sahiptir. Aile ve toplumun iyileşmekte olan birey için destek olma sorumluluğu vardır. Bunun yanında, kişinin kendi öz bakımları ve iyileşme yolculukları için bireysel sorumlulukları vardır.

*İyileşme saygıya dayanmaktadır:* Ruh sağlığı ve madde bağımlılığı sorunu olan insanlar için, toplum tarafından haklarının korunması ve ayrımcılığın ortadan kaldırılması, kişinin kendine olan inancını yeniden kazanması ve olumlu bir kimlik duygusu geliştirmesi, sosyal kabul görmesi iyileşmeyi sağlamada oldukça önemlidir (Townsend, 2015:320, 321).

### **2.2.1. Ruh sağlığında iyileşmeyi etkileyen faktörler**

İyileşme süreci insanların beklenti ve tutumlarından etkilenir ve aile, arkadaşlar ve sağlık personelleriyle koordineli bir destek sistemi gerektirmektedir. Ruh sağlığında iyileşmeye giden yolda, kişisel gelişim sağlayan, stres ve sıkıntıya direnç geliştiren ve insanların kültürel ve manevi bakış açısı geliştirmesini sağlayan bir çevre çok önemlidir. Aile, sosyal çevre ve sağlık personeline inanmak, dinlemek ve paylaşımında bulunmak, kriz durumlarında destek almak iyileşmede başarı sağlamak için önemlidir (Jacob, 2015). Hastalığın semptomları, kişinin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız yapabilmesi, kişiler arası ilişkiler, benlik algısı, motivasyon, güçlülük, tedaviye uyum, aile, umut, eğitim düzeyi, damgalamanın varlığı, kişinin hastalığını kabul etmesi, özgüven, önyargılı yaklaşım, yaşam kalitesi, kişinin kendi kontrol ve sorumluluğunu sürdürebilmesi gibi etkenler ruh sağlığında iyileşme sürecini etkileyen ve ruh sağlığı hemşirelerinin bakımda ele alması gereken faktörlerdir (Çam ve Yalçiner, 2018; Çıtak, 2016).

### **2.2.2. Psikiyatri hemşirelerinin iyileşme sürecindeki rolleri**

Hemşirenin hasta ile terapötik ilişki geliştirme, danışmanlık yapma, hastayı etkin bir şekilde dinleme ve hastayı motive etme davranışları iyileşmede önemli bir rol oynamaktadır (Cleary ve diğerleri, 2013). Hemşire, hastalığın semptomlarını yönetme ve öz bakımının sorumluluğunu alması için hastayı desteklemelidir (Çam ve Durmuş, 2016). Ruh sağlığı hemşiresinin, hastanın umudunu, dayanıklılığını arttırma, güçlü yönlerini ortaya çıkarma ve baş etme mekanizmalarını geliştirmeye yönelik tutum ve davranışları iyileşme sürecini kolaylaştırmaktadır (Chiba ve diğerleri, 2014; Çam ve Durmuş, 2016).

### 2.3. İyileşme Modelleri

Ruh sağlığında iyileşmeye dayalı birçok model bulunmaktadır. Burada “Tidal model, İşbirliğine Dayalı İyileşme Teorisi (Recovery Alliance Theory) ve Watson İnsan Bakım Modeli” açıklanmıştır.

#### Tidal model

Tidal model, hemşirelerin uygulamada geliştirdikleri, hemşirelik araştırmalarından yararlanan ve ruh sağlığı hizmeti kullanıcıları ile iş birliği içinde geliştirilen bir iyileşme modelidir. Bu model, insanların yaşamlarıyla ilgili sorunlarını çözmelerine yardımcı olmak için birey merkezli bir yaklaşım kullanmaktadır. Odak noktası, bireyin sorunlarının kaynağı ve bu sorunları çözmek için nelere ihtiyacı olduğunun belirlenmesidir. Hemşirelik bakımında güçlendirmeyi ve birey merkezli bakımı vurgulayan bir düşünme biçimidir (Townsend ve Morgan, 2018: 353,354).

Modelde su, tecrübe okyanusu ve metaforik keşif yolculuğu metaforları kullanılır. Su; modelin ana metaforudur. Bireyin devamlı değişim halinde olduğunu ve akıcı olduğunu kabullenir. Tecrübe okyanusu; kişinin yaşamı tecrübe okyanusunda bir yolculuktur ve bu süreçte gemisini kullanır. Birey, yaşamı boyunca birçok fırtınalı durumla karşılaşır. Karşılaştığı fırtınalı durumlarla ve boğulma riski ile baş etmeye çalışırken kendisine yardımcı olacak, kurtaracak kişilere ihtiyacı vardır. Bu durumdan kurtulabilirse yaşamdaki yolculuğuna devam eder yani iyileşme aşamasındadır. Metaforik keşif yolculuğu ise tüm bireyler için manevi bir yolculuktur. Modele göre tüm bireylerin iyileşmesi mümkündür ve bunu bireyin kendisinin gerçekleştirmesi hedeflenir (Çıtak, 2016: 278,279).

#### İşbirliğine dayalı iyileşme teorisi (Recovery Alliance Theory)

Hümanistik felsefeye temellenen bir teoridir. Hümanistik felsefe, işbirlikçi bir ilişki, iyileşme, güçlü yönler yönelme, güçlendirme ve ortak insanlık olmak üzere 6 yapıdan oluşmaktadır. Bu yapılardan ortaya çıkan baş etme, bireysel kontrol ve sorumluluk, iş birliği içinde çalışma kavramları ruh sağlığı hemşireliğinde uygulamalar için bir temel oluşturmaktadır. Bu teori, ruh sağlığı hemşireleri ile hastaların birbirlerini daha iyi anlamalarını sağlar (Şenocak, Arslantaş, Yüksel, 2019). Hasta iyileşeceğine inandığında,

iyileşme ihtimali de artmaktadır. Ruh sağlığı hemşiresi ile hastanın ilişkisi, aralarındaki güç paylaşımına ve görüşmeye temellenmiştir (Çam ve Yalçiner, 2018).

### Watson İnsan Bakım Modeli

Watson insan bakım modelini, yaşam ve insanlarla ilgili kendi inanç ve düşüncelerinden esinlenerek ortaya çıkarmıştır. Modelde, bakım süreçlerini iyileştirici ortamlarla bütünleştirir ve ona göre temel nokta; hemşire-hasta ilişkisidir (Potter, Perry, Stockert, Hall 2013: 81). Watson'a göre hemşirelik, sağlığı geliştiren, koruyan, hastalık halinde iyileşmeyi sağlayan, bakım verici ve kişilerarası bir süreçtir. Bakım ise hemşirelikte profesyonelliğin temelidir (Özkan ve Okumuş, 2012). Watson, hemşirelik bakımına yönelik davranışların kullanılması ile etkili bir bakımın sağlanacağını belirtmiştir. Bakım davranışları; göz teması kurma, hastanın rahatlamasını sağlama, birey/hasta sorumluluğu alma, dürüst olma, duyarlı olma, saygılı olma, hastaya sözel olarak güven verme, hem fiziksel hem de zihinsel olarak hazır bulunma, duygusal açıdan net ve ulaşılır olma, kişiye ismi ile hitap etme, hasta odaklı olma, hastayı bilgilendirme, kültürel farklılıklara karşı uyanık olma olarak belirlenmiştir (Özkan ve Okumuş, 2012).

### İnsan Bakım Modelini Oluşturan Kavramlar

#### *Kişilerarası bakım ilişkisi*

Watson'a göre insan akıl, beden, ruhun birleşiminden oluşmaktadır ve bu alanların uyum içinde olması kişinin sağlıklı olduğunu göstermektedir. Bu üç bileşenin uyumu bakım anında bir enerji açığa çıkarır ve bu enerji sayesinde hemşire ve hasta arasında kişiler arası bakım ilişkisini oluşturan bir bağ kurulur. Kişiler arası bakım ilişkisi, duyarlı ve uyumlu olma, güven, dürüstlük, saygı, empati kurma, yakınlık ve samimiyet, ahlaki ve etik bir sorumluluk içermektedir (Özkan ve Okumuş, 2012).

#### *Bakım durumu ve bakım anı*

Bakım, hemşire ile hastayı bir araya getirerek, yaşadıkları deneyimlerin ve varoluşsal alanlarının birleşmesiyle iyileşmeyi ve birbirlerini anlamalarını sağlar. Bakım anı ise; hemşire ile hastanın iletişiminin nasıl olacağını belirler ve her iki tarafın birbirini etkileyerek bakımdan memnuniyetlerini sağlar (Özkan ve Okumuş, 2012).

### *İyileştirme süreçleri*

Watson, hemşireliği tanımlamış olduğu “iyileştirici” faktörlerle açıklayarak, modelini “iyileştirme” kavramı üzerine kurmuştur. İyileştirme süreçleri, hemşireliğin bakım verici ve iyileştirici yönünü açığa çıkarmakta ve hemşireler için bir rehber olarak kullanılmaktadır (Özkan ve Okumuş, 2012). Watson’ın 10 iyileştirme süreci; insana özgü bir değer sistemi oluşturmak (hümanistik-özgecil değerler sistemi), inanç ve umudu sağlamak, kişinin kendisine ve başkalarına karşı duyarlılık geliştirmesi, yardım edici, güven veren insan bakım ilişkisi geliştirmek, olumlu ve olumsuz duyguları ifade etmek ve desteklemek, yaratıcı problem çözme ve bakım süreçlerini kullanmak, kişilerarası öğretme-öğrenmenin desteklenmesi, destekleyici, koruyucu ve düzeltici bir ortam sağlamak, insan ihtiyaçlarını karşılamak, varoluşçu fenomenolojik manevi güçleri kullanmasına izin vermektir (Potter ve diğerleri, 2013: 81).

Hümanistik-özgecil değerler sistemi; insan bakımının temelini oluşturarak, profesyonel bakımı teşvik eder. Bakım şefkat, empati, endişe, kişinin kendisine ve başkalarına duyduğu sevgi gibi evrensel değerlere dayanır ve kişinin deneyimleri ile gelişir.

İnanç ve umudu sağlamak; sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesinde önemlidir. Hemşire, inanç ve umudu ile hastanın inanç sistemini beslemelidir. Kişinin inanç ve umudunun artması ile tedaviye uyumu olumlu yönde artar.

Kişinin kendisine ve başkalarına karşı duyarlılık geliştirmesinin tek yolu, kişinin duygularını tanımak ve hissetmektir. Kendine duyarlılık, acı veren ve mutlu eden duyguların tanınması ve kabul edilmesidir. Kişinin kendi duygularını keşfetme isteğiyle gelişir. Kendi duygularına duyarlı olmayan ve baskılayan insan, başkalarının duygularını ifade etmesine ve keşfetmesine izin vermeyebilir. Başkalarına karşı duyarlı olan hemşireler, başkalarının rahatlığı, iyileşmesi ve sağlığı için endişelenir. Duyarlı olan hemşireler, kendini geliştirirken, diğer insanları da gelişime teşvik eder.

Yardım edici, güven veren insan bakım ilişkisi; kişilerarasıdır ve hemşire hastanın yaşamını etkilerken, hasta da hemşirenin yaşamını etkileyebilir. Yardım edici, güven veren bakım ilişkisi, hastanın kendini güvende hissetmesini sağlayarak bireyin iyileşmesini olumlu yönde etkileyebilir.

Olumlu ve olumsuz duyguları ifade etmek ve desteklemek, bakım sürecinde kabul edilmesi ve değerlendirilmesi gereken önemli bir konudur. Kişinin duygularını ifade etmesi kurulan ilişkinin daha sağlıklı olmasını sağlar. Hemşire, hastanın duygularını, hikayelerini ve onlar için önemini dinlerken aynı zamanda iyileşmesini destekler.

Yaratıcı problem çözme ve bakım süreçlerini kullanmak, profesyonel hemşireliğin temelidir. Bu süreçte hemşire, bilgi ve becerilerini, iç güdülerini, sezgilerini, ahlakını ve hayal gücünü kullanarak iyileştirici bir bakım uygular.

Kişilerarası öğretme-öğrenmenin desteklenmesi davranışları ile hemşire hastanın bakımı ile ilgili gereksinimlerini belirleyerek bakımın devam etmesini sağlar. Hemşire hastanın kişisel özelliklerini, farklılıklarını göz önünde bulundurarak kişiye özel öğrenme tekniği kullanmalıdır ve bu sayede birey merkezli bakım sağlanır.

Destekleyici, koruyucu ve düzeltici bir ortam sağlamanın amacı, bakımın kalitesini arttırmak ve hastanın iyi hissetmesini sağlamaktır. Hemşire hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi çevresini yeniden şekillendirerek tedaviye uyumuna ve iyileşmesine destek sağlar.

İnsan ihtiyaçlarının karşılanması, sadece fiziksel ihtiyaçları değil manevi ihtiyaçlarında karşılanmasını içerir. Bireyin tüm ihtiyaçları birbirine bağlıdır ve hemşire tarafından dikkatle değerlendirilmelidir.

Varoluşçu fenomenolojik manevi güçlerin kullanılması, hemşire, hasta ve ailenin manevi anlamları, kültürel inançları ve iç dünyalarını anlamlandırmalarına yardımcı olur. Böylece, tedaviye ve iyileşmenin sağlanmasına destek olur (Kabasakal ve Kitiş, 2021; Watson, 2007).

Watson'ın insan bakım modelinin ve iyileştirme süreçlerinin uygulamada kullanılması, hemşirelerin bakım uygulamalarının geliştirilmesini sağlar (Potter ve diğerleri, 2013: 81). Bu modelin kullanıldığı çalışma sonuçlarına göre; ağrı, anksiyete gibi semptomların azalmasında, yaşlı bireylerde yaşam kalitesini ve manevi yönden iyilik halinin artmasında, hastaların özbakım ihtiyaçlarının karşılanmasında ve hemşirelerin örnek davranışlarının belirlenmesinde etkili olduğu görülmektedir (Çam ve Durmuş, 2016).

## 2.4. Psikiyatride İyileşme Odaklı Bakım

İyileşme odaklı bakım, ruh sağlığı hizmetlerinde tercih edilen bir klinik uygulamadır. İyileşme odaklı bakımın, hastanın ihtiyaçlarına yönelik olması ve her bireyin kendine özgü olan iyileşme yolculuğuna yardımcı olması beklenmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin iyileşme odaklı bakımı uygulama alanları; bütüncül ve bireyselleştirilmiş bakımda hastaya umut, özerklik ve kendi bakımına katılımına teşvik etmek, hasta ile iş birliği kurmak ve hastanın bakıma katılımını sağlamak, hastaların güçlü yönlerine odaklanmak, bakıma aileyi ve diğer sağlık personeli dahil etmek ve topluma katılımını desteklemeye yöneliktir (McKenna ve diğerleri, 2014). Psikiyatride iyileşme odaklı hemşirelik uygulamaları; biyolojik (öz bakım uygulamalarını geliştirmek, aktivite ve egzersiz, uyku, beslenme, gevşeme teknikleri, sıvı alımı ve çıkışının izlenmesi, vücut sıcaklığının kontrolü, ağrı ve ilaç yönetimi), psikolojik (danışmanlık, çatışma çözümü, anımsama, davranış terapisi, psikoeğitim, sağlık eğitimi ve manevi müdahaleler ); sosyal (davranış terapisi, çevre ve topluma yönelik destek tedavileri, hasta güvenliğinin sağlanması) müdahaleleri içermektedir (Boyd, 2018: 309,324). Hemşire, hastanın yaşamındaki önceliklerini belirlemesi, pozitif bir bakış açısı geliştirmesi ve iyileşeceğine inanmasına teşvik ederek umudunu arttırmaya yardımcı olmaktadır. Hastanın ilaç tedavisinin devamlılığını sağlamak için; hastaya tedavisi ile ilgili merak ettiklerini öğrenmesi konusunda cesaret verme, tedavinin nasıl uygulanacağı ile ilgili plan yaparken hastayı da dahil etme, eğitim verme, aile ile iş birliği yapma gibi hemşirelik girişimlerini kullanmaktadır (Çam ve Yalçın, 2018). Bakım esnasında arkadaşlık, mizah, açıklık ve samimiyet gibi özelliklerini kullanarak hastalara kendini değerli hissettirmekte (Roberts, 2013: 41); göz teması, beden dili ve ses tonu ile hastanın bakımına verdiği önemi göstermektedir (Potter ve diğerleri, 2013: 83,84). Aynı zamanda, hemşirenin hastaya değer vermesi, ilgi göstermesi, hastayı anlaması ve dinlemesi, dürüst ve tutarlı olması hastanın güveninin kazanılmasını sağlamaktadır. Böylece hemşire-hasta arasındaki ilişki güçlenmekte ve dolayısıyla iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir (Videbeck, 2020:196). Literatürde iyileşme temelli bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı ile ilgili çalışma sonuçları incelendiğinde; Knutson ve Newberry (2013)'nin psikiyatride yatan hastalara uyguladığı iyileşme modeli programı sonucunda, hastaların %37'si programın iyileşmede etkinliği konusunda çok iyi ve %35'i mükemmel olarak yanıt verdiği görülmektedir. Savaşan (2015)'in çalışmasında alkol bağımlılarında Tidal model kullanılarak verilen hemşirelik bakımının, hastaların başa çıkma mekanizmalarında etkili olduğu sonucu elde edilmiştir.

Turgut (2018)'un çalışmasında Tidal modele dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının, şiddet gören kadınların psikolojik dayanıklılıklarında anlamlı ve olumlu düzeyde etkili olduğu belirlenmiştir. Aktaş ve diğerleri (2020)'nin çalışmasında Watson'ın insan bakım modeline dayalı psikiyatrik hemşirelik bakımı sonucunda, bireyin kendi bakımını yapabilme becerileri, kendine güveni ve bireysel baş etme becerilerinin arttığı sonucuna varılmıştır.

İyileşme odaklı bakım hastanın saldırganlık potansiyelini azaltmaya yardımcı olur ve kişinin sağlığı için sorumluluk almasını sağlar. İyileşme odaklı bakım uygulayan hemşireler, hastanın kendisiyle ilgili karar verme ve bakım planlamasına aktif olarak katılmasını sağlar. Böylece, hastanın sorunlarıyla başa çıkmasını ve güçlendirilmesini sağlar. Ayrıca hemşire, hastanın özsaygısını ve güvenini arttırmak için hastaya destek olur (Lim, Wynaden, Heslop, 2019). İyileşme odaklı bakım yaklaşımı uygulanan hastalar da, terapötik ilişki ve bakım kalitesini yüksek olarak derecelendirmektedir (Coffey ve diğerleri, 2019). Bakımda iyileşme yaklaşımının kullanılması, yaşam tarzının değiştirilmesinde, hasta memnuniyetinin artmasında ve sıkıntıların azaltılmasında etkili olmaktadır (Gale ve Lucette, 2012).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Türkiye'deki ruh sağlığı bölge hastanelerinin yetişkin psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan, tanımlayıcı bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın, Türkiye'deki sekiz ruh sağlığı bölge hastanesinde yürütülmesi planlanmıştır. Bu hastaneler; İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu AİBÜ İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'dir. Ancak bu hastanelerin üç tanesinden gerekli kurum izni (EK-10, EK-11, EK-12) alınamamıştır. Buna göre araştırma, İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bolu AİBÜ İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi yetişkin psikiyatri servislerinde yürütülmüştür.

#### İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kocaeli, İstanbul, Yalova, Sakarya, Bilecik, Eskişehir illerine hizmet veren 260 yatak kapasitesine sahip bir bölge hastanesidir. Psikiyatri, nöroloji ve bağımlılık alanlarında hizmet vermektedir. Erkek Kapalı (A1), Erkek kapalı (E1) ve kadın kapalı (K1) olmak üzere 3 adet yetişkin psikiyatri servisi yer almaktadır. Ayrıca AMATEM ve ÇEMATEM yataklı servisleri bulunmaktadır. Dahiliye, nöroloji, çocuk ve ergen psikiyatrisi, erişkin psikiyatrisi, acil birimi gibi alanlarda poliklinik hizmeti de verilmektedir. Erişkin psikiyatri servislerinde genel olarak psikoz, şizofreni, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastalar yatarak tedavi görmektedir. Kliniklerde eğitim görevlisi, hekim, hemşire, psikolog,

sosyal hizmet uzmanı ve diğer sağlık personeli iş birliği içinde çalışmaktadır. Yataklı tedavi hizmeti alan hastalara yönelik; hekim, hemşire ve psikolog tarafından günaydın toplantısı, bireysel ve grup psikoterapisi, psikoeğitim, sinema saati vb. yapılmaktadır. Bunun yanında, klinik psikoloğu tarafından çeşitli psikometrik ve nöropsikolojik testler uygulanmaktadır. Alanında uzman öğretmenler tarafından egzersiz, resim, müzik, el sanatları gibi hasta uğraşlarına yönelik rehabilitasyon çalışmaları yapılmaktadır.

#### Bolu AİBÜ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bolu dışında Ankara, Karabük, Düzce, Zonguldak, Bartın ve Kırıkkale illerine hitap eden 130 yatak kapasitesine sahip; ruh sağlığı alanında bölgeye hizmet veren dal hastanesidir. 3 erkek, 2 kadın servisi olmak üzere 5 adet yetişkin psikiyatri servisi ve AMATEM servisi bulunmaktadır. Çocuk ve ergen psikiyatrisi, erişkin psikiyatrisi, sigara bırakma polikliniği ve acilde poliklinik hizmeti verilmektedir. Kliniklerde çoğunlukla şizofreni, şizoafektif bozukluk, psikoz, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, major depresyon tanılı hastalar yatarak tedavi görmektedir. Servislerde psikiyatri uzmanları, hemşire, psikologlar, sosyal hizmet uzmanı ve sağlık memurları profesyonel tedavi ve rehabilitasyon hizmeti vermektedir. Hastalara ilaç tedavisi, psikoterapi, psikoeğitim hizmeti verilmekte, kliniklerde günaydın toplantıları, iş-uğraş saati, spor, bahçe saati gibi uygulamalar yapılmaktadır.

#### Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Samsun, Amasya, Tokat, Ordu, Giresun, Sivas, Yozgat, Çorum, Çankırı, Kastamonu, Sinop, Bayburt, Iğdır illerine hitap eden, 280 yatak kapasiteli bölge dal hastanesidir. Kadın-1, kadın-2, kadın-3 ve erkek-1, erkek-2, erkek-3, erkek-4 (Verilerin toplandığı dönemde kapalıdır.), erkek-5 olmak üzere 8 adet yetişkin psikiyatri servisi, ayrıca adli psikiyatri, AMATEM servisleri bulunmaktadır. ÇEMATEM, çocuk psikiyatri, acil ve nöroloji klinikleri ile hizmet vermektedir. Yetişkin psikiyatri servislerinde çoğunlukla şizofreni, major depresyon, psikoz, bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluk tanılı hastalar yatarak tedavi edilmektedir. Hastane personeli; hemşire, hekim, güvenlik personeli, psikolog, tıbbi sekreter, sosyal hizmet uzmanı, temizlik personeli ve diğer çalışanlardan oluşmaktadır. Kliniklerde hekim, hemşire, psikolog ve diğer sağlık personeli iş birliği içinde çalışmaktadır. Hastalara farmakolojik tedaviler, bireysel ve grup psikoterapileri

yapılmakta, bahçeye çıkma, klinik içinde etkinlik saati, günaydın toplantıları gibi uygulamalar yapılmaktadır.

#### Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi

Adana, Şanlıurfa, Kahramanmaraş, Adıyaman, Gaziantep, Kilis, Osmaniye, Hatay, Mersin, Karaman, Konya, Aksaray, Nevşehir, Kırşehir, Kayseri, Niğde illerine sağlık hizmeti sunan, 530 yatak kapasitesine sahip bir bölge dal hastanesidir. Kadın-1, Kadın-2, Kadın-3, Erkek- 1, Erkek-2, Erkek-3, Erkek-4, Erkek-5, Erkek-6 olmak üzere 9 adet yetişkin psikiyatri servisi ile hizmet vermektedir. Ayrıca, AMATEM, adli psikiyatri servisleri bulunmaktadır. Acil polikliniği, ÇEMATEM, çocuk ve ergen psikiyatri, sigara bırakma gibi alanlarda poliklinik hizmeti sunulmaktadır. 1 adet 6 yataklı 1. Basamak genel yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Kliniklerde sıklıkla şizofreni, psikoz, bipolar bozukluk, depresyon, kişilik bozukluğu tanısı olan hastalar yatarak tedavi görmektedir. Kliniklerde hemşire, hekim, psikolog iş birliği içinde çalışmaktadır. Hastalara ilaç tedavisi dışında bahçeye çıkma, uğraşı alanlarına gitme, klinik içinde etkinlik saati gibi aktiviteler yaptırılmakta ve bireysel ve grup psikoterapileri uygulanmaktadır.

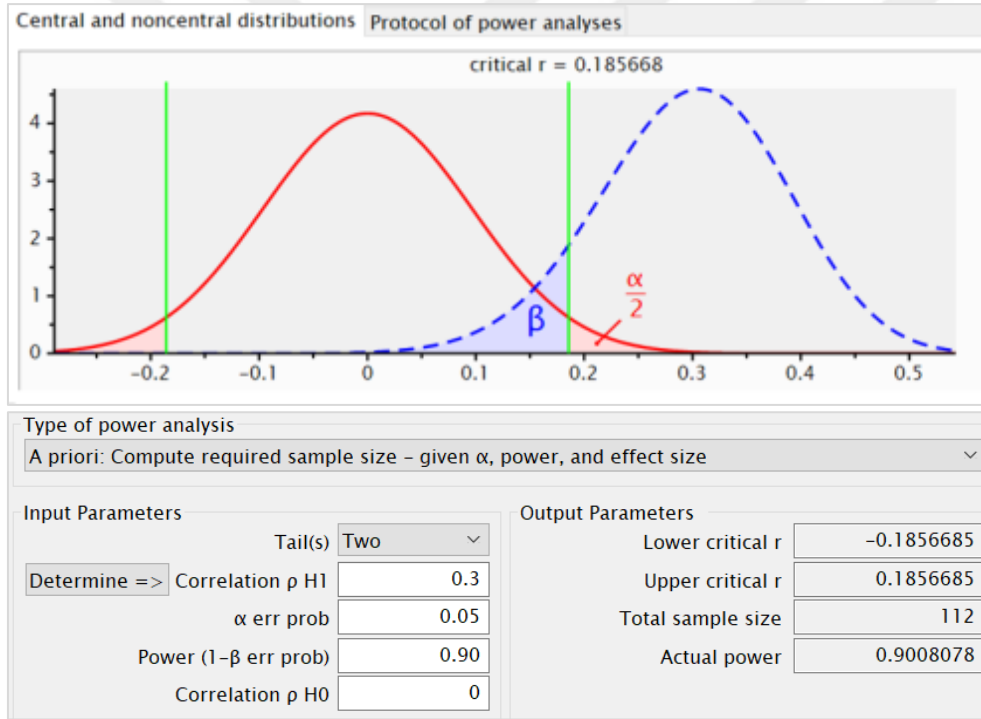
#### Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

Trabzon, Rize, Artvin, Gümüşhane illerine hitap eden 70 yatak kapasiteli bölge dal hastanesidir. 2 adet erkek servisi ve 1 adet kadın servisi bulunmaktadır. Ayrıca 24 saat hizmet veren acil birimi bulunmaktadır. Bipolar bozukluklar, duygu durum bozuklukları, şizofreni, depresyon, obsesif kompulsif bozukluklar, kişilik bozuklukları, anksiyete bozukluğu olan hastalara yataklı tedavi hizmeti verilmektedir. Servislerde, psikiyatrist, hemşire, psikolog, güvenlik personeli, sağlık memuru, sosyal çalışmacı ekip halinde hizmet sunmaktadır. Hastaların yatış sürecinde ilaç tedavisi, terapiler ve psikolojik görüşmeler düzenli olarak uygulanmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemini**

Bu araştırmanın evreni, Türkiye'deki beş ruh sağlığı bölge hastanesinin yetişkin psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise, işleme kriterlerini karşılayan hemşireler oluşturmaktadır.

Kurumlarda çalışan net hemşire sayısına ulaşamadığı için örneklem hesaplamasında, evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi kullanılamamıştır. Bundan dolayı araştırmada, hemşirelerin mesleki deneyimi ile bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin ilişkili olduğu (Bayraktar ve Eşer, 2017; Kaçmaz ve Çam, 2019) dikkate alınarak, sürekli değişkenler arasındaki korelasyon ilişkisi yaklaşımı üzerinden güç analizi yapılmıştır. Buna göre; Cohen'in orta etki büyüklüğünde ( $\rho=0,3$ ),  $\alpha$  tipi hata olasılığı 0,05 için 0,90 güçte araştırma için ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü 112 olarak bulunmuştur (Şekil 3.1). Güç analizi ile yeterli bulunan minimum örneklem sayısına ulaşılmıştır. Ancak, ulaşılabilen ve işleme kriterlerini karşılayan tüm hemşireler örnekleme dahil edilerek, araştırma 155 kişi ile tamamlanmıştır.



Şekil 3.1. Power analizi sonucu

Hemşirelerin araştırmaya katılımda gönüllü olması ve yetişkin psikiyatri servisinde çalışıyor olması araştırmanın işleme kriterleridir. Doğrudan hasta ile birebir çalışmamak, yalnızca servis idari işlerinden sorumlu olmak ise araştırmanın dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri “Hemşire Bilgi Formu” ve “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

#### 3.4.1. Hemşire bilgi formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan Hemşire Bilgi Formu, sosyo demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu), çalışma durumuna ilişkin özellikler (toplam çalışma süresi, halen çalışılan servisteki çalışma süresi, çalıştığı servis) ve mezuniyet sonrası “ruh sağlığı ve psikiyatri” alanında herhangi bir eğitim programına katılma durumuna ilişkin toplam 8 adet soru içermektedir.

#### 3.4.2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)

Cossette ve diğerleri (2005) tarafından, hemşirelerin tutum ve davranışlarını değerlendirebilmek için, Watson’ın 10 iyileştirici faktörünün tümünü kapsayan bir ölçek olarak geliştirilmiştir. BOHHEÖ’nin Türkçe geçerlik-güvenilirliğini Atar ve Aştı (2012) yapmıştır. Ölçek, 3 alt boyut ve 10 alt ölçek olmak üzere toplam 70 maddeden oluşmaktadır. *Alt ölçekler:* 1.Hümanizm, 2.Umut, 3.Duyarlılık, 4.Yardım edici ilişki, 5.Duyguların ifade edilmesi, 6.Sorun çözme, 7.Öğretim, 8.Çevre, 9.Gereksinimler, 10.Maneviyat şeklindedir. *Alt boyutlar* ise “önemlilik”, “yeterlilik”, “uygulanabilirlik” olarak ifade edilmektedir. Her üç alt boyutta da soruların Likert tipi ifadeleri Hiç (1), Biraz (2), Orta Derece (3), Çok (4), Son Derece (5) olarak sınıflandırılmaktadır. Ölçeğin üç boyutunda da alınabilecek en düşük puan 70, en yüksek puan ise 350’dir (Çizelge 3.1). Katılımcıların ölçekten aldıkları puanın artması, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışlarının olumlu yönde artması anlamına gelmektedir. Ölçeğin önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik alt boyutları için Cronbach’s alpfa değerleri sırasıyla 0,99; 0,98 ve 0,99 olarak hesaplanmıştır (Atar ve Aştı, 2012). Çalışmamızda ise önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik alt boyutlarının her biri için Cronbach’s alpha değerleri 0,97 olarak hesaplanmıştır.

Çizelge 3.1. BOHHEÖ'ünün alt ölçek ve boyutlarının puanları

Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği		Madde Sayısı	Maddeler	Alt Boyutlar		
				Önemlilik En Düşük- En Yüksek Puan	Yeterlilik En Düşük- En Yüksek Puan	Uygulanabilirlik En Düşük- En Yüksek Puan
		70	Tüm maddeler	70-350	70-350	70-350
Alt Ölçekler	1: Hümanizm	6	1-6 arası maddeler	6-30	6-30	6-30
	2: Umut	7	7-13 arası maddeler	7-35	7-35	7-35
	3: Duyarlılık	6	14-19 arası maddeler	6-30	6-30	6-30
	4: Yardım edici ilişki	7	20-26 arası maddeler	7-35	7-35	7-35
	5: Duyguların ifade edilmesi	6	27-32 arası maddeler	6-30	6-30	6-30
	6: Sorun çözme	6	33-38 arası maddeler	6-30	6-30	6-30
	7: Öğretim	9	39-47 arası maddeler	9-45	9-45	9-45
	8: Çevre	7	48-54 arası maddeler	7-35	7-35	7-35
	9: Gereklerinim	10	55-64 arası maddeler	10-50	10-50	10-50
	10: Maneviyat	6	65-70 arası maddeler	6-30	6-30	6-30

(Atar ve Aştı, 2012)

Alt ölçekler ve alt boyutlar

*Hümanizm*, hastaya bütüncül yaklaşmak, hastayı olduğu gibi kabullenmek, hasta ve yakınlarına saygı duymak gibi maddeleri içermektedir. Bu alt ölçekten en az 6, en fazla 30 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1).

*Umut*, hastanın iyileşme çabasını önemsemek, umutlu olma konusunda cesaretlendirmek, kendine güvenmesi ve iyileşmesi için nedenler bulmasına yardımcı olmak gibi maddeleri içermektedir. Bu alt ölçekten en az 7, en fazla 35 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1).

*Duyarlılık*, hasta ve yakınlarına duygularının anlaşıldığını hissettirmek, hastaya isteklerini sormak, sağlık durumu ile ilgili gelişmeler konusunda hastayı haberdar etmek gibi maddeleri kapsamaktadır. Bu alt ölçekten en az 6, en fazla 30 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1).

*Yardım edici ilişki*, hastayı dikkatli bir şekilde dinlemek, hastanın ihtiyaçlarına kısa sürede karşılık vermek, hastaya güven vermek gibi maddeleri içermektedir. Bu alt ölçekten en az 7, en fazla 35 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1).

*Duyguların ifade edilmesi*, hastayı duygu ve düşüncelerin ifadesi konusunda cesaretlendirmek, hasta sinirlendiğinde sakin kalmak ve kendini kötü hissettiğinde yanında olmak gibi maddeleri kapsamaktadır. Bu alt ölçekten en az 6, en fazla 30 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1).

*Sorun çözme*, hastaya stresle baş edebilmesi için destek olmak, hedefler belirlemede ve sorunlarını çözme konusunda yardımcı olmak, hastaya farklı bir bakış açısı sunmak gibi maddeleri kapsamaktadır. Bu alt ölçekten en az 6, en fazla 30 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1).

*Öğretim*, hastanın bakım ve tedavisi ile ilgili gerekli bilgiyi sağlamak, hastanın anlama düzeyine saygı duymak ve anlayabileceği terimler kullanmak, ilaçlarını nasıl kullanacağını öğretmek gibi maddeleri içermektedir. Bu alt ölçekten en az 9, en fazla 45 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1).

*Çevre*, hastanın odasını düzenlemek ve rahatlamasını sağlamak, hasta yalnız kalmak istediğinde fırsat vermek gibi maddeleri içermektedir. Bu alt ölçekten en az 7, en fazla 35 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1).

*Gereksinimler*, hastanın temel ihtiyaçlarının farkında olmak, ihtiyaçlarını karşılaması için yardımcı olmak, tedavisini ve ilaçları düzenli uygulamak gibi maddeleri içermektedir. Bu ölçekten en az 10, en fazla 50 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1).

*Maneviyat*, hastanın rahatlamasını sağlayacak yöntemler konusunda destek olmak, yaşamındaki öncelikleri belirlemesi ve belli bir denge kurabilmesi için yardımcı olmak, manevi gereksinimlerini dikkate almak gibi maddeleri içermektedir. Bu alt ölçekten en az 6, en fazla 30 puan alınabilmektedir (Çizelge 3.1). Ölçekte yer alan her bir ifadenin “ne kadar önemli olduğu” önemlilik alt boyutu; “gerçekleştirilmesinde ne kadar yeterli veya rahat hissedildiği” yeterlilik alt boyutu; “ne derece uygulanabilir olduğu” ise uygulanabilirlik alt boyutunda değerlendirilmektedir.

### 3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulaması

Araştırma, ölçek sahibinden ve etik komisyondan izin alındıktan sonra, kurum izni alınan hastanelerde yetişkin psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerle yürütülmüştür. Bu çalışmada veri toplama araçları, yüz yüze görüşme ile yazılı ve sözlü bilgilendirilmiş onam alınarak hemşireler tarafından doldurulmuştur. Hemşirelere ulaşılması ve araştırmacıya yönlendirilmesinde, kurumun eğitim birimi sorumlusu ve klinik sorumlu hemşirelerinden destek alınmıştır. Araştırmacı, hemşirelere çalıştıkları serviste 08.00-20.00 saatleri arasında ulaşmıştır. Veri toplama araçlarının doldurulması ortalama 15 dakika sürmüştür. Araştırmanın uygulaması Haziran 2019-Kasım 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın istatistiksel analizinde IBM SPSS V25 programı kullanılmıştır. Araştırmada, tanımlayıcı özellikler sayı (n) ve yüzde (%) ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, ortanca(medyan), minimum, maksimum değerleri ile belirtilmiştir. Değişkenlerin gruplarda normal dağılım kontrolü yapıldıktan sonra, normal dağılıma uymayan değişkenlere nonparametrik testler uygulanmıştır. Bağımsız iki grup karşılaştırmaları için bağımsız örneklem Mann Whitney U testi, çoklu bağımsız grup karşılaştırmaları için Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Çoklu grupların ikili karşılaştırmalarında ise post-hoc testlerinden, Dunn testi uygulanmıştır. Değişkenler ile BOHHEÖ arasındaki korelasyonlar ise Spearman rank korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Tüm analizler  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyinde yapılmıştır.

### 3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan (EK-4) ve araştırmanın uygulanacağı hastanelerin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüklerinden yazılı izin alınmıştır [İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi izin yazısı (EK-5), Bolu AİBÜ İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi izin yazısı (EK-6), Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı (EK-7), Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı (EK-8), Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi izin yazısı (EK-9)]. Araştırma gerçekleştirilirken etik ilkeler (mahremiyet, aydınlatılmış onam, gizlilik) gözetilmiştir.

Katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır (EK-3). Veri toplama araçlarından “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği” nin kullanılabilmesi için ölçek sahibinden gerekli izin alınmıştır (EK-13).





## 4. BULGULAR

Çizelge 4.1. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri (n=155)

Sosyodemografik özellikler		
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X}$ [Min – Max]
Yaş	34,5±8,8	32 [21-58]
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	110	71,0
Erkek	45	29,0
Eğitim durumu		
Lise	13	8,4
Ön lisans	11	7,1
Lisans	115	74,2
Lisans üstü*	16	10,3
Çalışma durumu ile ilgili özellikler		
Toplam çalışma süresi		
5 yıl ve altı	50	32,3
6-10 yıl	34	21,9
11 yıl ve üstü	71	45,8
Halen çalışılan servisteki çalışma süresi		
1 yıl ve altı	47	30,3
2-4 yıl	58	37,4
5 yıl ve üstü	50	32,3
Çalıştığı servis		
Kadın servisi	48	31
Erkek servisi	107	69
Mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında bir eğitim programına katılma durumu		
Evet**	32	20,6
Hayır	123	79,4

\*Yüksek lisans(n=15), doktora(n=1)

\*\*Hizmet içi eğitim, sertifika, kongre, sempozyum

$\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart sapma,  $\bar{X}$ : Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum

Çizelge 4.1’de hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 34,5±8,8 ve ortancası 32 [21-58]’dir. Hemşirelerin %71’i kadın, %74,2’si lisans mezunu ve %45,8’i 11 yıl ve üzeri çalışma deneyimine sahiptir. Halen çalıştıkları servisteki çalışma özelliklerine bakıldığında ise; hemşirelerin %37,4’ünün 2-4 yıl süreyle ve %69’unun erkek servisinde çalıştığı görülmektedir. Hemşirelerin %20,6’sı mezuniyet sonrası “hizmet içi eğitim, sempozyum, kongre ya da

sertifika programı” şeklinde ruh sağlığı alanında bir eğitim programına katıldığını belirtmiştir.



Çizelge 4.2. Hemşirelerin BOHHEÖ puanları

Alt boyutlar Alt ölçekler	Önemlilik		Yeterlilik		Uygulanabilirlik	
	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [Min – Max]	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [Min – Max]	$\bar{X} \pm SS$	$\tilde{X}$ [Min – Max]
Hümanizm	26,5±3,3	27 [15-30]	24,5±3,7	25 [13-30]	23,2±4,4	24 [8-30]
Umut	31,7±3,5	32 [19-35]	29±4,5	29 [18-35]	27,5±5,4	28 [8-35]
Duyarlılık	25,5±3,6	25 [14-30]	23,3±4,1	24 [10-30]	21,9±4,7	22 [10-30]
Yardım edici ilişki	31,5±3,8	33 [19-35]	30±4	30 [18-35]	28,3±4,9	29 [14-35]
Duyguların ifade edilmesi	26,8±3,1	27 [18-30]	24,8±3,6	24 [12-30]	23,2±4,4	24 [10-30]
Sorun çözme	26,4±3,2	26 [18-30]	23,8±4,2	24 [10-30]	22,4±5,6	24 [6-30]
Öğretim	40,1±4,5	41 [27-45]	37,5±5,7	38 [21-45]	35,3±6,9	36 [15-45]
Çevre	30,9±3,8	31 [20-35]	29,2±4	29 [19-35]	27,7±5,3	28 [7-35]
Gereksinimler	46±4,7	48 [30-50]	44,4±5,6	46 [26-50]	42,1±6,9	43 [14-50]
Maneviyat	26,3±3,4	27 [18-30]	24,6±3,8	24 [13-30]	22,7±5	23 [6-30]
Toplam	311,6±28,6	311 [220-350]	291,2±32,9	296 [191-350]	274,2±41,5	283 [131-350]

$\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart sapma,  $\tilde{X}$ : Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum

Çizelge 4.2’de hemşirelerin BOHHEÖ puanları verilmiştir. Hemşirelerin BOHHEÖ’i alt boyutlarının toplam puanları incelendiğinde, önemlilik alt boyutu için  $311,6 \pm 28,6$ , yeterlilik alt boyutu için  $291,2 \pm 32,9$ , uygulanabilirlik alt boyutu için ise  $274,2 \pm 41,5$  olduğu bulunmuştur. BOHHEÖ’nin tüm alt ölçeklerinin, alt boyutlara göre yüksekten düşüğe doğru puanları önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik şeklindedir.



Çizelge 4.3. Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Önemlilik alt boyutu puanları

	Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım edici ilişki	Duyguların ifade edilmesi	Sorun çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinimler	Maneviyat	Toplam	
n	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	
Cinsiyet												
Kadın	110	27,5[18-30]	32,5[24-35]	25[18-30]	33[21-35]	27[18-30]	26,5[18-30]	41[27-45]	31[21-35]	48,5[30-50]	27[18-30]	315,5[220-350]
Erkek	45	26[15-30]	32[19-35]	25[14-30]	31[19-35]	28[18-30]	26[20-30]	41[27-45]	31[20-35]	47[30-50]	27[18-30]	307[251-350]
Test istatistiği		U=2097	U=2356	U=2403,5	U=2271	U=2451,5	U=2259,5	U=2434,5	U=2365	U=2399	U=2212,5	U=2301
p değeri		p=0,132	p=0,631	p=0,776	p=0,411	p=0,925	p=0,386	p=0,872	p=0,659	p=0,758	p=0,292	p=0,493
Eğitim durumu												
Lise	13	27[19-30]	32[23-35]	25[18-30]	31[21-35]	28[23-30]	26[20-30]	39[27-45]	31[20-35]	45[30-50]	26[18-30]	298[251-349]
Ön lisans	11	26[23-30]	30[26-35]	24[18-30]	33[21-35]	28[18-30]	26[18-30]	41[27-45]	31[21-35]	50[30-50]	27[18-30]	302[220-349]
Lisans	115	27[15-30]	33[19-35]	26[14-30]	33[19-35]	27[18-30]	27[18-30]	41[27-45]	31[21-35]	48[35-50]	27[18-30]	312[253-350]
Lisansüstü	16	28[20-30]	33,5[26-35]	26[18-30]	31,5[23-35]	27,5[19-30]	27[23-30]	40[34-45]	30[25-35]	48,5[38-50]	26,5[22-30]	319[260-350]
Test istatistiği		KW=1,175	KW=2,018	KW=2,317	KW=3,27	KW=0,771	KW=0,828	KW=1,333	KW=3,935	KW=3,372	KW=0,343	KW=1,27
p değeri		p=0,759	p=0,569	p=0,509	p=0,352	p=0,856	p=0,843	p=0,721	p=0,269	p=0,338	p=0,952	p=0,736
Çalıştığı servis												
Kadın		27,5[19-30]	34[24-35]	26,5[18-30]	34[21-35]	28[19-30]	27[20-30]	41,5[27-45]	31[21-35]	47,5[36-50]	27[21-30]	320[262-350]
Erkek	48	27[15-30]	32[19-35]	25[14-30]	32[19-35]	27[18-30]	26[18-30]	41[27-45]	31[20-35]	48[30-50]	26[18-30]	310[220-350]
Test istatistiği	107	U=2528,5	U=2315	U=2269,5	U=2216,5	U=2243	U=2288,5	U=2530	U=2371	U=2529,5	U=2259	U=2316,5
p değeri		p=0,877	p=0,315	p=0,244	p=0,164	p=0,200	p=0,270	p=0,882	p=0,438	p=0,878	p=0,223	p=0,330

U: Mann Whitney U test istatistiği, KW: Kruskal Wallis H test istatistiği,  $\bar{X}$ : Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, p<0,05 Anlamlılık düzeyi, \*: p<0,05

Çizelge 4.3. (devam) Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Önemlilik alt boyutu puanları

		Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım edici ilişki	Duyuların ifade edilmesi	Sorun çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinimle r	Maneviyat	Toplam
	n	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]
Toplam çalışma süresi												
5 yıl ve altı	50	27[19-30]	33[19-35]	26[15-30]	33[23-35]	28[18-30]	27,5[18-30]	41[27-45]	31,5[21-35]	48,5[30-50]	27,5[20-30]	315,5[251-350]
6-10 yıl	34	28[15-30]	33[21-35]	26[14-30]	32,5[19-35]	26[19-30]	26,5[20-30]	41,5[32-45]	31[26-35]	49[38-50]	26,5[18-30]	311,5[256-350]
11 ve üstü	71	26[17-30]	32[24-35]	25[18-30]	33[21-35]	27[18-30]	26[18-30]	40[27-45]	31[20-35]	47[30-50]	26[18-30]	310[220-350]
Test istatistiği		KW=0,86	KW=1,091	KW=1,089	KW=0,22	KW=1,094	KW=2,13	KW=2,066	KW=4,95	KW=1,914	KW=0,5	KW=1,814
p değeri		p=0,650	p=0,579	p=0,580	p=0,896	p=0,579	p=0,345	p=0,356	p=0,084	p=0,384	p=0,779	p=0,404
Halen çalışılan serviste çalışma süresi												
1 yıl ve altı	47	26[19-30]	31[19-35]	25[15-30]	32[22-35]	27[18-30]	26[18-30]	39[27-45] a	30[21-35]	47[36-50]	26[19-30]	301[264-350]
2-4 yıl	58	27[19-30]	32,5[23-35]	26[17-30]	33[21-35]	27,5[18-30]	27,5[20-30]	42[27-45]	31[21-35]	47[30-50]	26,5[21-30]	314,5[251-350]
5 yıl ve üstü	50	27[15-30]	33,5[21-35]	25,5[14-30]	34[19-35]	28[18-30]	27[18-30]	41[27-45] a	32[20-35]	49[30-50]	28[18-30]	316,5[220-350]
Test istatistiği		KW=0,395	KW=2,622	KW=0,731	KW=3,04	KW=2,315	KW=4,405	KW=6,401	KW=4,809	KW=2,036	KW=2,062	KW=3,077
p değeri		p=0,821	p=0,270	p=0,694	p=0,219	p=0,314	p=0,111	p=0,041*	p=0,090	p=0,361	p=0,357	p=0,215
Mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim												
Evet	32	25[18-30]	32[21-35]	25[17-30]	33[21-35]	27,5[19-30]	27,5[20-30]	41[29-45]	31,5[25-35]	45,5[30-50]	26[20-30]	310[251-350]
Hayır	123	28[15-30]	33[19-35]	26[14-30]	33[19-35]	27[18-30]	26[18-30]	41[27-45]	31[20-35]	48[30-50]	27[18-30]	311[220-350]
Test istatistiği		U=1820,5	U=1508	U=1777	U=1858	U=1943,5	U=1913,5	U=1822,5	U=1886,5	U=1940,5	U=1665,5	U=1921
p değeri		p=0,514	p=0,040*	p=0,387	p=0,624	p=0,912	p=0,806	p=0,512	p=0,716	p=0,902	p=0,169	p=0,832

U: Mann Whitney U test istatistiği, KW: Kruskal Wallis H test istatistiği,  $\bar{X}$ : Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum,  $p<0,05$  Anlamlılık düzeyi, \*:  $p<0,05$

a: Dunn testine göre aralarında istatistiksel açıdan fark vardır,  $p<0,05$

Çizelge 4.3'te hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Önemlilik alt boyutu ve alt ölçek puanları verilmiştir.

Hemşirelerin cinsiyeti, eğitim durumu, toplam çalışma süresi, çalıştığı servise göre, önemlilik alt boyutu toplam puanı ve alt ölçeklerinin ortancaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin halen çalışılan servisteki çalışma süresine göre, önemlilik alt boyutu toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak, önemlilik alt boyutunda alt ölçeklerin ortancaları karşılaştırıldığında, “öğretim” alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $KW= 6,401$ ;  $p= 0,041$ ). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan Dunn testine göre, 1 yıl ve altı ile 5 yıl ve üstü çalışma süresi olan gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,049$ ). Halen çalışılan serviste 1 yıl ve altında çalışma süresi olan hemşirelerin ortancası anlamlı olarak düşüktür.

Hemşirelerin mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim alma durumlarına göre, önemlilik alt boyutu toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak, önemlilik alt boyutunda alt ölçeklerin ortancaları karşılaştırıldığında “umut” alt ölçeğinde gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı fark elde edilmiştir ( $U= 1508$ ,  $p=0,040$ ). Mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim alan hemşirelerin ortancası anlamlı olarak düşüktür ( $p=0,044$ ).

Çizelge 4.4. Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Yeterlilik alt boyutu puanları

		Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım edici ilişki	Duyguların ifade edilmesi	Sorun çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinimler	Maneviyat	Toplam
	n	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]
<b>Cinsiyet</b>												
Kadın	110	24[15-30]	28,5[18-35]	24[10-30]	30[18-35]	24[12-30]	24[10-30]	37[21-45]	29[19-35]	46[26-50]	24[13-30]	294 [196-350]
Erkek	45	25[13-30]	31[18-35]	25[14-30]	31[21-35]	26[15-30]	24[14-30]	39[25-45]	30[21-35]	47[28-50]	25[17-30]	298 [191-350]
Test istatistiği		U=2198	U=2125	U=2134,5	U=2315,5	U=2297,5	U=2442	U=2295,5	U=2230,5	U=2280,5	U=2270,5	U=2232,5
p değeri		p=0,273	p=0,166	p=0,177	p=0,527	p=0,480	p=0,896	p=0,478	p=0,331	p=0,439	p=0,416	p=0,339
<b>Eğitim durumu</b>												
Lise	13	25[20-30]	32[25-35]	25[18-30]	33[22-35]	24[18-30]	26[18-30]	38[30-45]	29[21-35]	42[34-50]	24[18-30]	298[238-334]
Ön lisans	11	22[15-30]	26[20-35]	23[15-30]	30[21-35]	25[18-30]	24[18-30]	39[26-45]	29[19-35]	49[28-50]	24[13-30]	297[207-342]
Lisans	115	25[13-30]	29[18-35]	24[10-30]	31[18-35]	24[12-30]	24[10-30]	38[21-45]	29[19-35]	46[26-50]	24[15-30]	295[196-350]
Lisansüstü	16	24,5[16-30]	28,5[18-35]	22[14-30]	29[22-35]	24[15-30]	24[15-27]	36[25-45]	28[21-32]	42,5[28-50]	24[17-27]	281[191-332]
Test istatistiği		KW=6,844	KW=7,47	KW=4,453	KW=2,459	KW=0,673	KW=4,441	KW=2,847	KW=3,838	KW=2,954	KW=1,903	KW=2,107
p değeri		p=0,077	p=0,058	p=0,217	p=0,483	p=0,880	p=0,218	p=0,416	p=0,279	p=0,399	p=0,593	p=0,551
<b>Çalıştığı servis</b>												
Kadın	48	24,5[18-30]	30[18-35]	24[16-30]	30[19-35]	25[18-30]	24[14-30]	38[25-45]	30[20-35]	46,5[30-50]	26[18-30]	296,5[220-350]
Erkek	107	25[13-30]	29[18-35]	24[10-30]	31[18-35]	24[12-30]	24[10-30]	38[21-45]	28[19-35]	46[26-50]	24[13-30]	295[191-350]
Test istatistiği		U=2542	U=2544	U=2457	U=2537	U=2353	U=2559,5	U=2567,5	U=2188,5	U=2409	U=2095	U=2376,5
p değeri		p=0,92	p=0,926	p=0,666	p=0,904	p=0,401	p=0,974	p=0,998	p=0,139	p=0,535	p=0,065	p=0,459

U: Mann Whitney U test istatistiği, KW: Kruskal Wallis H test istatistiği,  $\bar{X}$ :Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum,  $p<0,05$  Anlamlılık düzeyi, \*: $p<0,05$

Çizelge 4.4. (devam) Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Yeterlilik alt boyutu puanları

		Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım edici ilişki	Duyguların ifade edilmesi	Sorun çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinimler	Maneviyat	Toplam
	n	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]	$\bar{X}$ [Min - Max]
<b>Toplam çalışma süresi</b>												
5 yıl ve altı	50	25[15-30]	28[21-35]	24[10-30]	31[21-35]	25[18-30]	24[14-30] <sup>a</sup>	37,5[25-45]	30[24-35]	44,5[34-50]	25[18-30]	294,5[237-350]
6-10 yıl	34	24,5[15-30]	28[18-35]	23,5[14-30]	30[19-35]	23,5[12-30] <sup>a</sup>	23,5[10-30] <sup>a</sup>	38[21-45]	28,5[21-35]	47[30-50]	23,5[17-30]	286,5[196-342]
11 ve üstü	71	24[13-30]	30[18-35]	24[14-30]	30[18-35]	26[15-30] <sup>a</sup>	24[14-30]	38[24-45]	29[19-35]	47[26-50]	24[13-30]	298[191-350]
Test istatistiği		KW=0,608	KW=2,700	KW=1,247	KW=0,473	KW=7,922	KW=6,265	KW=0,121	KW=2,848	KW=0,504	KW=3,313	KW=2,476
p değeri		p=0,738	p=0,259	p=0,536	p=0,789	p=0,019*	p=0,044*	p=0,942	p=0,241	p=0,777	p=0,191	p=0,290
<b>Halen çalışılan serviste çalışma süresi</b>												
1 yıl ve altı	47	24[15-30]	27[18-35]	24[14-30]	31[21-35]	24[15-30]	24[14-30]	37[25-45]	28[19-35]	45[28-50]	24[13-30]	294[191-350]
2-4 yıl	58	24,5[15-30]	29,5[18-35]	24[10-30]	29[19-35]	24[12-30]	24[14-30]	38[25-45]	29,5[20-35]	45,5[30-50]	24[18-30]	293[196-342]
5 yıl ve üstü	50	25[13-30]	30[18-35]	24[14-30]	30[18-35]	25[15-30]	24[10-30]	39[21-45]	29[19-35]	47[26-50]	24[15-30]	297,5[196-350]
Test istatistiği		KW=0,305	KW=4,274	KW=1,314	KW=2,258	KW=2,63	KW=0,085	KW=0,653	KW=0,626	KW=1,608	KW=0,001	KW=0,566
p değeri		p=0,858	p=0,118	p=0,518	p=0,323	p=0,268	p=0,958	p=0,721	p=0,731	p=0,448	p=1,000	p=0,753
<b>Mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim</b>												
Evet	32	25[17-30]	30,5[19-35]	24[16-30]	29,5[23-35]	26[18-30]	24,5[14-30]	37[25-45]	29[21-35]	47[34-50]	24[18-30]	297[230-350]
Hayır	123	24[13-30]	29[18-35]	24[10-30]	31[18-35]	24[12-30]	24[10-30]	38[21-45]	29[19-35]	46[26-50]	24[13-30]	296[191-350]
Test istatistiği		U=1865	U=1876,5	U=1714,5	U=1824,5	U=1856,5	U=1631,5	U=1743,5	U=1874,5	U=1815,5	U=1919	U=1963
p değeri		p=0,649	p=0,685	p=0,261	p=0,524	p=0,620	p=0,133	p=0,317	p=0,678	p=0,497	p=0,827	p=0,982

U: Mann Whitney U test istatistiği, KW: Kruskal Wallis H test istatistiği,  $\bar{X}$ : Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, p<0,05 Anlamlılık düzeyi, \*: p<0,05 a: Dunn testine göre aralarında istatistiksel açıdan fark vardır, p<0,05

Çizelge 4.4'te hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Yeterlilik alt boyutu ve alt ölçek puanları verilmiştir.

Hemşirelerin cinsiyeti, eğitim durumu, çalıştığı servis, halen çalışılan servisteki çalışma süresi, mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim alma durumlarına göre yeterlilik alt boyutu toplam puanı ve alt ölçeklerin ortancaları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin toplam çalışma süresine göre yeterlilik alt boyutu toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Fakat, yeterlilik alt boyutunda alt ölçeklerin ortancaları karşılaştırıldığında “sorun çözme” ( $KW=6,265$ ;  $p=0,044$ ) ve “duyguların ifade edilmesi” ( $KW=7,922$ ;  $p=0,019$ ) alt ölçeklerinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0,05$ ). “Sorun çözme” alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan Dunn testine göre 6-10 yıl ile 5 yıl ve altında çalışma süresi olan bireylerin ortancaları arasında anlamlı fark görülmektedir ( $p=0,044$ ). “Duyguların ifade edilmesi” alt ölçeğinde farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan Dunn testine göre 6-10 yıl ile 11 yıl ve üstü çalışma süresi olan bireylerin ortancaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p= 0,016$ ).

Çizelge 4.5. Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Uygulanabilirlik alt boyutu puanları

		Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım edici ilişki	Duyguların ifade edilmesi	Sorun çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinimler	Maneviyat	Toplam
	n	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]
<b>Cinsiyet</b>												
Kadın	110	24[11-30]	28[8-35]	21,5[10-30]	29[14-35]	24[10-30]	24[6-30]	36[15-45]	28[7-35]	43[14-50]	24[6-30]	281 [131-350]
Erkek	45	24[8-30]	28[15-35]	23[11-30]	29[14-35]	24[12-30]	23[6-30]	36[23-45]	28[18-35]	43[27-50]	22[12-30]	284 [176-350]
Test istatistiği		U=2327	U=2245,5	U=-1,234	U=2465,5	U=2291,5	U=2184	U=2466	U=2440	U=2415	U=2084	U=2392,5
p değeri		p=0,558	p=0,364	p=0,219	p=0,97	p=0,468	p=0,25	p=0,972	p=0,89	p=0,813	p=0,122	p=0,745
<b>Eğitim durumu</b>												
Lise	13	25[16-30]	32[21-35]	24[18-30] <sup>a</sup>	28[19-35]	24[14-30]	25[12-30]	37[25-44]	28[19-35]	42[35-50]	26[16-30] <sup>a</sup>	289[252-339] <sup>a</sup>
Ön lisans	11	24[14-30]	28[21-35]	22[17-30]	30[21-35]	24[15-30]	24[14-30]	39[21-45]	28[14-35]	47[26-50]	24[13-30]	286[210-350]
Lisans	115	24[8-30]	28[15-35]	23[10-30]	29[14-35]	24[10-30]	24[6-30]	36[15-45]	28[7-35]	44[14-50]	23[6-30]	284[131-350]
Lisansüstü	16	21[11-30]	25,5[8-33]	19,5[12-30] <sup>a</sup>	27,5[14-35]	21,5[12-30]	21[6-27]	31,5[18-40]	26[14-30]	41[25-50]	20,5[12-25] <sup>a</sup>	255[133-305] <sup>a</sup>
Test istatistiği		KW=6,312	KW=7,315	KW=8,534	KW=4,298	KW=4,643	KW=4,222	KW=7,506	KW=7,726	KW=3,225	KW=11,087	KW=8,215
p değeri		p=0,097	p=0,063	p=0,036*	p=0,231	p=0,200	p=0,239	p=0,057	p=0,052	p=0,358	p=0,011*	p=0,042*
<b>Çalıştığı servis</b>												
Kadın	48	24[16-30]	28[17-35]	22[12-30]	29[21-35]	24[13-30]	24[6-30]	37[21-45]	29,5[14-35]	45[30-50]	24,5[10-30]	287[212-350]
Erkek	107	23[8-30]	28[8-35]	22[10-30]	29[14-35]	24[10-30]	23[6-30]	36[15-45]	28[7-35]	43[14-50]	22[6-30]	275[131-350]
Test istatistiği		U=2182,5	U=2382	U=2461,5	U=2542	U=2376,5	U=2384,5	U=2278	U=2097	U=2196,5	U=1917	U=2304
p değeri		p=0,134	p=0,470	p=0,680	p=0,920	p=0,457	p=0,476	p=0,261	p=0,067	p=0,149	p=0,011*	p=0,307

U: Mann Whitney U test istatistiği, KW: Kruskal Wallis H test istatistiği,  $\bar{X}$ : Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum, p<0,05 Anlamlılık düzeyi, \*: p<0,05 a: Dunn testine göre aralarında istatistiksel açıdan fark vardır, p<0,05

Çizelge 4.5. (devam) Hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Uygulanabilirlik alt boyutu puanları

		Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım edici ilişki	Duyguların ifade edilmesi	Sorun çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinimler	Maneviyat	Toplam
	n	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]	$\bar{X}$ [Min – Max]
Toplam çalışma süresi												
5 yıl ve altı	50	24[14-30]	28[15-35]	23[10-30]	29,5[19-35]	24[16-30] <sup>b</sup>	24[6-30]	36[15-45]	28,5[7-35]	44[14-50]	24[6-30]	288,5[131-349]
6-10 yıl	34	22,5[11-30]	26,5[8-35]	21[12-29]	28[14-35]	21[10-30] <sup>ab</sup>	22[6-30]	34,5[18-44]	26,5[14-35]	43[25-50]	21[11-30]	265[133-339]
11 ve üstü	71	24[8-30]	28[15-35]	22[11-30]	29[14-35]	24[12-30] <sup>a</sup>	24[8-30]	36[18-45]	28[16-35]	43[15-50]	24[9-30]	285[145-350]
Test istatistiği		KW=3,455	KW=3,854	KW=5,186	KW=1,507	KW=9,823	KW=3,909	KW=2,53	KW=3,72	KW=0,566	KW=5,355	KW=5,74
p değeri		p=0,178	p=0,146	p=0,075	p=0,471	p=0,007*	p=0,142	p=0,282	p=0,156	p=0,754	p=0,069	p=0,057
Halen çalışılan serviste çalışma süresi												
1 yıl ve altı	47	24[14-30]	28[17-35]	23[14-30]	29[17-35]	24[14-30]	24[8-30]	36[18-45]	28[17-35]	43[26-50]	23[13-30]	285[184-350]
2-4 yıl	58	24[14-30]	28[15-35]	22[10-30]	28[16-35]	24[10-30]	23,5[6-30]	36[15-45]	28[7-35]	43,5[14-50]	24[6-30]	278,5[131-339]
5 yıl ve üstü	50	23[8-30]	28[8-35]	21,5[11-30]	28,5[14-35]	24[12-30]	23,5[6-30]	37,5[18-45]	28,5[14-35]	43,5[15-50]	23[9-30]	284[133-350]
Test istatistiği		KW=1,451	KW=0,167	KW=1,312	KW=0,429	KW=1,51	KW=0,685	KW=0,685	KW=0,231	KW=0,108	KW=0,618	KW=0,348
p değeri		p=0,484	p=0,920	p=0,519	p=0,807	p=0,470	p=0,710	p=0,710	p=0,891	p=0,947	p=0,734	p=0,84
Mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim												
Evet	32	22,5[12-30]	28[8-35]	22[11-30]	28[14-35]	24,5[12-30]	24[6-30]	36,5[15-45]	28[7-35]	41[14-50]	24[6-30]	281,5[131-350]
Hayır	123	24[8-30]	28[15-35]	22[10-30]	29[14-35]	24[10-30]	23[6-30]	36[18-45]	28[14-35]	44[15-50]	23[9-30]	284[145-350]
Test istatistiği		U=1900	U=1761,5	U=1890	U=1952,5	U=1792,5	U=1640,5	U=1679	U=1949,5	U=1811	U=1730,5	U=1950
p değeri		p=0,764	p=0,360	p=0,729	p=0,945	p=0,436	p=0,146	p=0,200	p=0,935	p=0,486	p=0,292	p=0,936

U: Mann Whitney U test istatistiği, KW: Kruskal Wallis H test istatistiği,  $\bar{X}$ : Ortanca (Medyan), Min: Minimum, Max: Maksimum,  $p<0,05$  Anlamlılık düzeyi, \* $p<0,05$

a: Dunn testine göre aralarında istatistiksel açıdan fark vardır,  $p<0,05$

b: Dunn testine göre aralarında istatistiksel açıdan fark vardır,  $p<0,05$

Çizelge 4.5’te hemşirelerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre BOHHEÖ-Uygulanabilirlik alt boyutu ve alt ölçek puanları verilmiştir.

Hemşirelerin cinsiyeti, halen çalışılan servisteki çalışma süresi ve mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim alma durumlarına göre uygulanabilirlik alt boyutu toplam puanı ve alt ölçeklerinin ortancaları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşirelerin eğitim durumuna göre uygulanabilirlik alt boyutu toplam puanı ve alt ölçeklerinin ortancaları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Uygulanabilirlik toplam puanı ( $KW=8,215$ ;  $p=0,042$ ), duyarlılık ( $KW=8,534$ ;  $p=0,036$ ) ve maneviyat ( $KW=11,087$ ;  $p=0,011$ ) alt ölçeklerinde anlamlı fark vardır ( $p<0,05$ ). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan Dunn testine göre, lisansüstü ve lise mezunları arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Eğitim durumu lisansüstü olan hemşirelerin ortancası anlamlı olarak düşüktür.

Hemşirelerin çalıştığı servise göre uygulanabilirlik alt boyutu toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak, uygulanabilirlik alt boyutu alt ölçeklerinin ortancaları karşılaştırıldığında, “maneviyat” alt ölçeğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $U=1917$ ,  $p=0,011$ ). Erkek servisinde çalışan hemşirelerin ortancası anlamlı olarak düşüktür.

Hemşirelerin toplam çalışma süresine göre uygulanabilirlik alt boyutu toplam puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak, uygulanabilirlik alt boyutu alt ölçeklerinin ortancaları karşılaştırıldığında “duyguların ifade edilmesi” alt ölçeğinde gruplar arasında anlamlı fark elde edilmiştir ( $KW=9,823$ ;  $p=0,007$ ). Farkın kaynaklandığı grupları belirlemek için yapılan Dunn testine göre, 6-10 yıl ile 11 yıl ve üstü ( $p=0,017$ ) ve 6-10 yıl ile 5 yıl ve altı deneyimi olan gruplar arasında ( $p=0,011$ ) anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). 6-10 yıl arasında çalışma deneyimi olan bireylerin ortancası anlamlı olarak düşüktür.

Çizelge 4.6. Hemşirelerin yaş, toplam çalışma süresi ve halen çalışılan servisteki çalışma süresi ile BOHHEÖ alt boyutlarının ilişkisi

		Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabilirlik
Yaş	r	-0,162	0,015	0,044
	p	0,044*	0,855	0,584
Toplam çalışma süresi	r	-0,142	0,018	0,005
	p	0,078	0,828	0,947
Halen çalışılan servisteki çalışma süresi	r	0,045	0,017	-0,027
	p	0,575	0,829	0,742

r: Spearman rank korelasyonu,  $p < 0,05$  Anlamlılık düzeyi, \*:  $p < 0,05$

Çizelge 4.6'da hemşirelerin yaşı, toplam çalışma süresi ve halen çalışılan servisteki çalışma süresi ile BOHHEÖ alt boyutlarının ilişkisi değerlendirilmiştir.

Hemşirelerin yaşı ile BOHHEÖ' alt boyutlarının toplam puan ilişkisi değerlendirildiğinde; yaş ile önemlilik alt boyutu toplam puanı arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,162$ ;  $p = 0,044$ ). Hemşirelerin yaşı arttıkça, önemlilik alt boyutu puanı azalmaktadır. Yaş ile yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutları toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p > 0,05$ ).

Hemşirelerin toplam çalışma süresi ve halen çalışılan servisteki çalışma süresi ile BOHHEÖ' i alt boyutlarının toplam puan ilişkisi değerlendirildiğinde, anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma soruları çerçevesinde tartışmaya yer verilmiştir.

### 1.Ruh sağlığı bölge hastanelerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışları nedir?

Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ toplam puanlarının önemlilik alt boyutu için  $311,6 \pm 28,6$ ; yeterlilik alt boyutu için  $291,2 \pm 32,9$ ; uygulanabilirlik alt boyutu için ise  $274,2 \pm 41,5$  olduğu bulunmuştur. BOHHEÖ-önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarından en düşük 70, en yüksek 350 puan alınabilmektedir. Buna göre hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının olumlu düzeyde olduğu söylenebilir. BOHHEÖ'nin alt boyutlara göre puanları incelendiğinde, uygulanabilirlik alt boyutu puanının, önemlilik ve yeterlilik alt boyut puanlarına göre düşük olduğu görülmektedir. Hemşireler ile veri toplama sırasında yapılan gözlemlere dayanarak, psikiyatri servislerinde saldırgan/ajite hastaların fazla olması, hastanın iletişime kapalı olması, iş yoğunluğu, mesleki tecrübenin yetersizliği gibi nedenlerin hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimini davranışa dönüştürmesini etkilediği düşünülmektedir. Buna benzer şekilde yapılan araştırmalar incelendiğinde; Kaçmaz ve Çam (2019)'ın psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasında puan ortalamaları, önemlilik alt boyutunda  $313,08 \pm 30,45$ ; yeterlilik alt boyutunda  $283,79 \pm 37,43$ ; uygulanabilirlik alt boyutunda  $268,01 \pm 46,65$  bulunmuştur. Cerit ve diğerleri (2019)'nin bir üniversite hastanesinin genel servislerinde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasında, hemşirelerin puan ortalamaları önemlilik alt boyutunda  $299,33 \pm 38,65$ ; yeterlilik alt boyutunda  $284,56 \pm 38,94$ ; uygulanabilirlik alt boyutunda  $267,73 \pm 50,21$  olarak bildirilmiştir. Bayraktar ve Eşer (2017)'in dahili ve cerrahi servislerde çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasında puan ortalamaları, önemlilik alt boyutunda  $296,75 \pm 39,95$ ; yeterlilik alt boyutunda  $265,07 \pm 46,12$ ; uygulanabilirlik alt boyutunda  $241,39 \pm 48,95$  bulunmuştur. Bu çalışmalarda, bizim çalışmamızla benzer sonuçlar görülmektedir.

## 2.Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışları etkilemekte midir?

Hemşirelerin cinsiyet, eğitim durumu, toplam çalışma süresi, halen çalıştıkları servisteki çalışma süresi, çalışılan servis ve mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim almalarına göre BOHHEÖ-önemlilik ve yeterlilik alt boyutları toplam puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak, BOHHEÖ-uygulanabilirlik alt boyutu toplam puanında eğitim durumuna göre gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Gruplar arası karşılaştırmalarda, eğitim durumu lisansüstü olan hemşirelerin, lise mezunu hemşirelere göre bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimini daha az uygulanabilir buldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak, Kaçmaz ve Çam (2019)'ın çalışmasında, eğitim düzeyi arttıkça uygulanabilirlik alt boyutu toplam puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bayraktar ve Eşer (2017)'in çalışmasında da hemşireler eğitim düzeyleri arttıkça bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimini daha uygulanabilir bulmaktadır. Bunların yanı sıra, hemşirelerin eğitim düzeyi ile iletişim becerilerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça, iletişim ve empati kurma becerilerinin arttığı görülmektedir (Kumcağız ve diğerleri, 2011; Şahin ve Özdemir, 2015; Tuncer ve Demiralp, 2016). Bazı çalışmalarda da eğitim düzeyinin, meslekte profesyonel tutumun oluşmasında ve bakım verici rolün gelişmesinde etkili olduğu ifade edilmiştir (Dikmen, Yönder, Yorgun, Usta, Umur, 2014; Yılmaz ve diğerleri, 2017). Ancak çalışmamızın bulguları, bu sonuçları desteklememektedir. Literatürde eğitim düzeyinin, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminde etkili olmadığı çalışmalar da mevcuttur (Cerit ve diğerleri, 2019; Zaybak ve diğerleri, 2014).

Hemşirenin çalıştığı alanda ortaya çıkan karışık, istenmeyen durumlara ya da sorunlara etkili ve uygun çözümler üretmesi önemlidir. Hemşirenin sorun çözme konusundaki becerilere sahip olması ve geliştirmesi, içinde buldukları duruma uyumunu ve mesleki konuda kendine güvenini sağlamaktadır (Yıldırım ve Bağısürer, 2019). Yapılan bazı çalışmalarda, çalışma yılı az olan hemşirelerin, meslekte profesyonelliğe daha fazla önem verdiği görülmektedir (Beydağ ve Arslan, 2008; Dikmen ve diğerleri, 2014). Profesyonel bir hemşireden beklenen de bakımda problem çözme becerilerinin kullanılmasıdır (Bahar ve diğerleri, 2019). Bizim çalışmamızda da 5 yıl ve daha az çalışan hemşirelerin, 6-10 yıl arasında çalışma süresi olanlara göre, sorun çözme konusunda kendilerini daha yeterli

hissettikleri sonucu elde edilmiştir. 5 yıl ve altında mesleki deneyimi olan hemşirelerin kendilerini daha yeterli hissetmeleri; mesleğe yeni başlamaları ve öğrenim sürecinde aldıkları bilgileri uygulamaya aktarma konusunda daha aktif olmaları, hasta ile iletişim kurma konusunda daha istekli olmaları gibi nedenlerden kaynaklanabilir. Literatürde hemşirelerin çalışma süresi ile problem çözme becerilerinin karşılaştırıldığı, bulgumuzu destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar yer almaktadır. Çelenk ve Topoyan (2017)' in çalışmasında hemşirelerin kıdem yılı arttıkça, problem çözme beceri düzeylerinin azaldığı sonucu elde edilmiştir. Hemşirelerin meslekte çalışma yılı arttıkça, problem çözme becerilerinin daha iyi olduğu çalışmalar da (Bahar ve diğerleri, 2019; Karakurt ve Ekinci, 2015; Koçak ve Büyükyılmaz, 2019; Şahin,2015; Tercanlı,2011) mevcuttur. Hemşirelerin çalışma süresinin problem çözme becerilerini etkilemediği çalışmalar da (Yıldırım ve Bağsürer, 2019; Yıldız ve Güven, 2009) yer almaktadır.

Hemşirenin, hastaya yanında olduğunu hissettirmesi, hastanın duygu ve düşüncelerini ifade etmesini ve çözümler üretmesini sağlamaktadır. Hastanın kişisel kaygılarını, duygularını ve düşüncelerini dinlemeye özen göstermek, hemşire hasta ilişkisinin gelişmesinde oldukça önemlidir (Potter ve diğerleri, 2013: 83,84). Çalışmamızda, 11 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin olumlu ve olumsuz duyguları ifade etme ve destekleme konusunda kendilerini daha yeterli hissettikleri ve daha uygulanabilir buldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Mesleki deneyim arttıkça, problem çözme (Bahar ve diğerleri, 2019; Koçak ve Büyükyılmaz, 2019) ve iletişim becerilerinin artmasına (Karadağ ve diğerleri, 2015; Uyar, 2018) bağlı olarak, hemşirelerin duyguların ifade edilmesi alt ölçeğindeki tutum ve davranışlar konusunda kendilerini yeterli hissetmeleri ve uygulanabilir bulmaları muhtemel bir sonuçtur. Bizim bulgumuzun aksine, Kaçmaz ve Çam (2019)'ın çalışmasında çalışma yılı ile yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutları "duyguların ifade edilmesi" alt ölçeği arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

Hemşireler, bakımın sürekliliğini sağlamak amacıyla hastaya gerekli bilgileri sağlamaktadır. Hastalar da kendi sağlıkları hakkında bilinçli kararlar almak için tanılarını, mevcut tedavileri ve hastalığın gidişatını bilme hakkına sahiptir. Hastaya uygun tasarlanmış kapsamlı bir öğretim yöntemi ile gerekli bilgileri sağlamak, bakımın kalitesini arttırmakta ve hastanın durumunu iyileştirecek davranış değişikliklerinin oluşmasını sağlamaktadır (Potter ve diğerleri, 2013: 328). Çalışmamızda, aynı serviste 5 yıl ve üstü çalışan hemşireler, "öğretim" alt ölçeğindeki tutum ve davranışları daha önemli

bulmaktadır. Hemşirelerin halen çalıştıkları servisteki çalışma süresine göre, ölçeğin yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutu “öğretim” alt ölçeğinde grupların ortancaları incelendiğinde de 5 yıl ve üstü çalışan hemşirelerin ortancalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre, 5 yıl ve üstü aynı serviste çalışan hemşirelerin, bu tutum ve davranışlar konusunda kendileri yeterli hissettikleri ve uygulanabilir buldukları söylenebilir. Bu durum aynı serviste uzun süre çalışan hemşirelerin, servisin rutinlerine daha fazla hâkim olması, ilaç tedavisini programlama, hastaya bakım ve tedavisiyle ilgili bilgi verme ve hastayı destekleme konusunda deneyim kazanmaları ile açıklanabilir. Bizim bulgumuzdan farklı olarak Kaçmaz ve Çam (2019)’ın çalışmasında, kurumda çalışma yılı ile önemlilik alt boyutu “öğretim” alt ölçeğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Manevi bakım; hastayı dinleme, empati kurma, hastanın manevi ihtiyaçlarına ve inançlarına duyarlı olma ve dini uygulamalarını yapabilmesi için destek olmayı içermektedir (Ercan, Körpe, Demir, 2018). Hemşirelerin bakımda bu davranışları uygulaması, bireyin sağlığını ve refahını korumak ve hastalıkla başa çıkması için gereken dengeyi sağlamak açısından önemlidir (Potter ve diğerleri, 2013: 693,694). Kaçmaz ve Çam (2019)’ın çalışmasında hemşirelerin manevi destek algılarının artmasıyla bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verdikleri önem artmakta, kendilerini yeterli algılamakta ve uygulanabilir olduğunu düşünmektedirler. Çalışmamızda, lise mezunu hemşireler lisans üstü mezunlarına göre “maneviyat” alt ölçeğindeki tutum ve davranışları daha uygulanabilir bulmaktadır. Ancak, literatürde yer alan çalışmalar bulgumuzu desteklememektedir. Kaçmaz ve Çam (2019)’ın çalışmasında psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin eğitim düzeyi yükseldikçe maneviyat alt ölçeğindeki tutum ve davranışları daha uygulanabilir bulunduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Çeşitli servislerde çalışan hemşirelerin eğitim düzeylerinin artmasıyla manevi bakım puanlarının arttığı çalışmalar da (Özbaşaran, Ergül, Temel, Aslan, Çoban, 2011; Sezer, 2018; Şahin ve Özdemir, 2016) mevcuttur. Ayrıca, hemşirelerin eğitim durumunun maneviyat ve manevi bakım ile ilgili algılarını etkilemediği çalışmalar (Ercan ve diğerleri, 2018; Gönenç, Akkuzu, Altın, Möroy, 2016; Macit ve Karaman, 2019; Nas, 2018) bulunmaktadır.

Çalışmamızda kadın servisinde çalışan hemşireler erkek servisinde çalışanlara göre, maneviyat alt ölçeğindeki tutum ve davranışları daha uygulanabilir bulmaktadır. Çalışmanın yapıldığı kurumlarda, kadın servislerinde daha çok kadın hemşirelerin çalıştığı gözlemlenmiştir. Literatür incelendiğinde de kadın hemşirelerin manevi bakım ile ilgili

puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu çalışmalar yer almaktadır (Macit ve Karaman, 2019; Melhem ve diğeri, 2016). Kadın servisinde çalışan hemşirelerin maneviyatla ilgili tutum ve davranışları daha uygulanabilir bulması, bu durum ile ilişkilendirilebilir.

Kişilerarası duyarlılık, kişinin kendisini, karşısındaki bireyi ve çevresini net bir şekilde algılayıp, uygun yanıtı verebilmesidir (Aydın ve Hiçdurmaz, 2016). Çalışmamızda, lise mezunu olan hemşireler lisans üstü mezunlarına göre “duyarlılık” alt ölçeğindeki tutum ve davranışları daha uygulanabilir bulmaktadır. Hemşire hasta ilişkisinde kişilerarası duyarlılığın yüksek olması, kişinin daha kırılgan olmasına ve yetersizlik duygusunun gelişmesine neden olarak, bireyler arasındaki ilişkilerde sorunlara yol açabilmekte, kişinin özgüvenini etkilemekte ve bakım kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir. Kişilerarası duyarlılığın yüksek olmasından kaynaklı oluşabilecek olumsuz durumları azaltmak ancak duyarlılık seviyesini en uygun düzeyde tutmakla mümkün olacaktır (Aydın ve Hiçdurmaz, 2016). Bu sebeple, çalışmamızda lisansüstü hemşirelerin duyarlılıkla ilgili tutum ve davranışları uygulanabilir bulma seviyesinin, lise mezunlarına göre daha düşük olması olumlu olarak düşünülmektedir. Hemşirenin en uygun düzeyde duyarlılığa sahip olması, iyileşme sürecine ve hem kendisinin hem de hastanın ruh sağlığına olumlu katkı sağlayacaktır (Aydın ve Hiçdurmaz, 2016). Bizim bulgumuzdan farklı olarak Kaçmaz ve Çam (2019)’ın çalışmasında hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça, “duyarlılık” alt ölçeğindeki tutum ve davranışları daha uygulanabilir buldukları sonucu elde edilmiştir.

Umut, insanların hayatını tehdit eden durumlar ve zorluklara katlanmasını sağlayan çok boyutlu bir kavramdır (Potter ve diğeri, 2013: 693). Ağır ruhsal hastalığı olan bireylerde umudu sağlamak, kayıplara karşı uyumunu ve hastanın iyileşme beklentisini arttırmaktadır (Çam ve Yalçiner, 2018). Çalışmamızda, mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim almayan hemşireler, “umut” alt ölçeğindeki tutum ve davranışları daha önemli bulmaktadır. Psikiyatri servislerinde bakım alan hastaların, yatış sürelerinin uzun olması, kronik rahatsızlıklara sahip olmaları, aile ve çevre desteğinin yetersiz olması, damgalanma gibi nedenlerle umutsuzluk düzeylerinin yüksek olduğu; bakım veren hemşireler için de bu hastalara umut aşılamanın zor olduğu düşünülmektedir. Literatürde de hastalık ve yatış süresi arttıkça umutsuzluğun arttığı (Arslantaş ve diğeri, 2010), şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalama arttıkça umut düzeyinin azaldığı (Olçun ve Altun, 2017) bulguları mevcuttur. Ancak, hemşirelerin mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim

alma durumları ve “umut” ile ilgili tutum ve davranışlarının birlikte incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır.

BOHHEÖ alt boyutlarının toplam puanları ile hemşirelerin yaşı arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ile önemlilik alt boyutu toplam puanı arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,162$ ;  $p=0,044$ ). Hemşirelerin yaşı arttıkça, önemlilik alt boyutu puanı azalmaktadır. Ancak, bu bulgu zayıf anlamlıdır. Çalışmamızda, yaş ile BOHHEÖ-yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutunda anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bizim bulgumuzun aksine, Uyar (2018) ile Bayraktar ve Eşer (2017)'in çalışmalarında, hemşirelerin yaşı arttıkça bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminde kendilerini daha yeterli hissetmekte ve uygulanabilir bulmaktadır. Şahin ve Özdemir (2015)'in çalışmasında, hemşirelerin yaşı arttıkça iletişim ve empati beceri puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaş ile birlikte mesleki deneyimin de artmasına paralel olarak, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi düzeyinin artması ve hemşirelerin bu konuda kendilerini yeterli hissetmesi beklenen bir durumdur. Ancak, çalışmamız bu sonuçları desteklememektedir. Literatürde, yaşın bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimini ve iletişim becerilerini etkilemediği çalışmalar da (Erzincanlı ve Yüksel, 2018; Kumcağız, Yılmaz, Çelik, Avcı, 2011; Şen, Yılmaz, Ünüvar, 2013; Yılmaz ve Çınar, 2017) yer almaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruh sağlığı bölge hastanelerinin psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada, araştırma sorularına bulunan sonuçlar bu bölümdeyer almaktadır.

1. Ruh sağlığı bölge hastanelerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışları nedir?

Hemşirelerin BOHHEÖ puan ortalamalarının önemlilik alt boyutu için  $311,6 \pm 28,6$ ; yeterlilik alt boyutu için  $291,2 \pm 32,9$ ; uygulanabilirlik alt boyutu için ise  $274,2 \pm 41,5$  olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışları olumlu düzeydedir.

2. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ile ilgili tutum ve davranışları etkilemekte midir?

Hemşirelerin “sorun çözme” alt ölçeğindeki tutum ve davranışlarda kendilerini yeterli/rahat hissetme düzeyleri, toplam çalışma sürelerinden etkilenmiştir.

Hemşirelerin “duyguların ifade edilmesi” alt ölçeğindeki tutum ve davranışlarda kendilerini yeterli/rahat hissetmeleri ve uygulanabilir bulma düzeyleri, toplam çalışma sürelerinden etkilenmiştir.

Hemşirelerin “öğretim” alt ölçeğindeki tutum ve davranışları önemli bulma düzeyleri, şu anda çalıştıkları servisteki çalışma sürelerinden etkilenmiştir.

Hemşirelerin “maneviyat” alt ölçeğindeki tutum ve davranışları uygulanabilir bulma düzeyleri, eğitim durumlarından ve şu anda çalıştıkları servisten etkilenmiştir.

Hemşirelerin “duyarlılık” alt ölçeğindeki tutum ve davranışları uygulanabilir bulma düzeyleri, eğitim durumlarından etkilenmiştir.

Hemşirelerin “umut” alt ölçeğindeki tutum ve davranışları önemli bulma düzeyleri, mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitim alma durumlarından etkilenmiştir.

Hemşirelerin yaşı ile bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimini önemli bulma düzeyleri arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Hemşirelerin çalışma süreleri ile bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi düzeyleri arasında ilişki saptanmamıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda,

- Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin, mezuniyet sonrası ruh sağlığı alanında eğitimlerine devam etmeleri konusunda desteklenmesi,
- Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının geliştirilmesi amacıyla eğitimler planlanması,
- Hemşirelik eğitiminde iletişim ve ruh sağlığında iyileşme odaklı bakım yaklaşımı konularına ayrıntılı yer verilmesi, bu konularda mezuniyet sonrası eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Aktaş, Y., Arabacı, L. B., ve Dülgerler, Ş. (2020). Watson insan bakım modeli'ne göre şizofreni tanılı bir hastada hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 51-57.
- Altıok, H.Ö., Şengün, F., ve Üstün, B. (2011). Bakım: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3),137-140.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.
- Arslantaş, H., Adana, F., Kaya, F., ve Turan, D. (2010). Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florange Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 18(2), 87-97.
- Atar, N.Y., Aştı, T.A. (2012). Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(2), 129-39.
- Aydın, A., Hiçdurmaz, D. (2016). Kişilerarası duyarlılık ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 45-4.
- Bahar, Z., Aydoğdu, G., N., Fındık, M., Özdilek, S., Ercan, B., ve Ulukaya, T. (2019). Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerileri. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 3-14.
- Bayraktar, D., Eşer, İ. (2017). Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 20(3), 188-194.
- Beydağ, K.D., Arslan, H. (2008). Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7), 75-87.
- Bonney, S., Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: A review of the British literatüre. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 140-153.
- Boyd, A. M. (2018). *Psychiatric nursing: contemporary practice*. (sixth edition). Philadelphia: Wolters Kluwer, 31-324.
- Caldwell, B. A., Sclafani, M., Swarbrick, M., and Piren, K. (2010). Psychiatric nursing practice the recovery model of care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 48(7), 42-48.
- Cerit, B., Bilgin, N. Ç., Çoşkun, S., ve Yorgun, S. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4),727-733.
- Chiba, R., Miyamoto, Y., Kawakami, N., and Harada, N. (2014). Effectiveness of a program to facilitate recovery for people with long-term mental illness in Japan. *Nursing and Health Science*, 16(3), 277-283.

- Cleary, M., Edwards, C. (1999). 'Something always comes up': nurse-patient interaction in an acute psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(6), 469-477.
- Cleary, M., Horsfall, J., O'Hara-Aarons, M., and Hunt, G. E. (2013). Mental health nurses views of recovery within an acute setting. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 205-212.
- Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., Jones, A. And Simpson, A. (2019). Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 19(1), 115.
- Cossette, S., Caraa, C., Ricarda, N., and Pepin, J. (2005). Assessing nurse-patient interactions from a caring perspective: report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse-Patient Interactions Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 673-686.
- Çam, M. O., Durmuş, H. A. (2016). Ruhsal hastalığı olan bireyler ve psikiyatri hemşireleri açısından iyileşme. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 97-106.
- Çam, O., Yalçın, N. (2018). Ruhsal hastalık ve iyileşme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 55-60.
- Çelenk, O., Topoyan, M. (2017). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin problem çözme beceri düzeylerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 251-259.
- Çıtak, E. A. (2016). Ruhsal hastalıklarda iyileşme ve iyileşme modelleri., N. Gürhan. (Editör). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*. Birinci Baskı. Ankara. Nobel Tıp Kitabevleri, 269-287.
- Dikmen, Y.D., Yönder, M., Yorgun, S., Usta, Y.U., ve Umur, S. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Tutumları ile Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3),158-164.
- Ercan, F., Körpe, G., ve Demir, S. (2018). Bir üniversite hastanesinde yataklı servislerde çalışan hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin algıları. *Gazi Medical Journal*. 29, 17-22.
- Erer, M.T., Akbaş, M., ve Yıldırım, G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(1), 1-5.
- Erzincanlı, S., Yüksel, A. (2018). Öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 10-17.
- Gale, J., Lucette, S.M. (2012). Community mental health nurses' perspectives of recovery-oriented practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 348-353.

- Gönenç, İ. M., Akkuzu, G., Durdun, R. A., Möroy, P. (2016). Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 34-38.
- Haugan, G., Innstrand, S. T., and Moksnes, U. K. (2013). The effect of nurse–patient interaction on anxiety and depression in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2192-2205.
- Haugan, G., Moksnes, U. K., and Løhre, A. (2016). Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse–patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(4), 790-801.
- İnternet: Dünya Sağlık Örgütü. (2017). Promoting recovery in mental health and related services. Web: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254810/WHO-MSDMHP17.10eng.pdf;jsessionid=925B761BBD5D1EE7639740F5EC59D796?sequence=1>, Son Erişim Tarihi: 20.10.2019.
- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 117.
- Jiang, L. L., Ruan, H., Xiang, X. J., and Jia, Q. (2015). Investigation and analysis of the caring attitude and behaviour of nurses in Shanghai, China. *International Journal of Nursing Practice*, 21(4), 426-432.
- Kabasakal, A., Kitiş, Y. (2021). Watson’ ın insan bakım modelinin kavramsal açıdan incelenmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 6 (2), 5-9.
- Kaçmaz, E. D., Çam, M. O. (2019). Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(1), 65-74.
- Kalender, N., Tosun, N., Çınar, F. İ., Bağçivan, G., ve Yaşar, Z. (2016). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 277-281.
- Karadağ, M., Işık, O., Cankul, İ.H., ve Abuhanoğlu, H. (2015). Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 160-179.
- Karakurt, N., Ekinci, M. (2015). Hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (4), 574-593.
- Knutson, M.B., Newberry, S., Schaper, A. (2013). Recovery education: a tool for psychiatric nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 874–81.
- Koçak, Y. M., Büyükyılmaz, F. (2019). Hemşirelerin öz-yeterlilik algıları ile problem çözme becerilerinin incelenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(3), 169-77.

- Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik, S. B., ve Avcı, İ. A. (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 49-56.
- Lim, E., Wynaden, D., and Heslop, K. (2019). Changing practice using recovery-focused care in acute mental health settings to reduce aggression: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 237-246.
- Macit, M., Karaman, M. (2019). Hemşirelerde manevi destek algısının incelenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3).
- Melhem, G. A. B., Zeilani, R.S., Zaqqout, O.A., Aljwad, A.I., Shawagfeh, M.Q., and Rahim, M. (2016). Nurses perceptions of spirituality and spiritual care giving: a comparison study among all health care sectors in jordan. *Indian Journal of Palliative Care*, 22, 42-49.
- McKenna, B., Furness, T., Dhital, D., Ennis, G., Houghton, J., Lupson, C., and Toomey, N. (2014). Recovery-oriented care in acute inpatient mental health settings: an exploratory study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(7), 526-532.
- Moller, M.D., McLoughlin, K.A. (2013). Integrating recovery practices into psychiatric nursing: where are we in 2013? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 19(3), 113-116.
- Nas, İ. (2018). *Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakım alguları ile mesleğe yönelik tutumları arasındaki ilişki*. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- O'Connor, F. W., Delaney, K. R. (2007). The recovery movement: defining evidence-based processes. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21(3), 172-175.
- Olçun, Z., Altun, Ö. Ş. (2017). The correlation between schizophrenic patients' level of internalized stigma and their level of hope. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(4), 332-337.
- Özbaş, D., Buzlu, S. (2011). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(3), 187-193.
- Özbaşaran, F., Ergül, Ş., Temel, A. B., Aslan, G., ve Çoban, A. (2011). Turkish nurse's perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(21-22), 3102-3110.
- Özcan, A. (2006). *Hemşire- hasta ilişkisi ve iletişim*. (ikinci baskı). Ankara: Sistem Ofset, 4-31.
- Özkan, H. A., Bilgin, Z. (2016). Hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 191-200.
- Özkan, İ. A., Okumuş, H. (2012). Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, 14(2).

- Pazargadi, M., Moghadam, M.F., Khoshknab, M. F., Renani, H. A., and Molazem, Z. (2015). The therapeutic relationship in the Shadow: nurses' experiences of barriers to the nurse-patient relationship in the psychiatric ward. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(7), 551-557.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P.A., and Hall, A. M. (2013). *Fundamentals of nursing*. (eighth edition). Canada: Elsevier Mosby, 65-708.
- Roberts, D. (2013). *Psychosocial nursing care: a guide to nursing the whole person*.(first edition). United Kingdom: McGraw-Hill Education, 21-57.
- Savaşan, A. (2015). *Etkisiz bireysel baş etme ve benlik kavramında bozulma hemşirelik tanısı alan alkol bağımlılarında TİDAL (Gel-Git) Model'e dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının etkisi*, Yayınlanmış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Sezer, K. H. (2018). *Pediatric hemşirelerinin duygu gereksinimleri ile maneviyat ve manevi bakım hakkındaki görüşlerinin incelenmesi*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Şahin, P. (2015). *Hemşirelerin problem çözme becerilerinin çeşitli demografik özellikleri ile ilişkisi (Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi örneği)*, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Şahin, Z. A., Özdemir, F. K. (2015). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(1), 1-7.
- Şahin Z. A., Özdemir, F. K. (2016). Spirituality and spiritual care: a descriptive survey of nursing practices in Turkey. *Contemporary Nurse*, 52(4), 454-461.
- Şen, H. T., Yılmaz, F.T., ve Ünüvar, Ö. P. (2013). Hizmet içi eğitim hemşirelerinin iletişim beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 13-20.
- Şenocak, S. Ü., Arslantaş, H., ve Yüksel, R.(2019). Psikiyatrik iyileşmede yeni bir yönelim:iyileşme odaklı yaklaşım. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(2),83-97.
- Tercanlı, N. (2011). *Hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme algısı arasındaki ilişki*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Townsend, M. C. (2015). *Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice*. (eighth edition). Philadelphia: F.A. Davis Company, 121-329.
- Townsend, M.C., Morgan, K.I. (2018). *Psychiatric mental health nursing:concepts of care in evidence-based practice*. (ninth edition). Philadelphia: F.A. Davis Company, 350-361.
- Tuncer, M., Demiralp, M. (2016). Psikiyatri Kliniklerinde çalışan hemşirelerde duygusal zeka ve iletişim becerileri ilişkisi: çok merkezli bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,15(5).

- Turgut, E. Ö. (2018). *Şiddet gören kadınların tidal modele dayalı psikiyatri hemşireliği yaklaşımının psikolojik dayanıklılıklarına etkisi*, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Uyar, G. (2018). *Hemşirelerin bakım odaklı hasta etkileşimi düzeylerinin belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Muğla.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric-mental health nursing*. (eighth edition). China: Wolters Kluwer, 194-275.
- Watson, J. (2007). Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 16(1),129-35.
- Yalçın, N., Aştı, T. (2011). Hemşire-hasta etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 19(1), 54-59.
- Yıldırım, B., Bağısürer, N. (2019). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme süreçlerinin incelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 1, 27-33.
- Yıldız, H., Güven, M. (2009). Research on burnout level of nurses and their problem solving skills. *Life Sciences*, 4(4), 1-20.
- Yılmaz, D. U., Dilemek, H., Yılmaz, D., Korhan, E. A., Çelik, E., ve Rastgel, H. (2017). Hemşirelerin bakım verici rollerine ilişkin tutumları ve ilişkili faktörler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 10, 83.
- Yılmaz, D., Çınar, H. G. (2017). Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutumlarının incelenmesi. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 3300-3309.
- Yılmaz, M., Özcan, A. (2016). Psikiyatri hemşireliğinin geleceği. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), 53-59.
- Zaybak, A., İsmailoğlu, G., ve Efteli, E. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 24-37.



**EKLER**

## EK-1. Hemşire Bilgi Formu

## HEMŞİRE BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:  Kadın  Erkek

3.Eğitim durumunuz:

1. Lise
2. Ön lisans
3. Lisans
4. Lisans üstü:  Yüksek lisans  Doktora

4.Çalıştığınız hastanenin adını yazınız. : .....

5.Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?.....

6.Şu anda çalıştığınız klinikteki çalışma sürenizi yazınız. (yıl olarak): .....

7. Şu anda çalıştığınız kliniğin / bölümün adını yazınız. :.....

8. Mezuniyetten sonra “ruh sağlığı ve psikiyatri” alanında herhangi bir eğitim programına katıldınız mı?

1. Evet (adını yazınız). :.....
2. Hayır

## EK-2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)

## Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği

Değerli Katılımcılar,

Klinik deneyiminizi göz önünde bulundurarak, hasta bireylerin bakımında aşağıda sıralanan tutum ve davranışları ne kadar önemli bulduğunuzu; bu tutum ve davranışlar konusunda kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissettiğinizi; bu tutum ve davranışları ne kadar uygulanabilir bulduğunuzu belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır, sizin kişisel görüşünüz önemlidir. Lütfen görüşünüze en uygun olan sayıyı daire içine alınız.

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
<b>1 – Hümanizm: Hümanistik-alturistik bir değer sistemi oluşturmak</b>															
1. Hastayı bir bütün olarak ele almak, sadece sağlık sorunu ile ilgilenmediğimi hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Hastanın bakış açısından bakmaya çalışmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Hastayı önyargıda bulunmadan, olduğu gibi kabul etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Hasta kadar yakınlarına da saygı göstermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Hastayı utandıracak bir tutum içinde olmamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Hasta ve yakınlarına karşı insancıl ve sevecen olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>2 – Umut: İnanç ve umut aşılacak</b>															
	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
7. Hastanın bana gereksinimi olduğunda, yanında olacağımı hissettirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Hastayı kendine güvenmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Hastanın dikkatini, kendisinin ve sağlık durumunun olumlu yönlerine çekmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Hastanın iyileşme çabasını önemsemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Hastayı umutlu olabilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Hastanın iyileşmesi için nedenler bulmasına yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Hastanın sağlık durumu hakkında ne bildiğini dikkate almak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

## EK-2. (devam) Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
<b>3 –Duyarlılık: Bireyin kendisine ve diğer bireylere karşı duyarlılık geliştirmesi</b>															
14. Hastaya, bakım uygulamalarına yönelik isteklerini sormak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hasta ve yakınlarına, duygularının anlaşıldığını hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Hasta ile mevcut durumu ve geçireceği aşamaları konuşmak için doğru zamanı planlayabilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Hastanın durumuna yönelik kendi duygularınızı uygun bir şekilde ifade edebilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Hastanın sağlık durumundan yakınlarının nasıl etkilendiği konusunda hastayı bilgilendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Hasta yakınlarını, hastanın sağlık durumundaki gelişmelerden haberdar etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>4 –Yardım edici ilişki: Yardım edici-güven verici bir bakım ilişkisi geliştirmek</b>															
<u>ne kadar önemli? ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ? ne derecede uygulanabilir?</u>															
20. Hasta ve yakınları konuştuğunda dikkatle dinlemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Hastaya, isminizi ve görevinizi açıkça ifade ederek kendinizi tanıtmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Hasta size gereksinim duyduğunda en kısa sürede yanıt vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Yapacağım dediğiniz şeyleri yapmak, güvenilir olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Bakım verirken hastaya ve yapılan uygulamaya odaklanmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Hasta konuşurken sözünü kesmemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Hastanın düşünce ve davranışlarını olumsuz bir şekilde eleştirmemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

## EK-2. (devam) Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
<b>5 – Duyguların ifade edilmesi: Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini onaylamak ve desteklemek</b>															
27. Hastayı, duygu ve düşüncelerini özgür bir şekilde ifade edebilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Hasta sinirlendiğinde sakin kalabilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Hastanın, durumu ile ilgili duygularının farkında olmasını sağlamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Hasta zor anlar yaşadığında yanında olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Hastaya, baş edilmesi güç olan duygularını ifade etmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Hastaya ağrı, üzüntü ve korku gibi duygularını ifade edebilme fırsatı vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>6 – Sorun çözme: Yaratıcı problem çözmeyi temel alan bir bakım sürecinin sistematik kullanımı</b>															
<u>ne kadar önemli?</u>															
<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ?</u>															
<u>ne derecede uygulanabilir?</u>															
33. Hastaya, sağlık durumunu dikkate alan, gerçekçi hedefler belirlemesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34. Hastaya, (genel ya da sağlık durumundan kaynaklanan) stres ile baş edebilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Hastaya, farklı bir bakış açısından bakabilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Hastaya, sorunlarını etkili bir şekilde çözebilecek yöntemleri öğrenmesi ve kullanması için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Hastanın davranışlarının sonuçlarını, hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Hasta ve yakınlarını, gereksinimlerini karşılayabilecek uygun kaynaklar konusunda bilgilendirmek (örn: toplum sağlığı merkezleri vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

## EK-2. (devam) Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
7 - Öğretim: Bireyin bütünlüğüne ve sınırlarına önem veren, gerçek bir öğretim-öğrenme sürecinin geliştirilmesi															
39. Hastayı, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili sorular belirlemesi ve ifade etmesi için desteklemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Hasta ve yakınlarının, yapılan açıklamaları doğru bir şekilde anlayıp anlamadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Hastanın bilinçli kararlar verebilmesi için gerekli olan bilgiyi sağlamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42. Hastaya, bakım ve tedavilerini uygulamadan önce işlemi açıklamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Hasta ya da yakınlarının anlayamayacağı bir dil ya da terim kullanmamak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Hastaya, bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Hastaya bilgi verirken ya da sorularını cevaplarırken, hastanın anlama düzeyine saygı göstermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46. Hastaya, ilaçlarını nasıl programlayacağını ve hazırlayacağını öğretmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
47. Hastaya, tedavilerinin yan etkilerini önlemeye ya da gidermeye yönelik belirtileri ve uygulanacak yöntemleri anlatmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8- Çevre: Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici mental, fiziksel, sosyal ve manevi ortamın sağlanması	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
48. Hasta, yalnız kalmaya gereksinim duyduğunda anlayış göstermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
49. Hastanın rahatlamasını sağlamak (örn; sırt masajı önermek, pozisyonunu değiştirmesine yardım etmek, ışıklandırma düzenlemek vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50. Hastaya bakım verdikten sonra odayı eski düzenine getirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
51. İlaçların, hastanın şikayetlerini (örn; mide bulantısı, ağrı, konstipasyon, anksiyete vb.) hafifletip hafifletmediğini kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
52. Hastanın mahremiyetine saygı göstermek (örn; hastaların üzerini gereksiz yere açık bırakmamak)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
53. Hastanın yanından ayrılmadan önce gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
54. Hastanın, önem verdiği bireylerin getirmesinden hoşlanacağı şeyleri açıklamasına yardım etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

## EK-2. (devam) Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)

Tutum ve Davranışlar	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların ;														
	<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz ?</u>				
	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
<b>9 – Gereksinimler: Gereksinimlerin karşılanmasına yardım etmek</b>															
55. Hastaya, gereksinimlerini karşılayamadığında yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
56. Tedavilerin (intravenöz enjeksiyonlar, sarğı vb.) hastaya nasıl uygulanacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
57. Hastaya uygulanan özel araç-gereçlerin (pamplar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
58. Planlanan zamanda tedavileri yapmak veya ilaçları vermek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
59. Hasta yakınlarını, hastayı desteklemeleri için teşvik etmek (hastaların onayı ile)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
60. Hastanın sağlık durumunu dikkatle izlemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
61. Hastaya, durumu üzerinde söz sahibi olduğunu hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
62. Hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
63. Hemşirelik uygulamalarında becerilerin gösterilmesi	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
64. Hastanın temel gereksinimlerini dikkate almak (örn; uyku, hijyen vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
<b>10 – Maneviyat (spiritüalite): Varoluşsal-fenomenolojik- spiritüel güçleri göz önünde bulundurmak</b>															
	<u>ne kadar önemli?</u>					<u>ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz ?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir?</u>				
65. Hastaya, kendini iyi hissetmesi için destek olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
66. Dua, meditasyon vb. yöntemlerin hastanın rahatlamasına yardımcı olacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
67. Hastaya, yaşamındaki önceliklerini belirlemesi için yardım etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
68. Hastaya, sağlık durumunu nasıl algıladığını ifade edebilmesi için yardım etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
69. Hastaya, yaşamında belirli bir denge kurması için yardım etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
70. Hastanın manevi gereksinimlerini dikkate almak (örn; dua etmek, meditasyon, belirli törenlere katılmak vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

## EK-3. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



**T.C.**  
**GAZİ ÜNİVERSİTESİ**  
**ETİK KOMİSYONU**

**KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'nda 14/02/2019 tarih / E.20573 sayı ile izin alınan ve Doç.Dr. Satı DEMİR tarafından yürütülen "Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmamız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığımız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

<b>Araştırmanın Amacı</b>	Türkiye'deki Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinin yetişkin psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını belirlemektir.
<b>Araştırmanın Yöntemi</b>	Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini çalışmanın yürütüleceği kurumlarda yetişkin psikiyatri servislerinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise işleme kriterlerini karşılayan hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin araştırmaya katılımında yetişkin psikiyatri servisinde çalışıyor olması ve gönüllü olması araştırmanın işleme kriteridir. Doğrudan hasta ile birebir çalışmamak, yalnızca servis idari işlerinden sorumlu olmak ise araştırmanın dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Araştırmanın verileri "Hemşire Bilgi Formu ve Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği" ile toplanacaktır. Veri toplama araçları, hemşirelerle yüz yüze görüşme yapılarak ve yazılı bilgilendirilmiş onam alınarak hemşireler tarafından doldurulacaktır.
<b>Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)</b>	Araştırma, etik komisyon ve kurum izinleri alındıktan sonra Haziran 2019-Kasım 2020 tarihleri arasında yürütülecektir.
<b>Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı</b>	Araştırmada ulaşılabilecek minimum örneklem büyüklüğü 112 olarak hesaplanmıştır.
<b>Araştırmanın Yapılacağı Yerler</b>	Araştırma İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde yapılacaktır.
<b>Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?</b>	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input checked="" type="checkbox"/>

**KATILIMCI BEYANI**

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdımın bir kopyası bana verilecektir.

**Araştırma yürütücüsü (Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)**

<b>Adı ve Soyadı</b>	Doç.Dr. Satı DEMİR	Tarih ve İmza
<b>Adres ve telefonu</b>	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Tel: 03122162609	

**Katılımcı**

<b>Adı ve Soyadı</b>		Tarih ve İmza
<b>Adres ve telefonu</b>		

**Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi**

<b>Adı ve Soyadı</b>		Tarih ve İmza
<b>Adres ve telefonu</b>		

## EK-4. Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzin Yazısı

T.C.  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-  
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 12/12/2018 tarihli ve 14574941-199- 163773 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hemşirelik Anabilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Berna SERTGÖZ'ün, Doç.Dr. Satı DEMİR'in** danışmanlığında yürüttüğü *"Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları"* adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **12.02.2019** tarih ve **02** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

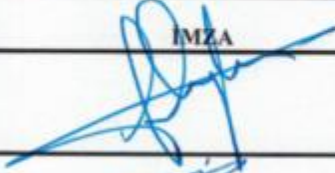

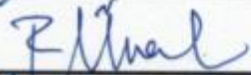

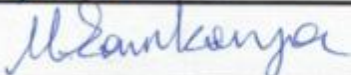




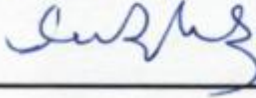
**e-imzalıdır**  
**Prof. Dr. Alper CEYLAN**  
**Komisyon Başkanı**

Araştırma Kod No: 2019-050

Ek: 1 Liste



## EK-4. (devam) Gazi Üniversitesi Etik Komisyon İzin Yazısı

<b>GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ</b>	
TOPLANTI TARİHİ : 12.02.2019	TOPLANTI SAYISI : 02
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa N.İLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsün DEMİREL	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENC	
Doç.Dr.Nihan KAFA	KATILAMADI
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Latif AYDOS	

EK-5. İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi izin yazısı



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ERENKÖY RUH VE SINIR  
HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ -  
ERENKÖY RUH VE SINIR İNSAN KAYNAKLARI BİRİMİ  
08/04/2019 17:20 - 32900231 - 604.01.01 - E.771



Sayı : 32900231-604.01.01  
Konu : Berna SERTGÖZ'ün  
Tez Çalışma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi

İlgi : 03/04/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-1433 sayılı yazı.

İlgide kayıtlı yazı ile Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Berna SERTGÖZ'ün** danışmanı Doç. Dr. Satı DEMİR ile yürüteceği; "**Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları**" başlıklı tezini, Hastanemizde yapma talebi uygun bulunmuştur.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.  
Doç. Dr. Rabia BİLİCİ  
Başhekim

ERENKÖY RUH VE SINIR HASTALIKLARI EĞİTİM ARAŞTIRMA  
HASTANESİ

Telefon: Faks No:

e-Posta: yonca.kemaloglu@saglik.gov.tr İnternet Adresi:  
yonca.kemaloglu@saglik.gov.tr

Bilgi için: Yonca KEMALOĞLU

HEMŞİRE

Telefon No: 02163025959-212

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 468d11f4-7e3b-4f17-9a1e-41d5b079359f kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5. (devam) İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
izin yazısı



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL  
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ  
24/10/2019 18:34 - 16867222 - 604.02.99 - E.3304



Sayı : 16867222-604.02.99  
Konu : Berna SERTGÖZ'ün  
Tez Çalışma İzni Hk.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
( Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü )  
( Emniyet Mah. Abant Sok. No:10/2 E Blok Kat:5 06500 Yenimahalle / Ankara )

İlgi : a) 06/03/2019 tarihli ve 71211201-8252 sayılı yazı.  
b) 08/04/2019 tarihli ve 32900231-604.01.01-771 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Berna SERTGÖZ'ün** danışmanı Doç. Dr. Satı DEMİR ile yürüteceği; "**Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları**" başlıklı tezini, Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH ve Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları EAH'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, **Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH'nin** ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş ve Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. **Berna SERTGÖZ**, çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Vali a.  
Başkan

ÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI  
ASLI İLE AYNIYDIR  
25.10.2019

PERMİN GÖRECEK  
İstanbul Sağlık Müdürlüğü  
Sağlığın Geliştirilmesi Subesi  
Bilgi Sorumlusu

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.  
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi  
Telefon: Faks No:  
e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden c007461e-2aa9-4bd1-afe0-2b7b3219d0cf kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-6. Bolu AİBÜ İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi  
izin yazısı



T.C.  
BOLU VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

BOLU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BOLU EĞİTİM VE AR-  
GE BİRİMİ

12.04/2019 16:13 - 78410963 - 604.02 - E.181



00091539566

Sayı : 78410963  
Konu : Berna SERTGÖZ'ün Araştırma İzni

Sayın Berna SERTGÖZ  
GAZİ ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik Anabilim Dalı  
Yenimahalle ANKARA

İlgi : a) 21/03/2019 tarihli ve 49769843-9957 sayılı yazı.  
b) 12/04/2019 tarihli ve 49769843 sayılı yazı.

İlgi yazılarınız gereği "Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire - Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları" konulu araştırmalarınızı Müdürlüğümüze bağlı sağlık kuruluşunda yapmanız Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur.Valilik Oluru ,Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Komisyon Kararı ve Araştırma Protokolü yazımız ekinde sunulmuş olup, araştırmayı başlatmak üzere ilgili sağlık tesisinin eğitim birimine başvurmanız hususunda;

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm.Dr. Mehmet BALCI  
Personel,Acil,Sağlık,İlaç ve  
Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanı

Ek:  
1- Berna SERTGÖZ 'ün Araştırma Komisyon Kararı  
2- Berna SERTGÖZ'ün Araştırma Protokolü  
3- Berna SERTGÖZ'ün Valilik Oluru

Güvenli Elektronik İmza

Aslı ile Aynıdır  
15/04/2019

İbrahim YILMAZ  
Tekniker

Adres: Borazanlar Mah.Hattat Emin Barın Cad.No:108

Telefon: 0 530 100 4626-27-28-34-35/149-252 Faks No: 03742151252

e-Posta: yasemin.konuk1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Personel ve Destek  
Hizmetleri Başkanlığı Eğitim Ar-Ge Birimi Tel:0374-2150340/41 (231)

Fax:0374-2181759 e-mail: yasemin.konuk1@saglik.gov.tr Hem: Yasemin Konuk

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1e18c418-e507-4b95-8beb-d2a3e029816c kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Yasemin KONUK

EBE

Telefon No: 0(374) 215 03 40/231

## EK-7. Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/04/2019-E.17999



T.C.  
SAMSUN VALİLİğİ  
İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼

Sayı : 61646299-604.02  
Konu : Berna SERTGÖZ'¼nY¼ksek Lisans  
Tez Çalışması Onayı

## DAğITIM YERLERİNE

İlgi : 06/03/2019 tarihli ve 61646299-8252 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazıya istinaden; Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ M¼d¼rl¼ę¼ Hemşirelik Anabilim Dalı y¼ksek lisans ğrencisi Berna SERTGÖZ'¼n danışmanı Doç.Dr.Satın DEMİR ile y¼r¼teceęi "Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları" konulu y¼ksek lisans tezi niteliğindeki çalışmasını 12.04.2019-30.06.2019 tarihlerinde Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yetişkin psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelere anket uygulanması şeklinde yapması M¼d¼rl¼ę¼m¼z komisyon incelemeleri doğrultusunda uygun gr¼lm¼ř olup, araştırmanın yapılabilmesi için İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼m¼z ile ilgili kişi arasında "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokol¼" imzalanarak Ek'te sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz/rica ederim.

e-imzalıdır.  
Dr.Öğr.yesi Muhammet Ali ORUÇ  
İl Sağlık M¼d¼r¼

Ek: Araştırma İzinleri İşbirliği Protokol¼

Dağıtım:  
Samsun Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hastanesi  
Gazi Üniversitesi Rektrl¼ę¼

## EK-8. Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı



T.C.  
ADANA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 60247264-799  
Konu : Bilimsel Çalışma İzni (Berna  
SERTGÖZ)

Sayın Berna SERTGÖZ

Müdürlüğümüze sunmuş olduğunuz "**Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları**" konulu bilimsel çalışmanızı Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapmak istemeniz ile ilgili Bilimsel Çalışma başvuru talebiniz incelenmiştir. Çalışma sonuçlarının Müdürlüğümüze sunulması koşulu ve oy birliği ile uygun bulunmuş olup, konu ile ilgili Valilik Makam Olur'u ekte sunulmuştur.

Rica ederim.

e-imzalıdır.  
Dr.Berna ACIMIŞ  
Müdür a.  
Sağlık Hizmetleri Başkan V.

Ek: Bilimsel Çalışma Ön İzin Değerlendirme Komisyon Kararı

Yavuzlar Mah. Mustafa Kemal Paşa Bulvarı 01230 Sk. Seyhan/Adana

Telefon: 0322 344 0303 Faks No: Dahili: 4204

e-Posta: serife.kose@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ADANA İl Sağlık Müdürlüğü

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2e489428-2057-408a-8540-f84bce36335e kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Şerife KÖSE

HEMŞİRE

Telefon No: (0 322) 344 03 03

## EK-9. Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/04/2019-E.15919



T.C.  
TRABZON VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Personel, Destek Hizmetleri Başkanlığı

Sayı : 29330515-604.01.02  
Konu : Araştırma İzni, Berna SERTGÖZ

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
**(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)**  
(Emniyet Mah. Abant Sok. No: 10/2 E Blok Kat:9  
P.K. 06500 Yenimahalle/ANKARA)

İlgi: 06/03/2019 tarihli ve 14574941-199-E.8252 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Berna SERTGÖZ'ün "Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları" adlı tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Ataköy Akıl ve Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastanesinde yapma talebi Müdürlüğümüze uygun görülmüştür.

Çalışmanın yapılabilmesi için öncelikle ekteki protokolün (iki nüsha doldurulacak) Müdürlüğümüze getirilmesi, çalışmanın Hastanedeki hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayanması, kişisel veriler/özel hayata özen gösterilmesi ve çalışma sonuçlarının yayın yapılmadan önce tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Dr.Hakan USTA  
İl Sağlık Müdürü

Ekler:  
1- Hastane onay yazısı  
2- Protokol

Gülbaharhatun Mh. İnönü Cd. Ahmet Can BALI Sk. No:15 Ortahisar/TRABZON  
Eğitim ve ARGE Birimi  
Telefon: Faks No: (0462) 4106117  
e-Posta: elif.babacan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.tbism.gov.tr>

Bilgi için: Elif BABACAN  
HEMŞİRE  
Telefon No: (0462) 410 61 10

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## EK-9. (devam) Trabzon Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi izin yazısı



T.C.  
TRABZON VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü  
Ataköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği

TRABZON ATAKÖY RUH VE SINIR HASTALIKLARI  
HASTANESİ - TRABZON ATAKÖY RUH VE SINIR  
HASTALIKLARI HASTANESİ  
27/03/2019 11:48 - 36280367 - 604.01.01 - E.471



Sayı : 36280367/604.01.01  
Konu : Araştırma İzni, Berna SERTGÖZ

TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
(Personel, Destek Hizmetleri Başkanlığı)  
(Eğitim ve ARGE Birimi)

İlgi : 21/03/2019 tarihli ve 29330515-604.01.01-233 sayılı yazımız;

İlgi tarih sayılı yazınız gereği Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Berna SERTGÖZ'ün "Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları" adlı tez çalışması hastanemiz tarafından değerlendirilmiş olup uygun görüldüğü hususunu;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Op.Dr.Şaban UYSAL  
Başhekim V.

Ataköy Mahallesi Laleli Caddesi No:22 /1 Çaykara/TRABZON

Telefon: 0 462 626 50 42 Faks No: 04626265039

e-Posta: nermin.yurtseven@saglik.gov.tr İnternet Adresi: 119(Dahili)

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0a0141b3-accd-4a6d-8113-4cabaa443c93 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Nermin YURTSEVEN

HEMŞİRE

Telefon No: 0 462 626 50 42 - 119

## EK-10. Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 10/05/2019-E.20722



T.C.  
MANİSA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 76379986-772.02  
Konu : Berna SERTGÖZ/ Bilimsel  
Araştırma Başvurusu

## DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nin 27/03/2019 tarihli ve 40384065-799-17 sayılı yazı.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü tezli yüksek lisans öğrencisi Berna SERTGÖZ'ün "*Ruh Sağlığı Bölge Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire- Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları*" isimli tez çalışmasını Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru belgeleri Müdürlüğümüz Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu tarafından incelenmiştir. Yapılan inceleme neticesinde, araştırmanın Müdürlüğümüze bağlı sağlık tesisinde yürütülmesi içerik olarak uygun bulunmamıştır.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

e-imzalıdır.  
Dr. Necip YEMENİCİ  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Berna SERTGÖZ - Araştırma Başvuru Dosyası (21 sayfa)

Dağıtım:

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü (Emniyet Mahallesi Abant Sokak No:10/2 E Blok Kat:9 Yenimahalle/ANKARA)

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği

Eğitim ve AR-GE Birimi

Adres: Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Akmesicit Mahallesi İzmir Caddesi No:208  
Yunusemre/MANİSA

Telefon: Faks No:

e-Posta: hilalahsen.tuncay@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.manisa.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden eb0ee546-56ef-49b1-8731-f6a9c3c3dd14 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Hilal Ahsen TUNÇAY

DIYETİSYEN

Telefon No: 0 (236) 250 41 12-13 (Dahili: 3086)

Güvenli Elektronik İmza  
Aksi ile Aynıdır  
02.05.2019

## EK-11. Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi izin yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 13/05/2019-E.20988

**T.C.  
ELAZIĞ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü**

Sayı : 44820559  
Konu: Araştırma İzni  
Berna SERTGÖZ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Gazi Üniversitesinin 06.03.2019 tarih ve E.8252 sayılı yazısıyla gönderilen Araştırma İzni Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği tarafından incelenmiş olup, uygun görülmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Uzm.Dr. Ramazan GÜRGÖZE  
İl Sağlık Müdürü a.  
Sağlık Hizmetleri Başkanı

EK-12. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi izin yazısı



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi - T.C. Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
05/04/2019 14:27 - 41340010 - 604.01.01 - E.15786  
00001033310

Sayı : 41340010-604.01.01  
Konu : Berna SERTGÖZ Tez Çalışma İzni

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi'ne

İlgi : 03/04/2019 tarihli ve 16867222-604.01.01-1433 sayılı yazınız.

Hastanemizde çalışma yapılmasına dair talep yoğunluğu nedeniyle uygun görülmemiştir.  
Bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.  
Doç.Dr. Murat ERKIRAN  
Başhekim

Zuhuratbaba Mah. Dr.Tevfik Sağlam Cad.No: 25/2 Bakırköy/İstanbul

Telefon: Faks No: 02124091594

e-Posta: reyhan.sezer@saglik.gov.tr İnternet Adresi: www.bakirkoyruhsinir.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden db4ab433-2e18-438f-bcbd-5ddd3459b3f9 kodu ile erişebilirsiniz.

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

Bilgi için: Reyhan SEZER

Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.

Telefon No: 0212 409 15 15 / 1030

## EK-13. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği izin e-maili



berna sertgöz &lt;bernasertgoz@gmail.com&gt;

**Fw: Fwd: Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği**

5 ileti

nurdan yalçın <yalcinnur@yahoo.com>  
Alici: berna sertgöz <bernasertgoz@gmail.com>

17 Mayıs 2018 15:37

Merhabalar

Ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçeği ve size yardımcı olması için ölçekle ilgili doktora tezimde yer alan açıklamaları ve konu ile ilgili diğer makalemi de ekte gönderiyorum, kaynak göstererek kullanabilir, aklınıza takılanlara yanıt bulabilirsiniz.

İyi çalışmalar...

Yard.Doç.Dr. Nurdan Yalçın Atar  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Hemşirelik Fakültesi

berna sertgöz <bernasertgoz@gmail.com>  
Alici: nurdan yalçın <yalcinnur@yahoo.com>

17 Mayıs 2018 21:49

<https://mail.google.com/mail/u/0?ik=0a8b166e06&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1600714843627750186&simpl=msg-f%3A1600714...> 1/2

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : SERTGÖZ, Berna  
 Uyuğu : T.C.  
 Doğum tarihi ve yeri : 09.09.1992 Gazipaşa  
 Medeni hali : Bekar  
 Telefon : (0246) 441 70 16  
 e-mail : bernasertgoz@sdu.edu.tr



### Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü	Devam Ediyor
Lisans	Gazi Üniversitesi/Hemşirelik Bölümü	2014
Lise	Gazipaşa Merkez Anadolu Lisesi	2010

### İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2017-devam ediyor	Süleyman Demirel Üniversitesi / Atayalvaç Sağlık Hizmetleri MYO	Öğretim Görevlisi
2017-2016	Antalya Atatürk Devlet Hastanesi	Hemşire
2016-2015	Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire
2014	Özel Alanya Anadolu Hastanesi	Hemşire

### Yabancı Dil

İngilizce

### Yayınlar

**Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve ESCI kapsamındaki dergide özeti sunulan bildiri**

1. Sertgöz, B. and Demir, S. (2018). Attitudes and behaviors of nurses working in psychiatric clinics towards care-focused nursing- patient interaction" V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress. *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(1), 1-148.



*GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..*