



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

**İÇ HASTALIKLARI KLİNİKLERİNDE ÖZBAKIM EKSİKLİĞİ
HEMŞİRELİK TEORİSİNE DAYALI UYGULAMA
EĞİTİMİNİN HEMŞİRE VE HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ**

Neşe KISKAÇ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sevgi KIZILCI ÖZ

İSTANBUL-2022

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

İÇ HASTALIKLARI KLİNİKLERİNDE ÖZBAKIM EKSİKLİĞİ
HEMŞİRELİK TEORİSİNE DAYALI UYGULAMA
EĞİTİMİNİN HEMŞİRE VE HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Neşe KISKAÇ

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Sevgi KIZILCI ÖZ

İSTANBUL-2022

ÖZET

İÇ HASTALIKLARI KLİNİKLERİNDE ÖZBAKIM EKSİKLİĞİ HEMŞİRELİK TEORİSİNE DAYALI UYGULAMA EĞİTİMİNİN HEMŞİRE VE HASTA SONUÇLARINA ETKİSİ

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalık ve tedavi sürecine uyumu ve komplikasyon gelişiminin önlenmesi için, özbakım gücünün geliştirilmesi önemlidir. Bu nedenle çalışmanın amacı; iç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelere özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama yapabilmeleri için verilen eğitimin, hemşire ve hasta sonuçlarına etkisini değerlendirmektir.

Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesinin iç hastalıkları kliniklerinde 21 Nisan-31-Aralık 2021 tarihleri arasında, ön test son test kontrol grupsuz yarı deneysel desen kullanılarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, 33 hemşire ile kliniklerde hemşirelerin eğitim öncesi bakım verdiği 161 ve eğitim sonrası bakım verdiği 161 hasta oluşturmuştur. Araştırmada hemşire verileri; kişisel bilgi formu, gözlem yönergesi, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği, hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği, hemşirelerde danışmanlık becerileri ölçeği, hemşire iş motivasyonu ölçeği ile; hasta verileri ise, hastaların temel durumsal faktörlerini tanılama formu ve bireyselleştirilmiş bakım skalası hasta versiyonu ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; IBM SPSS istatistik programında, tanımlayıcı istatistik metodları, skewness ve kurtosis değerleri ile Shapiro-Wilk testi, Student T testi, Paired-Samples T testi, Mann-Whitney U testi, Wilcoxon signed ranks testi, lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

Hemşirelere verilen özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında; hemşirelerin hasta bakımına ayırdığı sürenin arttığı, kanıta dayalı uygulamalara yönelik tutumu, hasta merkezli bakım yetkinliği, danışmanlık becerileri ve iş motivasyonunun anlamlı derecede arttığı ($p<0.05$), hastaların bireyselliğini destekleyen hemşirelik eylemlerinin farkına varması ve kendi bakımında bireyselliğini algılaması ile ilgili sonuçların anlamlı derecede yükseldiği ($p<0.05$) görülmüştür.

İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelere, özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin öğretilmesi ve teoriye dayalı çalışmasının desteklenmesi, çalışmanın iç hastalıkları klinikleri dışında farklı kliniklerde de yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Gücü, Özbakım, Özbakım Gücü, Teori

ABSTRACT

THE EFFECT OF SELF-CARE DEFICIT NURSING THEORY BASED PRACTICE TRAINING ON NURSE AND PATIENT OUTCOMES IN INTERNAL MEDICINE CLINICS

It is important to develop the self-care agency of individuals with chronic diseases to adapt to life changes and to prevent complications. Therefore; the aim of this study is to evaluate the effect of the training given to nurses working in internal medicine clinics so that they can practice based on the nursing theory of lack of self-care, on nurse and patient outcomes.

The research was conducted in a quasi-experimental type research design with 33 nurses working in the internal medicine clinics of a training and research hospital, between 21 April-31-December 2021, and 161 different patients before training and 161 after training. Patient data in the study; patient's basic situational factors diagnosis form, with individualized care scale patient version; Nursing data were collected with a personal information form, evidence-based nursing attitude scale, adaptation of patient-centered care competency scale, nurse counseling skills scale, nurse work motivation scale, and observation instruction. In the evaluation of the data; IBM SPSS 22.0 statistics program, descriptive statistics methods, skewness and kurtosis values, Shapiro-Wilk test, Student T test, Paired-Samples T test, Mann-Whitney U test, Wilcoxon signed ranks test, linear regression analysis were used.

The results regarding the awareness of nursing actions that support the individuality of the patients before and after the practice training based on the nursing theory of the lack of self-care given to the nurses and the perception of their individuality in their own care increased significantly ($p < 0.05$); It was observed that the duration of the care allocated by the nurses to the patient increased, patient-centered care competence, counseling skills, attitudes towards evidence-based practices, and work motivation increased significantly ($p < 0.05$).

It may be recommended to teach the nursing theory of self-care deficiency to nurses working in internal medicine clinics and to support their theory-based work, and to conduct the study in different clinics other than internal medicine clinics.

Keywords: Nursing agency, Self-care, Self-care agency, Theory

TEŞEKKÜR

Mesleki gelişimimde büyük yeri olan doktora tezimin her aşamasında, engin bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren danışmanım Sayın Prof. Dr. Sevgi KIZILCI ÖZ'e,

Doktora döneminde uzman görüşleri ile tezime destek ve önemli katkıları olan çok değerli hocalarım Prof. Dr. Vesile ÜNVER, Doç. Dr. Nurcan UYSAL'a,

Doktora dönemim boyunca bana fikirleri ile destek ve önemli katkıları olan Op. Dr. Gürhan ÇELİK, Dr. Muzaffer SARAÇ, Dr. Enver KAYIKÇIOĞLU ve çalışma arkadaşlarıma,

Yaşamımın her döneminde sevgi ve desteği ile yanımda olan ve biyoistatistik açıdan bana yardımcı olan sevgili eşim Prof. Dr. Muharrem KISKAÇ, çocuklarım Batuhan KISKAÇ, Kaan KISKAÇ'a, annem ve babama,

Çalışmada bana destek veren başta İç Hastalıkları hemşireleri ve Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi çalışanlarına tüm kalbimle teşekkür ederim.

BEYAN FORMU

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

24.05.2022

Neşe KISKAÇ

İmzası

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi (ÖEHT)	5
2.2. Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Felsefesi	6
2.3. Hemşireliğin Paradigmaları	6
2.3.1. Hemşirelik.....	6
2.3.2 İnsan.....	8
2.3.3 Sağlık	8
2.3.4 Çevre	9
2.4. Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi Kavramları	9
2.4.1. Özbakım.....	9
2.4.2. Özbakım gücü	9
2.4.3. Terapötik özbakım gereksinimleri	10
2.4.4. Özbakım eksikliği	10
2.4.5. Temel durumsal faktörler.....	11

2.4.6. Hemşirelik sistemi	11
2.4.7. Hemşirelik gücü	12
2.5. Hemşirelerde Sanat ve Sağduyu.....	14
2.6. Kronik Hastalıklar	15
2.7. Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi ve Hemşirelik Uygulamaları	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	18
3.3. Araştırmanın Örneklemi.....	18
3.3.1 Hemşire örnekleme.....	18
3.3.2. Hemşireler için örneklem kriterleri.....	19
3.3.3. Hasta örnekleme	19
3.3.4. Hastalar için örneklem kriterleri	19
3.3.5. Hastalar için örneklem büyüklüğünün hesaplanması.....	20
3.4. Çalışmanın Düzeni	20
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	22
3.6. Veri Toplama Araçları	22
3.6.1. Hastaların temel durumsal faktörlerini tanılama formu	22
3.6.2. Bireyselleştirilmiş bakım skolası (BBS)-Hasta.....	23
3.6.3. Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği (HMBYÖ)	23
3.6.4. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği (KDHYTÖ).....	24
3.6.5. Hemşirelerde danışmanlık becerileri ölçeği (HDBÖ).....	24
3.6.6. Hemşire iş motivasyonu ölçeği (HİMÖ).....	24
3.6.7. Gözlem yönergesi	25
3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Hemşirelere Eğitim Süreci	26
3.7.1. Ön test	26
3.7.2. Eğitim materyalinin hazırlanması ve hemşirelere eğitim.....	26
3.7.3. Son-test	29

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	30
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	30
3.10. Tezin Bütçesi.....	30
4. BULGULAR	31
4.1. Hemşire Sonuçları.....	31
4.1.1. Hemşirelerin klinikte çalışma süreci.....	31
4.1.2. Hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği, danışmanlık becerileri, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu ve iş motivasyonu.....	32
4.2. Hasta Sonuçları	33
4.2.1. Hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması ve kendi bakımında bireyselliğini algılaması	33
5. TARTIŞMA	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	43
KAYNAKLAR	44
EKLER.....	51
Ek 1. Etik Kurul Onayı.....	51
Ek 2. Kurum İzni.....	53
Ek 3. Ölçek İzinleri	54
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	59
Ek 5. Hemşire Kişisel Bilgi Formu	60
Ek 6. Gözlem Yönergesi	61
Ek 7. Hemşire Eğitimi Görüşme Formu	62
Ek 8. Hastaların Temel Durumsal Özelliklerini Tanılama Formu.....	64
Ek 9. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hasta Versiyonu	65
Ek 10. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B- Hasta Versiyonu.....	66
Ek 11. Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği	67
Ek 12. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	68
Ek 13. Hemşirelerde Danışmanlık Becerileri Ölçeği	69

Ek 14. Hemşire İş Motivasyonu Ölçeği	70
Ek 15. Özgeçmiş	71



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri	19
Tablo 2: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	20
Tablo 3: Araştırmanın Akış Şeması	25
Tablo 4: Hemşirelerin Klinikte Çalışma Süreci	32
Tablo 5: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum, Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği, Danışmanlık Becerileri ve İş Motivasyonu.....	33
Tablo 6: Hastaların Bireyselliğini Desteklemeyi Amaçlayan Hemşirelik Eylemlerinin Farkına Varma Durumları	34
Tablo 7: Hastaların Kendi Bakımında Bireyselliğini Algılaması Durumları.....	35
Tablo 8: Hastaların Bireyselliğini Desteklemeyi Amaçlayan Hemşirelik Eylemlerinin Farkına Varması Özbakımında Bireyselliğini Algılaması ve İlişkili Parametrelerin Lineer Regresyon Analizi	35

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Orem'in ÖEHT'nin Kavramsal Şeması	6
Şekil 2: Orem Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi'nin CTE'de Gösterimi	21



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KOAH	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
ÖEHT	:	Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi
BBS-A	:	Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A
BBS-B	:	Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B
KDHYTÖ	:	Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği
HMBYÖ	:	Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği
HDBÖ	:	Hemşirelerde Danışmanlık Becerileri Ölçeği
HİMÖ	:	Hemşire İş Motivasyonu Ölçeği
CTE	:	Conceptual-Theoretical-Empirical

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İç hastalıkları klinikleri; özellikle yaşlı bireylerin akut sorunlarının ve kronik hastalıkların tedavisi, bakım ve rehabilitasyonu, izlem ve tanılama işlemlerinin yapıldığı, bütüncül ve multisistemik yaklaşım gerektiren birimlerdir (Karahan ve Aydın, 2018; Mahsanlar ve ark., 2016 ve Verma ve ark., 2017). Dünyada ve ülkemizde, yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artmasıyla birlikte, iç hastalıkları kliniklerinde yatarak tedavi gören hastaların tedavi ve bakımının, sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını oluşturduğu belirtilmektedir. Karahan ve Aydın (2018), iç hastalıkları kliniklerine yatan hasta popülasyonunun, akut veya kronik sorunları olan çoğunlukla yaşlı bireyler olduğunu belirtmektedir. Arslan ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada, acil servise başvuran hastaların yaş ortalamasının 70 olduğu, bu hastaların %49'unun dahiliye kliniklerine yatırıldığı belirlenmiştir.

Kronik hastalıklar, genellikle bireyin solunumu, sıvı ve besin alımı, boşaltımı, aktivite ve dinlenme durumu, sosyal etkileşim, risklerden korunma, normal olma ve gelişimsel dönem gereksinimlerinin karşılanamadığı durumlarda oluşur (Orem, 2001). Ayrıca, kronik hastalık tanısı alan bireylerde sağlık durumunda sapma ile birlikte, ilaç alma, kontrollere gitme gibi yeni gereksinimler ortaya çıkmıştır. Bu nedenle, kronik hastalığı olan bireylerin tedavisinin birinci adımı yaşam şekli değişikliğidir. Yaşam boyu uygulanması gereken tedavi, bireyin özyönetimini ve özbakımını gerektirmektedir (Orem, 2001). Ancak, kronik hastalığı olan bireylerde sağlık durumunun iyileşmesine yönelik özbakımın istendik düzeyde sağlanamadığı ve komplikasyonlar geliştiği görülmektedir.

Sağlık ekibi içinde, 24 saat hasta ile birlikte olan hemşireler, bireylerin kronik hastalık tanısı alması ile birlikte yeni yaşam şekline uyum sağlayabilmesi, hastalığı yönetebilmesi ve özbakımını sağlayabilmesinde önemli rol oynamaktadırlar. Ayrıca sağlık sisteminde hemşirelerin bakım uygulamaları ve hastaların memnuniyeti önemli kalite göstergelerindendir (Sağlık Bakanlığı, 2020). Ülkemizde sağlık sistemimizin kalitesini belirleyen etmenlerden, hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, hemşirelerin hastalar için ayırdığı zamanın ve bilgilendirmelerinin yetersiz olduğu (Fesci ve ark., 2008; Ülgen ve ark., 2018), hastaların hemşirelik bakımından memnun olmadığı (Çankaya, 2016) tespit edilmiştir.

Hemşirelik bilim ve sanat yönü olan, kuramsal ve uygulamalı bir meslektir (Orem, 2001). Hemşirelik gücü, hemşirelik biliminin kendi alanına özgü bilgi birikiminin kullanılması ile geliştirilebilir. Hemşirelik teori ve modelleri, hemşireliğe özgü araştırmalara, hemşirelik eğitimi ve uygulamalarına yön vererek mesleğin gelişimine katkıda bulunmaktadır (Orem, 2001). Fawcett (2013) hemşirelikte hemşirelik teorilerinin ve hemşireliğin kavramsal modellerinin kullanımının hemşirelik faaliyetlerine sistematik bir yaklaşım sağlayacağını, hemşirelik bilgisinin teori-uygulama, araştırma-uygulama arasındaki boşlukları kapatabileceğini belirtmiştir.

Hemşirelerin, kaliteli ve hasta merkezli bakımı etkili bir şekilde sunmaları için hemşirelik teorilerini hemşirelik sürecine dahil etmeleri gerekir. Yapılan çalışmalar sonucunda, hemşirelik teori ve modellerinin klinik uygulamalarında kullanılması önerilse de kliniklerde kullanımının yaygın olmadığı görülmektedir (Baykara, 2019). Biggs (2008), yapmış olduğu literatür taramasında en çok kullanılan teorinin Orem'in özbakım eksikliği hemşirelik teorisi (ÖEHT) olduğunu belirlemiştir. Orem'e göre, hemşirelik uygulamalarının teknolojik yönleriyle birlikte ahlaki boyutları da önemlidir. Çünkü, hemşirelik uygulamaları insanların hayatını, sağlığını ve iyilik durumunu etkiler. Orem (2001), sağlığı fiziksel, mental ve sosyal olarak iyi olma ve hastalığın olmaması durumuyla birlikte; bireyin hoşnutluk, memnuniyet, mutluluk yaşaması, hedeflerinin olması, hedeflere ulaşmak için planlar yapması ve uygulaması olarak tanımlamaktadır. Orem'e göre hemşireliğin amacı; insanların sağlığını koruması ve geliştirmesi, hastalık veya sakatlığının iyileşmesi veya hastalığın etkileriyle başedebilmesi için özbakım gücünün gelişmesini sağlamaktır. Bireyin özbakım gücünü geliştirmek için, özbakım gücünün nasıl olduğunu tanımlayabilmek gerekir. Orem; bireyin kendine güveni ve saygısı, fiziksel enerjisini kontrol etme ve başlatma becerisi, anlama yeterliliği, motivasyonu, özbakımı hakkında karar verebilmesi, teknik bilgi elde etme ve uygulama becerisi, algısal-bilişsel durumu ve iletişim becerisi, hedeflerine ulaşmak için özbakım davranışlarını düzenleme, özbakım davranışlarını bireysel ve toplumsal yaşamına entegre etme becerisini, özbakım gücünün göstergeleri olarak belirtmiştir (Orem, 2001).

Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam değişikliklerine uyum sağlayabilmesi ve komplikasyonların önlenmesi için özbakım gücünün geliştirilmesi önemlidir. Türkiye'de ve dünyada farklı ülkelerde akademisyenler tarafından ÖEHT'e dayalı

uygulamalarla kronik hastalık tanısı olan hastaların özbakım güçleri geliştirilmeye çalışılmış ve sonuçları test edilmiştir (Afrasiabifar ve ark., 2016; Afrasiabifar ve ark., 2020; Aish ve Isenberg, 1996; Altay ve Çavuşoğlu, 2013; Ozkaptan ve Kapucu, 2016; Deng ve ark., 2021; Hemati ve ark., 2015; Jaarsma ve ark., 2000; Khedemian ve ark., 2020; Kirigo, 2017; Mohammadpour ve ark., 2015; Nasresabetghadam ve ark., 2021; Saeedifar ve ark., 2018; Yıldız ve Kaşıkçı, 2020; Tuna ve Alparslan, 2021; Zhang ve Pan, 2021; Zhu ve ark., 2021). Yalnızca bir çalışmada, klinikte çalışan hemşirelere ÖEHT öğretilerek kliniklerde teoriye dayalı çalışmaları sağlanmış, hemşirelerin teori kullanımına yönelik bakış açıları, hastaların bakıma katılımlarını sağlama durumları, hemşire ve hasta memnuniyeti değerlendirilmiştir (Kirigo, 2017). Bu çalışma dışında, hemşirelerin ÖEHT'e dayalı uygulamalarının etkisini değerlendiren bir çalışmaya ulaşamamıştır.

Bu nedenle, bu çalışmada da klinikte çalışan hemşirelere ÖEHT'e dayalı uygulama yapabilmeleri için eğitim yapılmış ve ÖEHT'e dayalı uygulamalarının hemşire ve hasta sonuçlarına etkisi test edilmiştir. Çalışmanın sonucunda elde edilen verilerin, hemşirelik uygulamalarında teori kullanımının etkinliğine farkındalık oluşturacağı ve bu konuda literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

1.2. Araştırmanın Amacı

İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelere, özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama yapabilmeleri için verilen eğitimin hemşire ve hasta sonuçlarına etkisini değerlendirmektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin hastalara bakım için harcadığı süre artar.

H2: Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutum düzeyi artar.

H3: Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği düzeyi artar.

H4: Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin danışmanlık becerileri düzeyi artar.

- H5:** Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin iş motivasyonu düzeyi artar.
- H6:** Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hastaların klinik durumu, kişisel yaşamı ve kararlara katılımı bireyselliğini destekleyen hemşirelik eylemlerinin farkına varma düzeyi artar.
- H7:** Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hastaların özbakımında bireyselliğini algılama düzeyi artar.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi (ÖEHT)

Dorothea Elizabeth Orem tarafından geliştirilen ÖEHT hemşirelerin en çok kullandığı teorilerden biridir (Biggs, 2008). Amerika'nın en önemli hemşirelik teorisyenlerinden olan ve ÖEHT'i geliştiren Dorothea Elizabeth Orem, 1914 yılında Baltimore Maryland'da doğmuştur (Orem International Society, 1991). Orem, teorisini ilk defa 1956 yılında tanımlamıştır.

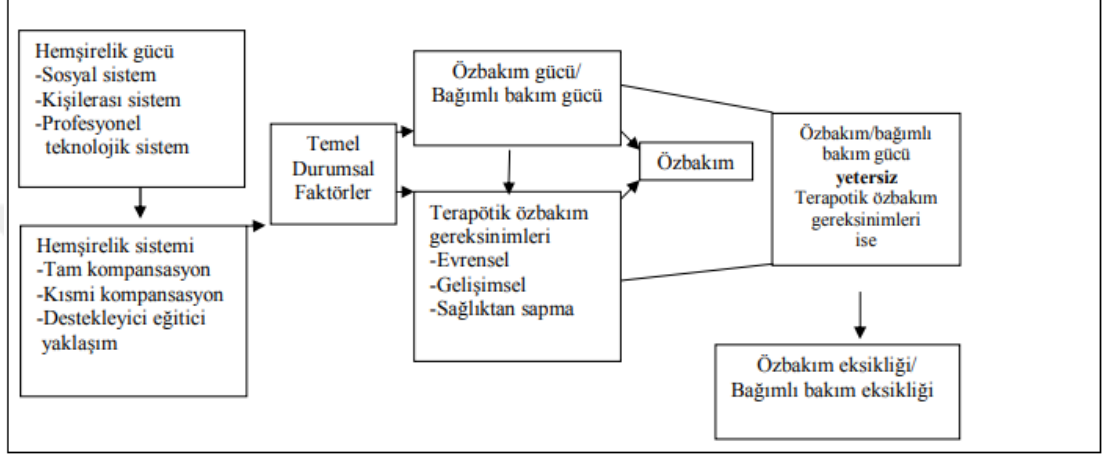
Özbakım eksikliği hemşirelik teorisi, hemşireler tarafından hemşirelik uygulamalarına ve hemşirelik araştırması gibi diğer faaliyet alanlarına yön vermek için kullanılır. Teorinin ilk olarak uygulanabilir bir hemşirelik müfredatı geliştirmek amacıyla olduğu bildirilmektedir. Özbakım eksikliği hemşirelik teorisi, 1975 yılında Missouri Columbia Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi tarafından, lisans müfredatının kavramsal çerçevesini ve öğretim için temeli sağlamak üzere seçilmiştir (Orem, 2001).

Orem'in ilk kitabı olan "Hemşireliğin Uygulama Kavramları (Nursing: Concepts of Practise) 1971 yılında yayımlanmıştır. Hemşireliğin Uygulama Kavramları, öğrencilerin onu kullanmaya başladığından beri beş revizyondan geçirilmiştir. Her baskı, hemşireliğe yeni bilgiler ve anlayışlar getirmiştir. Kitabın 1971 yılındaki ilk basımında; hemşirelik ve özbakım, 1980 yılındaki ikinci basımında özbakım eksikliği, özbakım ve hemşirelik sistemi olmak üzere üç teorik bölüme yer verilmiştir. Daha sonra 1985'de üçüncü, 1991'de dördüncü, 1995'de beşinci ve 2001 yılında altıncı basımda teori genişletilmiş ve hemşireliğin sosyal ve kişilerarası özellikleri; hemşirelik bilgisinin biçimlendirilmesi; hemşirelik sistemlerinin değişkenleri; hemşirelik uygulaması kavramları açıklanmıştır (Orem, 2001).

Orem, 2007 yılında, 93 yaşında vefat etmiştir. Ancak, Orem'in sağlığında 1991 yılında Uluslararası Orem Derneği 'Orem International Society' kurulmuştur ve çalışma grupları tarafından Orem'in teorisini geliştirme çalışmaları sürdürülmektedir (Orem International Society, 1991).

Özbakım eksikliği hemşirelik teorisi; üç ayrı teorinin birleşiminden oluşmaktadır. Bu teoriler; özbakım teorisi, özbakım eksikliği teorisi ve hemşirelik sistemleri teorisidir (Orem 2001).

Özbakım eksikliği hemşirelik teorisi, altı çekirdek kavram ve bir çevresel kavramdan oluşmuştur. Teorinin çekirdek kavramları; özbakım, terapötik özbakım gereksinimleri, özbakım gücü, özbakım eksikliği, hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemidir. Yedinci kavram ise temel durumsal faktörlerdir. Temel durumsal faktörler, bireyin özbakım gücünü etkileyen özellikleridir. Bağımlı bakım, bağımlı bakım gücü ve özbakım ajanı teoride kullanılan diğer kavramlardır. Özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin ana kavramları ve kavramların birbiriyle ilişkisi Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1: Orem'in ÖEHT'nin kavramsal şeması (Avdal ve Kızılcı, 2010).

2.2. Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisinin Felsefesi

Felsefe, felsefi soruları cevaplamak için entelektüel faaliyetlerde bulunmayı, entelektüel faaliyetler ise; varsayımların tanımlanması, analizi, yorumlanması ve akıl yürütmeyi içerir (Edgerton, 1988). Bir disiplin olarak kabul edilen felsefe, dört ana daldan veya bölümden oluşur: Varlık ile ilgilenen metafizik, bilgiyle ilgilenen epistemoloji, doğru ve yanlışla ilgilenen etik ve doğru akıl yürütme biçimleriyle ilgilenen mantıktır. Orem hemşireliği pratik ve bir dizi uygulamalı bir bilim olarak tanımlamıştır (Banfield, 2001). Uygulamalı bilimlerde, yapılacak iş için bilgi geliştirilir (Banfield, 2001).

2.3. Hemşireliğin Paradigmaları

2.3.1. Hemşirelik

Hemşirelik doğrudan bir insan sağlığı hizmetidir. Hemşirelik “insanlar hangi durumlarda hemşirelik hizmetine ihtiyaç duyarlar, hizmetin doğası nedir, hemşirelerin insanların gereksinimleri için yaptığı hizmetler nelerdir” sorularına yanıt arar. Hemşirelik, insanlarla iletişim kurma, bilgi arama, karar verme ve insanların mevcut

veya öngörülen gereksinimlerini karşılama, öngörülen sonuçlara ulaşmak için hareket etme deneyimleridir. Aynı zamanda bilgi arayan ve bilgiyi inşa eden bir dünyadır. Hemşireler, hemşirelik hizmetine ihtiyacı olan bireylere gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hizmeti verebilmek için, gelişmiş yetenek ve güçlere, özel bilgi ve becerilere sahip olmalıdır (Orem, 2001). Orem'e göre; hemşirelik, insana yardım etme sanatıdır. Hemşirelik sanatı, hasta kişi için "yapmak", "kendisi için yapmasına yardım etmek" ve/veya "kendisi için nasıl yapılacağını öğrenmesine yardımcı olmak" ile uygulanır. Hemşirelik, hastanın ailesinden veya hastanın bir arkadaşından yetenekli bir kişinin hasta için nasıl "yapılacağını" öğrenmesine yardımcı olarak da uygulanır. Bu nedenle, hasta bakımı pratik ve didaktik bir sanattır" denmektedir (Orem, 2001). Hemşireler;

- Bireyin kendisi veya bakmakla yükümlü olan kişiler ve ailelerine hemşirelik hizmetini verirken etkili iletişim kurar ve sürdürür,
- Bu kişilerin şu anda ve sonraki zaman dilimlerinde işleyişini ve gelişimini düzenlemek için gerekli olan acil ve sürekli bakımın (bakım talebi) türünü ve miktarını belirler; bu kişilerin bakım talebini bilir ve karşılamak için eylem kabiliyetlerini ve sınırlılıklarını belirler,
- Aranan ve elde edilen sonuçlar açısından hemşirelik bakım sistemlerinin kalitesini kontrol eder,
- Bu kişilere farklı hemşireler tarafından sağlanan hemşirelik hizmetinin zaman içinde koordine edilmesini sağlar,
- Hemşireler tarafından üretilen bakım sistemlerinin bileşenlerini, örneğin tıbbi bakım veya sosyal hizmetler de dahil olmak üzere bu kişilere yardım ve bakım sağlayan diğer hizmetlerdeki kişileri koordine eder,
- Bu kişileri, bakımlarını karşılayabildiklerinde hemşirelik bakımını sonlandırma ve bu konuda gerekli düzenlemeleri yapar, bunu tek başına ya da aile üyelerinin yardımıyla yapmasını sağlar ve hemşirelerden gerektiğinde danışmanlık hizmetini almasını sağlar (Orem, 2001).

2.3.2. İnsan

İnsanlar, çevrelerinde var olan dünyayı etkileyen ve dünyadan etkilenen üniter varlıklardır. Üniter insanlar, gelişim süreçleri yoluyla insan potansiyellerini ve kendi ideallerini elde etmek için çabalayan süreçteki varlıklardır. İnsanlar özgür iradeye sahiptir; benlik ve çevre bilincini sürdürebilir, yaşananlara anlam katabilir ve deneyimlerini yansıtabilir ve planlı eylemlerde bulunma yeteneğine sahiptir. Özgürlüğün yanı sıra, insanoğlunun diğer temel nitelikleri arasında insan sevgisi, sınırsız bilmek arzusu, güzelliğin ve iyiliğin takdir edilmesi, yaratıcı çabanın sevinci, Tanrı'nın sevgisi ve mutluluk arzusu ile başkalarına bağlanma yer alır (Orem, 2001).

2.3.3. Sağlık

Sağlık ve sağlıklı bitkiler, hayvanlar, insanların yapısal ve işlevsel olarak bütün veya sağlam olduğunu tanımlamak için kullanılan terimlerdir. Aynı kelimeler vücudun bölümlerini, fizyolojik mekanizmaları, duygusal tepkilerin kontrolünü ve zihinsel işleyişin yanı sıra tutum ve güdülerini tanımlamak için de kullanılır. Sağlık, bireylerin kendilerini bir bütün olarak iyi hissetme durumudur. Ancak bugün kendini iyi hissetmeme, geçici hastalık ya da yaralanma durumlarında kişi sağlıksız kategorisine girmez. Bununla birlikte, normal yapıdan veya işleyişten sapma durumlarında kişi sağlıksız sayılır. İnsan; kendilerini ve çevrelerini ifade edebilme, yaşadıklarını sembolize edebilme, düşünebilme, fikir üretebilme, iletişim kurabilme ve başkalarına yardım edebilme özellikleriyle diğer canlılardan ayrılır. O halde sağlık; bir insanı insan yapan yaşam biçimi, fizyolojik ve psikofizyolojik mekanizmalar biyolojik yaşam ve diğer insanlarla bir arada yaşama (kişiler arası ve sosyal yaşam) ile ilişkilidir.

İnsanların insani ve biyolojik özelliklerine bakış açısı değiştikçe sağlık kavramının anlamı da değişmektedir. Sağlık profesyonelleri rollerini başarılı olarak yerine getirebilmek için, sağlık ile ilgilenmek durumundadır. İyileşme olabilmesi için bireyin fiziksel yönünün yanı sıra, yaşamın psikolojik, kişilerarası ve sosyal yönlerinin de iyileşmesi gerekir. Sağlığın fiziksel, psikolojik, kişilerarası ve sosyal yönleri birbirinden ayrılamaz (Orem, 2001).

Sağlığı korumak için iyi sağlık alışkanlıkları esastır, ancak yeni gereksinimleri karşılamak için eski alışkanlıklarını değiştirme yeteneği de gerekli olabilir. Özbakım, sağlıklı yaşamın yalnızca bir yönüdür, ancak terapötik kalitede sürekli özbakım olmazsa, bütünleşik insan işleyişi bozulacaktır (Orem, 2001).

2.3.4. Çevre

Orem'in teorisine göre çevre, bireyin özbakım aktivitelerini yapma yeterliğini etkileyen fiziksel, kimyasal, biyolojik ve sosyo-ekonomik özelliklerdir. İnsan ve çevre, birlikte bir bütünü ve bir sistemi oluşturmaktadır. İnsan çevresinden çevre de insandan etkilenir. Sağlığın bozulmasını tek bir ajana bağlamak doğru değildir. İnsanı holistik (bütüncül) bir anlayışla ve çevresiyle birlikte değerlendirmek gerekir (Orem, 2001).

2.4. Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi Kavramları

2.4.1. Özbakım

Özbakım, yaşamı, sağlık ve iyilik durumunu sürdürmek için bireylerin kendisi tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinliklerdir. Özbakım, kişisel merak, eğitim ve deneyimlerle öğrenilmiş davranışlardır; bireylerin kendi işleyişini ve gelişimini düzenlemek için her gün ihtiyaç duydukları kişisel bakımıdır. Bu bakımın sağlanması bir bakım eylemleri sistemi, bir özbakım sistemi olarak ortaya çıkar. Bu günlük düzenleyici bakım için kişilerin gereksinimleri, diğer faktörlerin yanı sıra, yaş, gelişim aşaması, sağlık durumu, çevresel koşullar ve tıbbi bakımın etkilerinden etkilenecektir (Orem, 2001).

Bağımlı bakım: Bebek/çocuk veya hastalık/yetersizlik nedeniyle bağımlı bireylere, yetkin kişiler tarafından uygulanan bakımdır. Bağımlı bakım, sorumlu yetişkinler tarafından bebekler ve çocuklar veya engelli olan ve bağımlı bakım sistemleri oluşturan kişiler için sağlanan sağlıkla ilgili sürekli kişisel düzenleyici ve gelişimsel bakımdır.

Özbakım Ajanı: Özbakımı gerçekleştiren kişidir.

Bağımlı bakım ajanı: Özbakımını yapamayan bireylerin özbakımını karşılayan kişidir (Orem, 2001).

2.4.2. Özbakım gücü

Bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama yeterliliğidir. Özbakımla ilgilenme gücü ve yeteneği, özbakım gücü olarak adlandırılır. Özbakım gücü güç bileşenleri;

- Bilinç/uyanıklık durumu
- Fiziksel enerjinin kontrollü kullanımı
- Vücut kontrolü

- Karşılaştırma yapabilme yeteneği
- Motivasyon
- Özbakım kararları verebilme ve bu kararları uygulayabilme yeteneği
- Özbakımı ile ilgili teknik bilgi elde etme ve uygulama yeteneği
- Bilişsel, algısal ve kişilerarası ilişki yetenekleri
- Özbakımını geliştirme yeteneği,
- Özbakımını aile ve toplumsal yaşama entegre edebilme yeteneği olmak üzere on başlıktan oluşmaktadır (Orem, 2001).

Bağımlı bakım gücü: Bağımlı bakım ajanının sağlık etkinliklerini başlatma ve uygulama yeteneğidir (Orem, 2001).

2.4.3. Terapötik özbakım gereksinimleri

Orem, hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirmek için, yapılması gerekli olan düzenleyici tüm özbakım eylemlerini terapötik özbakım gereksinimleri olarak tanımlar. Özbakım gereksinimleri; evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma özbakım gereksinimleri olmak üzere üç alt boyutta tanımlanmıştır.

Evrensel özbakım gereksinimleri, yaşam döngüsünün her aşamasında insanın günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olan temel istek ve gereksinimlerdir. Bu gereksinimler; yeterli hava alımı, yeterli su alımı, yeterli besin alımı, boşaltım, aktivite ve dinlenme, sosyal etkileşim, tehlikelerden korunma ve normal olmadır.

Gelişimsel özbakım gereksinimleri, yaşam döngüsünün çeşitli aşamalarında meydana gelen gereksinimler olarak tanımlanabilir. Bu gereksinimler; adölesan dönemde, gebelik döneminde ve yaşlılıkta ortaya çıkabilen gereksinimlerdir.

Sağlıktan sapma özbakım gereksinimleri ise, hastalığa bağlı ortaya çıkan yeni gereksinimlerdir. Sağlıktan sapma durumunda özbakım gereksinimleri; tıbbi yardım aramak, patolojik durum ve sonuçlarının farkında olmak, tedaviye uyum, yeni sağlık durumunu kabullenmeme, sağlık bakımı konusunda gereksindiği özel girişimler için özbenliğini/özimgesini değiştirmek ve patolojik durumun etkileriyle yaşamayı öğrenmektir (Orem, 2001).

2.4.4. Özbakım eksikliği

Özbakım gereksinimleri, bireyin özbakım gücünü aşan bir düzeydeyse veya özbakım gücü yetersiz ise özbakım eksikliği ortaya çıkar. Orem'e göre bir bireyin özbakım gereksinimlerini karşılayabilmesi için yeterli özbakım gücüne sahip olması

gerekir. Özbakım gücünün yetersizliğı sonucu sağık durumu bozulur. Sağık durumu bozulan bireylerde hastalık nedeniyle; tıbbi beslenme, fiziksel aktivite, ilaç alımı, kontrole gitme gibi yeni özbakım gereksinimleri ortaya çıkmıştır. Bu nedenle mevcut özbakım gücü yetersiz kalır. Özbakım gücü yetersizliğı özbakım eksikliğı ile sonuçlanır (Orem, 2001).

2.4.5. Temel durumsal faktörler

İç ve dış faktörler, bireylerin yeteneklerini, özbakım gücünü, özbakımı ve özbakım gereksinimlerini etkilemektedir. Bireylerin temel durumsal faktörleri;

- Yaş,
- Cinsiyet,
- Gelişimsel durum,
- Sağık durumu,
- Sosyokültürel eğilim,
- Tıbbi tanı ve tedavi tarzı gibi sağık bakım sistem faktörleri,
- Aile sistem faktörleri,
- Yaşam biçimi,
- Çevresel faktörler,
- Kaynakların uygunluğu ve yeterliliğı olarak on başlıkta tanımlanmaktadır (Orem, 2001).

2.4.6. Hemşirelik sistemi

Sağıklı ya da hasta bireyin özbakım gücünün geliştirilmesidir. Ayrıca özbakım eksikliğinin giderilmesine yönelik hemşirelik uygulamalarından oluşmaktadır. Orem, hemşirelik sistemini üç şekilde tanımlamıştır. Bunlar bireyin özbakımını yapma gücü olmadığı durumda **tümüyle eksikliği giderici**; bir kısmını yapabilme gücü olduğunda **kısmen eksikliği giderici**; bütün özbakım ihtiyaçlarının eğitim ve danışmanlık ile uygun bir ortam sağlayarak giderilmeye çalışıldığı durumda **destekleyici-eğitici sistemdir**. Tanımlanan üç sisteme göre uygulanabilecek hemşirelik girişimleri aşağıdaki beş yöntem ile açıklanır.

- Birey yerine yapmak,
- Bireye rehber olmak,
- Bireye fiziksel ve psikolojik açıdan yardımcı olmak,
- Kişisel gelişmi için uygun bir çevre oluşturmak ve
- Bireye öğretmektir (Orem, 2001).

2.4.7. Hemşirelik gücü

Hemşirelik gücü, Hemşirelik Geliştirme Konferansı Grubu üyeleri tarafından uzun bir araştırma sürecinden sonra ilk olarak 1971'de resmileştirilen teorik bir kavramdır. Bireye yardım etmek için yararlanacağı hastalık bilgisi, hemşirelik deneyimi, bireyin özbakım gücünü ve gereksinimlerini değerlendirebilmesi, o alandaki eğitimi olarak açıklanmaktadır. Hemşirelik uygulamalarında, hastaların terapötik özbakım gereksinimlerini bilmek ve karşılamak, özbakım gücünü korumak ve geliştirmek gerekir (Orem, 2001). Hemşirelik gücü güç bileşenleri;

- Geçerli, güvenilir bilgi kazanabilme yeteneği,
- Karar verme ve uygulama yeteneği,
- Motivasyon,
- Hemşirenin bakım verme isteği,
- Hedefine ulaşırken farklılıkları görebilme ve birleştirme yeterliği,
- Hemşirelik uygulamaları performansında süreklilik,
- Değişen durumlara göre hemşirelik uygulamalarında değişiklik yapabilme ve
- Kendi kendini yönetebilmedir.

Hemşireler özbakımlarını sağlayamayan bireyleri destekler ve eğitirler. Hemşirelerin bireylere yardım edebilmesi, özbakım eksikliklerini gidermesi ve desteklemesi hemşirelik gücüne bağlıdır ve bu güç sadece tarafından geliştirilen ve harekete geçirilen bir güçtür. (Orem,2001).

Hemşirelik gücü, birbiriyle ilişkili üç boyutu içerir. Bunlar; sosyal boyut, kişilerarası boyut profesyonel-teknolojik boyuttur.

Sosyal boyut:

- Hemşireler mesleğinin sosyal ve yasal boyutları hakkında bilgi sahibi olur ve bunları kabul eder; uygulama alanlarında sosyal ve yasal boyutları hakkında uzman bilgiye sahiptir,
- Gruplar ve grup üyeleri arasındaki kültürel farklılıklar hakkında bilgi sahibidir ve kişilerin kültürel yönelimlerinin diğerleriyle iletişiminin önemini kavrar,
- Çeşitli sosyal ve kültürel açıdan farklı bireyler arasındaki iletişimi sürdürmek için iletişim becerilerine ve sosyal beceriye sahiptir,
- Kendini ve başkalarını, gelişmekte olan kişiler olarak kabul eder ve saygı duyar,
- Tüm bireylere belirli durumlarda hemşirelik hizmetini vermekten sorumludur,

- Mesleğinin doğasını kavrar ve bu ilişkilerin belirlediği sınırlar içinde hemşirelik uygulamalarını gerçekleştirebilir (Orem, 2001).

Kişilerarası boyut:

İnsan fonksiyonun psikososyal durumlarıyla ilgili bilgi vermektedir.

- Kişilerarası işleyişi kolaylaştıran/engelleyen durumlar ile ilgili bilgi sahibi olur,
- İlişkilere yardımcı olmak için koşullar hakkında bilgi edinir,
- Kişilerarası ilişkileri engelleyen duygusal acı veya ıstıraba neden olan insan sorunlarını tanımlamak ve çözmekle ilgilenir,
- Hasta, engelli bebekler, çocuklar ve aileleri için uygun kişilerarası iletişim becerilerine sahiptir,
- Hastalarla ve önemli kişilerle, insan etkileşimleri için geleneksel forma uygun bir şekilde ilişki kurabilir örneğin, göz teması kurmak ses tonuna dikkat etmek
- Hemşirelik gözetimi altında olan ve kendi özbakım ve bağımlı bakımdaki rollerine uygun olarak çalışan kişileri kabul eder,
- Kişilerarası durumların daha geniş sosyal ve hukuki yönlerini (örneğin, hastadan yasal olarak sorumlu olan kimdir) bilir, bunlarla ilgili hasta ve yakınlarını bilgilendirir (Orem, 2001).

Profesyonel-teknolojik boyut:

Profesyonel-teknolojik boyutta yeterli donanıma sahip hemşirenin bakımı altındaki bireye nasıl yardım edeceğini belirtmektedir.

- Evrensel, gelişimsel ve sağlıktan sapma özbakım gereksinimlerini karşılamak için; bireylerin özbakım gücünü kullanması, koruması ve geliştirmesi için geçerli ve güvenilir tekniklere hakimdir,
- Hemşirelik uygulamalarında teknolojik işlemlerini gerçekleştirirken ve üretirken geçerli ve güvenilir teknikleri kullanmada deneyimlidir ve denemektedir,
- Bireyler için etkili hemşirelik sistemlerinin üretimi ve yönetimine yönelik yardımcı olan teknolojik yöntemlerin kullanımını entegre edebilir,
- Hemşirelik uygulamalarında hastaların refahını korumak ve hemşirelik sistemlerinin değişkenlerini ve aralarındaki ilişkileri düzenlemeye yönelik için acil ve etkili eylemler için harekete geçebilir,

- Hemşirelik deneyimi ve hemşirelik uygulama alanını genişletmek veya derinleştirmek için özel eğitim ve öğretim alır,
- Hemşirelik uzmanlığının bir parçası olarak teknolojik uygulamaları, yöntem ve teknikleri planlar, test eder,
- Hastaların özbakım gücünü geliştirme ve terapötik özbakım gereksinimlerini karşılamak için yeteneğini artırır, gerekli şartları sağlamak için çaba gösterir,
- Hastaların terapötik özbakım taleplerini karşılamada ve özbakım güçlerini düzenlemede belirli yöntemlerin kullanılmasından elde edilen sonuçları değerlendirir, sonuçları farklı hemşirelik sonuçları ile karşılaştırır (Orem, 2001).

2.5. Hemşirelerde Sanat ve Sağduyu

Hemşireler, hemşirelik uygulamalarında gelişmiş ve gelişmekte olan kişilik ve karakter niteliklerine sahip kişilerdir. Hemşireler, sadece uygulama yapmakla kalmayıp kişilerarası ilişkiler içinde çalışır, aynı zamanda hemşirelik gücünü tanımlamak için yeteneklerini geliştirmeye devam ederler. Sanat ve sağduyu, hemşirelerin başkaları için hemşirelik hizmeti vermesidir. Hem sanat hem de sağduyu, hedef odaklı planlanmış eylemlerde bulunmak için insan gücü ile ilişkilidir. Sanat ve sağduyu, insanların kazanılmış, oturmuş nitelikleridir, onları belirli şekillerde hareket etmeye zorlar. Doğrudan ahlakla ilgili olan sağduyu, günlük yaşamda bireysel insan eylemlerinin iyiliğidir. Bireyin ne yapacağı konusunda karar verebilmesi, nelerin yapılması gerektiğini bilmesi bağlıdır. Sağduyu, özgüllük ve çeşitlilik dolu bir dünyada, neyin uygun ve iyi olduğuyla ilgilenir.

Sanat, insanların entelektüel bir niteliği olarak anlaşılmaktadır. Sanat, varoluşun gerçekliği ile fikir yürütmek ve birşeyi yaratmakla ilgilidir. Hemşirelik sanatı, hemşirelerin, bireyler veya gruplar için etkili hemşirelik yardımının üretilmesi hedefi doğrultusunda çalışmak için, yaratıcı araştırmalar, analizler ve sentezler yapmalarını sağlayan entelektüel kalitedir. Hemşirelik sanatı, hemşirelik yardım veya bakım sistemleri oluşturmakla ilgilidir.

Hemşirelik sağduyusu, hemşirelerin (1) yeni veya zor hemşirelik durumlarında danışmanlık almak, (2) belirli koşullarda veya aniden gelişen bir durumda ne yapılması gerektiği ve nelerden kaçınılması gerektiği konusunda doğru kararlar vermek, (3) belirli bir şekilde hareket etmeye karar vermek ve (4) harekete geçmektir. Hem

hemşirelik sanatı hem de hemşirelik sağduyusu, farklı şekillerde etkili hemşirelik yardım sistemleri oluşturmak için çok önemlidir. Hemşireler, sanatlarıyla başkaları için hemşirelik yardımı planlar ve neyi, nasıl yapacağını bilir. Hemşirelik sağduyusu ve hemşirelik sanatı, deneyime yönelik çalışmalarla gelişir. Hemşirelik sağduyusu, hemşirelerin hemşirelik bilimlerinde ve temel disiplinlerde kendilerini geliştirmelerini gerektirir. İyi sanat ve sağduyu, birbiriyle ilişkili hemşirelik uygulamalarının yerine getirilmesinde hemşirelere yardım eder (Orem, 2001).

2.6. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar, bireylerin fonksiyonlarında yavaş, ilerleyici ve geri dönüşümsüz durumlara neden olan, yaşamın uzun bir kısmını kaplayan, sürekli tıbbi bakım ve aynı zamanda tedavi gerektiren, tedavi edilmediğinde komplikasyonların geliştiği hastalıklardır. Kronik hastalıklara aynı zamanda bulaşıcı olmayan hastalıklar (enfeksiyon ajanından kaynaklanmayan genetik yatkınlık), yaşam tarzı veya çevresel maruziyetten kaynaklanan hastalıklar da denilmektedir (Kumsar ve Yılmaz, 2014).

Tanı, tedavi yöntemlerinin gelişmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin artması, yaşam süresinin yükselmesi, sedanter yaşam, birçok ülkede bulaşıcı hastalıkların azalması, stresörler, beslenme alışkanlıklarının değişmesi kronik hastalıklarda artışa neden olmaktadır (Erkoç ve Yardım, 2011). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığının 2018 yılı sağlık istatistikleri yıllıkta, 2002 yılına göre 2017 yılının kronik hastalık verilerine bakıldığında, iskemik kalp hastalıklarının %1.34, KOAH'nın %41.82, inme %57.35, diyabet %43.49, trakea, bronş ve akciğer kanserlerinin %37.78 oranında arttığı görülmektedir (Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018).

Günümüzde kronik hastalığın önlenmesi ya da tam olarak tedavi edilmesi mümkün değildir. Bundan dolayı amaç, kronik hastalığın neden olduğu olumsuz etkilerden korunmaktır. Kronik hastalığı olan bireylere verilen bakımın amacı, bireyin kendi durumunu daha iyi kontrol etmesini, ortaya çıkan kısıtlamalarını en aza indirmek, hastanın özbakım gücünü arttırarak yaşam kalitesini yükseltmektir. Bu hedefe ulaşıldığında, kronik hastalığı olan birçok hasta daha az destekle veya desteksiz olarak kendi günlük yaşam aktivitelerini yapabilecektir (Çavuşoğlu, 1992).

Kronik hastalıkların, kişide fizyolojik ve psikolojik yönden etki yaptığı bilinmektedir. Bu sebeple hastaneye yatan ve bir süre tedavisi karşılandıktan sonra taburcu olan bireyler yeterli seviyede bilgilendirilmediğinde ve özbakımları

sağlanmadığında özürllülük durumunun ortaya çıktığı görülmektedir (Arslan ve Kutsal, 1999). Bireylerin özbakımını güçlendirmede hemşirenin görevi, bireyin ya da ailesini özbakım yeteneklerini geliştirmek ve bakımlarını kendileri yapana kadar onlara yardım etmektir. Hemşire, hem sağlık kurumlarında hem de toplumda özbakımı destekler ve sağlık personeli ile hasta/ hasta ailesi arasındaki güvenini geliştirir ve bu ortamın sağlanmasında önemli rol oynayabilir. Kişilerin özbakım güçleri geliştiğinde; tedavilerine uyumları artmakta, tıbbi yardım alma süreçleri ve hastalığın tekrarlama durumları azalmaktadır (Akdemir ve Birol, 2005).

Kronik hastalıklar, tüm dünyada ve ülkemizde de ölüm sebepleri arasında ilk sıralardadır. Kronik hastalık oluşumunda ve yönetiminde çeşitli bireysel faktörlerin etkili olduğu önlenabilir hastalıklardır. Beslenme, egzersiz, çevrenin düzeltilmesi ve sağlık eğitimi kronik hastalıkların önlenmesinde önemlidir. Hastalıkların kontrol edilmesiyle görülme sıklığı azaltılabilir ve bunlara bağlı komplikasyonlar, sakatlık durumları engellenebilir.

Öz bakım eksikliği hemşirelik teorisi'nin kullanıldığı çalışmalara bakıldığında; Orem'in öz bakım modeline dayalı uygulamalar sonucu; miyokard enfarktüsü tanısı olan 104 hastada öz bakım gücünün arttığı ancak beslenme ile ilgili öz yeterliliğinde herhangi bir değişiklik olmadığı (Aish ve Isenberg, 1996), kalp yetmezliği olan 128 hastada öz bakım gücünün arttığı (Jaarsma ve ark., 2000), prostatektomi uygulanan 69 hastada öz bakım gücü ve yaşam kalitesinin iyileştiği (Kim, 2011), astım tanısı olan 80 ergende astımı tetikleyen etkenlere karşı kendilerini koruma becerilerinin arttığı

(Altay ve Çavuşoğlu, 2013), doğum yapmış 63 kadının özbakım güçlerinin arttığı ve doğum sonrası komplikasyonlarını azaldığı (Nazik ve Eryılmaz, 2013), 110 yanık hastasının yaşam kalitesinin arttığı (Hashemi ve ark., 2014), astımı olan ergenlerde benlik saygısının arttığı (Hemati ve ark., 2015), kardiyovasküler hastalığı olan 66 hastanın özbakım güçlerinin arttığı (Mohammadpour ve ark., 2015), multiple sklerozu olan hastalarda yorgunluğun azaldığı (Afrasiabifar ve ark., 2016), kronik obstrüktif akciğer hastası 106 bireyin öz etkililiğinin arttığı (Ozkaptan ve Kapucu, 2016), migreni olan hastalarda ağrının azaldığı (Mahmoudzadeh-Zarandi ve ark., 2016), kız öğrencilerin özbakım gücünün arttığı (Sharifi ve ark., 2017), sistemik lupus eritematozus tanısı olan hastanın özbakımı ve yaşam kalitesinin iyileştiği (Kusnanto ve ark., 2018), hastaların motor fonksiyonlarında anlamlı bir şekilde iyileşme olduğu (Afrasiabifar ve ark., 2020), kanser tanısı olan 71 hastanın özbakım etkinliği ve yaşam kalitesinin arttığı, olumsuz duygularının azaldığı (Deng ve ark., 2021), göğüs tüplü travma hastalarında özbakım bilgi, tutum ve uygulamalarının geliştiği (Khatiban ve ark., 2018), romatoid artriti olan 60 hastanın ağrısının azaldığı (Saeedifar ve ark., 2018), hipertansiyon tanısı olan 80 hastanın yaşam kalitesinin iyileştiği (Khedemian ve ark., 2020), 176 hamile kadının erken doğum insidansının düştüğü (Rezaeean ve ark., 2020), koroner arter hastalığı olan bireylerin özbakım gücü ve yaşam kalitesinin arttığı (Yıldız ve Kaşıkçı, 2020), kalça kırığı olan 130 yaşlı hastanın yaşam kalitesinin iyileştiği, perioperatif komplikasyonlarının azaldığı (Xu ve ark., 2020), hipertansiyonu olan hastaların yaşam kalitelerinin ve hipertansiyon yönetiminin arttığı (Nasresabetghadam ve ark., 2021), romatoid artriti olan 22 hastanın el ağrılarının ve semptomlarının azaldığı, el fonksiyonlarının ve yaşam aktivitelerinin arttığı (Tuna ve Alparslan, 2021), kolon kanseri olan 115 hastasının gastrointestinal fonksiyonlarının iyileştiği, umut düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin arttığı (Zhang ve Pan, 2021), akut koroner sendromu olan 148 hastanın özbakım yeteneklerinin, rehabilitasyon etkinliklerinin, hastalık bilişlerinin, yaşam kalitesi ve hemşirelik memnuniyetinin arttığı, olumsuz düşüncelerinin azaldığı (Zhu ve ark., 2021) tespit edilmiştir. Literatürdeki çalışmalara göre Orem özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulamaların hastaların özbakım güçlerini ve yaşam kalitelerini arttırdığı, hastalıklarına yönelik gelişen semptomlarını azalttığı görülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelere, Orem'in özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama yapabilmelerine yönelik verilen eğitimin, hemşire ve hasta sonuçlarına etkisinin değerlendirildiği çalışma, ön test-son test kontrol grupsuz yarı deneysel desen kullanılarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 700 yataklı bir eğitim ve araştırma hastanesinin, iç hastalıkları kliniklerinde 21 Nisan-31 Aralık 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Eğitim ve araştırma hastanesinde, biri 40 diğeri 20 yatak olmak üzere toplam 60 yataktan oluşan 2 (iki) iç hastalıkları kliniği bulunmaktadır. Kliniklere yatan hasta profilini çoğunlukla 65 yaş üstü kronik hastalığı olan bireyler oluşturmakta olup, aylık ortalama 230 hasta yatmaktadır. Kliniklerde 33 hemşire görev yapmaktadır ve her hemşire, 08-16 saatleri arası gündüz vardiyasında ortalama 5-6, 16-08 saatleri arası gece vardiyasında ise ortalama 11-12 hastanın bakımından sorumludur. Hemşirelik uygulamaları, tıbbi modele göre yürütülmektedir ve hekim istemine dayalıdır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

3.3.1. Hemşire örnekleme

Hemşireler için örneklem hesaplaması yapılmamış, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşireler çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklemi, klinikte görev yapan, yaş ortalaması 29 ± 7.31 , %87.9'u kadın, %66.7'si evli, %78.8'i lisans, %12.1'i önlisans, %6.1'i lisansüstü, %3'ü lise mezunu, iç hastalıkları kliniğinde çalışma süresi ortalama 5 ± 6.09 yıl olan 33 hemşire oluşturmuştur (Tablo 1).

Tablo 1: Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (n=33)*

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	29	87.9
Erkek	4	12.1
Yaş (ortalama)	29±7.31	
Medeni durum		
Evli	11	33.3
Bekar	22	66.7
Eğitim durumu		
Lise	1	3
Önlisans	4	12.1
Lisans	26	78.8
Lisansüstü	2	6.1
Çocuk varlığı		
Var	9	27.3
Yok	24	72.7
Klinikte çalışma yılı (ortalama)	5±6.09	

*Descriptive Statistics (mean, percent, standart deviation)

3.3.2. Hemşireler için örneklem kriterleri

Eğitim ve araştırma hastanesinin iç hastalıkları kliniğinde görev yapan, gönüllü katılmayı kabul eden hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.3.3. Hasta örnekleme

Eğitim ve araştırma hastanesinin 60 yatak kapasiteli olan iç hastalıkları kliniklerinde ayda ortalama 230 hasta yatmakta olup, klinikte en az beş gündür yatan, 18 yaş ve üzeri olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.3.4. Hastalar için örneklem kriterleri

Eğitim ve araştırma hastanesinde iç hastalıkları kliniklerinde en az beş gündür yatan, araştırmayı kabul eden, iletişim kurulabilen 18 yaş ve üstü olan hastalar araştırma kapsamına alınmıştır.

Tablo 2: Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=161)***

	Grup 1*		Grup 2**	
	n	%	N	%
Cinsiyet				
Kadın	75	46.6	92	57.1
Erkek	86	53.4	69	42.9
Yaş (ortalama)	58±17.03		59±16.41	
Medeni durum				
Evli	107	66.5	101	62.7
Bekar	54	33.5	60	37.3
Eğitim durumu				
Okuryazar	46	28.6	43	26.7
İlkokul	56	34.8	34	21.1
Ortaokul	9	5.6	9	5.6
Lise	32	19.9	47	29.2
Lisans	18	11.2	28	17.4
Kronik hastalık durumu				
Var	141	87.6	118	73.3
Yok	20	12.4	43	26.7

*Hemşirelere eğitim öncesi iç hastalıkları kliniğinde yatan hastalar

**Hemşirelere eğitim sonrası iç hastalıkları kliniğinde yatan hastalar

***Descriptive Statistics (mean, percent, standart deviation)

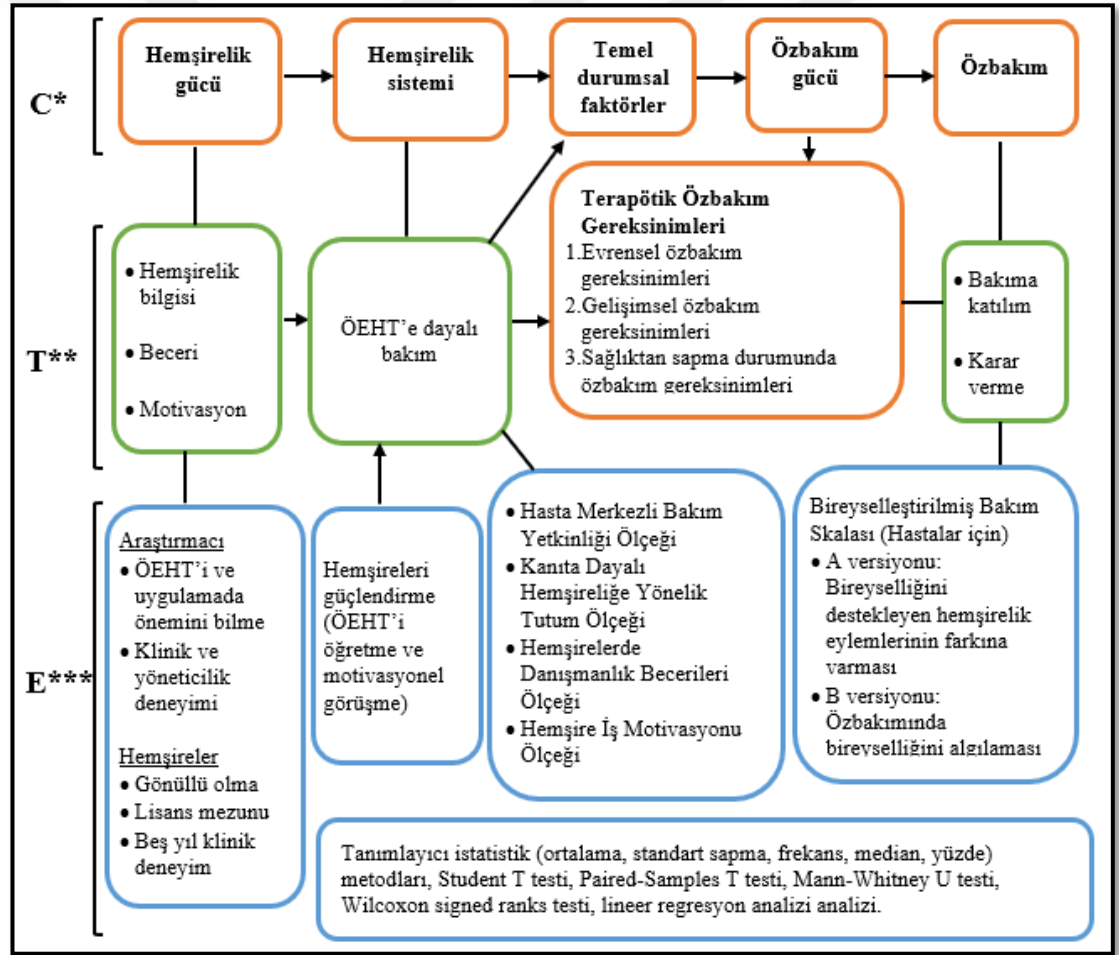
3.3.5. Hastalar için örneklem büyüklüğünün hesaplanması

Örneklem grubuna alınacak hastaların sayısı G*Power 3.1.9.7 yazılım programı ile hesaplanmıştır. Bu programda örneklem büyüklüğünü hesaplamak için güç %80, etki büyüklüğü 0.3, hata payı 0.05 olarak alınmıştır. Hastalar için alınacak örneklem büyüklüğü bu hesaplama yöntemi ile 90 olarak bulunmuştur. Klinikte en az beş gündür yatan, 18 yaş ve üzeri olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden Grup 1 (n=161) ve Grup 2’de (n=161) iki farklı hasta olmak üzere toplamda 322 hasta araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Çalışmanın Düzeni

Çalışmanın Kavramsal, Kuramsal/Orta düzey teoriler, Deneysel/Deneysel araştırma yöntemleri (Conceptual, Theoretical Empirical [CTE]) yapısı, ÖEHT’e dayandırılarak oluşturulmuştur (Şekil 2) (Marrs ve Lowry, 2006; Orem, 2001). Bu doğrultuda; çalışmanın kavramsal yapısı (C) olarak; ÖEHT’in kavramları olan

hemşirelik gücü, hemşirelik sistemi, temel durumsal faktörler, özbakım gücü, terapötik özbakım gereksinimleri, özbakım kavramları ve birbiriyle ilişkileri gösterilmiştir. Özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin bu kavramları, çalışmamıza bakış açımızı oluşturmuş, yararlandığımız orta düzey teoriler ve araştırma yöntemimize rehberlik sağlamıştır. Çalışmanın kuramsal yapısı/orta düzey teoriler (T), ÖEHT'in kavramlarıyla ilgili somut kavramlar ve bu kavramların birbiriyle ilişkilerini içermektedir. Bu çalışmada kullanılan orta düzey teoriler; hemşirelik bilgisi, beceri ve motivasyonu, hastalara ÖEHT'e dayalı bakım, hastanın bakıma katılımı ve karar vermesidir. Yapının deneysel bölümünde (E) ise; araştırmacının ve hemşirelerin özellikleri, uygulama, veri toplama araçları ve veri analiz teknikleri gösterilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2: Orem Özbakım Eksikliği Hemşirelik Teorisi'nin CTE'de gösterimi

* Conceptual; Orem'in özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavramları

** Theoretical; kuramsal yapı ve çalışmayla ilgili somut kavramlar ve bu kavramların birbiriyle ilişkileri

*** Empirical; araştırmacının ve hemşirelerin özellikleri, çalışmaya rehber olması/yol göstermesi için kullanılan yöntemler ve sonuç göstergeleri

Hemşirelik gücünün göstergesi olarak araştırmacının yeterliliğini gösteren; ÖEHT'i ve uygulamada önemini bilme, klinik deneyim, yöneticilik deneyimi, hemşirelerin yeterliliğini gösteren; gönüllü olması, lisans mezunu olması, beş yıl klinik deneyime sahip olmasıdır. Hastaların temel durumsal faktörlerini tanılamak için Temel Durumsal Faktörleri Tanılama Formu kullanılmıştır. Çalışmanın bağımlı değişkenlerini ölçme araçları, hastalar için bireyselleştirilmiş bakım skalasıdır. Hemşirelerde ise, gözlem yönergesi, hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği, hemşirelerin danışmanlık becerileri ölçeği, hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği, hemşire iş motivasyonu ölçeği ile veriler toplanmıştır (Şekil 3).

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişken: İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelere özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi ve hemşirelerin özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulamaları.

Bağımlı değişkenler: Hemşirelerin; hasta merkezli bakım yetkinliği, danışmanlık becerileri, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu, iş motivasyonu, hemşirelik uygulamalarını gözlem sonuçları ve hastaların bireyselliğini (klinik durumda, kişisel yaşamda ve kararlara katılımı) destekleyen hemşirelik eylemlerinin farkına varması, özbakımında bireyselliğini algılamasıdır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Hemşireler için: Hemşire kişisel bilgi formu, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği (KDHYTÖ), hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği (HMBYÖ), hemşirelerde danışmanlık becerileri ölçeği (HDBÖ), hemşire iş motivasyonu ölçeği (HİMÖ), gözlem yönergesi.

Hastalar için: Hastaların temel durumsal faktörlerini tanılama formu, bireyselleştirilmiş bakım skalası-hasta versiyonu (A ve B).

3.6.1. Hastaların temel durumsal faktörlerini tanılama formu

Özbakım eksikliği hemşirelik teorisinden yararlanılarak hazırlanmıştır (Orem, 2001). Form kronik hastalığı olan bireyin temel durumsal özellikleriyle (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaş, evde kiminle yaşadığı, kronik hastalık durumu, hastalığı ile ilgili eğitim alma durumu, eğitimin faydalı olma durumu, hastaneye yatış sebebi) ilgili dokuz sorudan oluşmaktadır (Ek 8).

3.6.2. Bireyselleştirilmiş bakım skalası (BBS)-Hasta

Suhonen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen skala, 2005 yılında Suhonen ve ark. tarafından tekrar gözden geçirilerek madde sayısı azaltılmıştır. Acaroğlu ve arkadaşları tarafından 2010 yılında Türkçe geçerlilik güvenirliliği yapılmıştır. Ortalama 15 dakikada yapılabilen skala, hastanede yatarak hemşirelik bakımı uygulanan ve sonrasında taburculuk planlaması yapılan hastalara uygulanmakta ve taburculuğu yapılan gün doldurulmaktadır. Skalanın her biri 17 soru olan iki kısmı bulunmaktadır. Birinci kısım hastanın, hastanede yattığı süre boyunca almış olduğu hemşirelik uygulamalarının farkına varması (BBS-A), ikinci kısım ise hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılamasını (BBS-B) değerlendirmektedir. Skalanın üç alt boyutu vardır. Bunlar; klinik durum, kişisel yaşam durumu, karar verme kontrolüdür. Sorulardan A1-A7 ve B1-B7 klinik durumu, A8-A11 ve B8-B11 kişisel yaşam durumunu, A12-A17 ve B12-B17 ise karar verme kontrolü ile ilgili maddelerdir (Suhonen ve ark., 2007; Acaroğlu ve ark., 2010).

Skalanın her kısmından alınabilecek skorlar minimum 1, maximum 5 puandır. Skorlar yükseldikçe hastanın kendi bakımında bireyselliği algılaması ve deneyimlemesi (BBS-B) artar ve aynı zamanda hemşirelik eylemlerinin farkına varması (BBS-A) da artmaktadır (Suhonen ve ark. 2000; Suhonen ve ark. 2005) (Ek 9, Ek 10). Bu çalışmada ölçeğin BBS-A Cronbach alfa katsayısı 0.767, ölçek alt boyutlarının ise sırasıyla 0.754, 0.756, 0.750 olarak; BBS-B Cronbach alfa katsayısı 0.767, ölçek alt boyutlarının ise sırasıyla 0.753, 0.756, 0.751 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği (HMBYÖ)

Ölçek, Hwang (2015) tarafından; hasta merkezli verilen bakımda hemşirelerin yetkinliklerinin belirlenebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirliliği Arslanoğlu ve Kırılmaz (2019) tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa katsayısı 0.850'dir. Hasta merkezli bakım yetkinliği 17 soru ve 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutları; hastaların bakış açılarına (perspektifine) saygı duymak (1.-6. madde), bakım süreçlerinde hasta katılımını teşvik etmek (7. ve 11. madde), hasta konforunu sağlamak (12. ve 14. madde) ve hastaların haklarını savunmaktır (15.-17. madde). Ölçek; 1-Kesinlikle Katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum, 5-Kesinlikle Katılıyorum olmak üzere 5'li Likert şeklinde tasarlanmıştır (Ek 11). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.756 olarak bulunmuştur.

3.6.4. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği (KDHYTÖ)

Ruzafa-Martinez ve arkadaşları tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması Ayhan ve arkadaşları (2015) tarafından yapılmıştır ve öğrenci hemşirelere de uygulanabilmektedir. Ölçeğin üç alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; KDH ile ilgili inanç ve beklentiler (1, 2, 7, 9, 11, 13, 14. Maddeler), uygulama niyeti (3, 5, 6, 12. Maddeler) ve duygulardır (4, 8, 10, 15. Maddeler). Ölçek, toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Maddelerden sekizi; 1, 2, 5, 7, 9, 11, 13 ve 14. maddeler olumlu ve yedisi ise olumsuz; 3,4, 6, 8, 10, 12 ve 15. maddelerdir ve olumsuz ifade içeren maddeler tersten kodlanmaktadır. Beşli Likert olan (1-hiç katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 3-biraz katılıyorum, 4-katılıyorum, 5-tamamen katılıyorum) ölçekten en yüksek 75 puan, en düşük ise 15 puan alınabilir. Ölçekten yüksek puan alınması tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğinin Cronbach α güvenirlik katsayısı $\alpha = .90$ 'dır. Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.765 olarak bulunmuştur (Ek 12).

3.6.5. Hemşirelerde danışmanlık becerileri ölçeği (HDBÖ)

Avcı ve Kumcağız tarafından 2019 yılında oluşturulan madde havuzuna son hali verildikten sonra açıklayıcı faktör analizi için 204 hemşireye uygulanmıştır. Ölçek, 10 maddeden oluşmaktadır ve tek faktördür. Sonrasında 200 hemşireye doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analiziyle tek faktörlü yapının uyum indeksi değerlerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde olduğu görülmüştür ($\chi^2=94.785$, $sd=33$, $\chi^2/sd= 2.872$, $RMSEA=0.097$, $GFI=0.92$, $AGFI=0.86$, $CFI=0.92$ ve $IFI=0.92$). Ölçeğin geçerliği AFA ve DFA yapılmak suretiyle incelenmiştir. Ölçeğin güvenirliği ise Cronbach alfa katsayısı ve Split-half ile incelenmiştir. Cronbach alfa .88, Split-half ise .86 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada Cronbach alfa katsayısı 0.766 olarak bulunmuştur (Ek 13).

3.6.6. Hemşire iş motivasyonu ölçeği (HİMÖ)

Engin ve Çam tarafından 2009 yılında geliştirilen ölçek 27 sorudan oluşmaktadır. Bu form 3'lü likert "1. Katılmıyorum, 2. Kısmen katılıyorum, 3. Katılıyorum" şeklinde hazırlanmıştır (Ek 14). Madde toplam puan korelasyonları toplam ölçek puanı ile anlamlı düzeydedir ($p<0.001$). Ölçeğin, orijinal ölçek maddelerinde olan psikiyatri kliniğinde....duyurım şeklinde ifadeler yerine "bu klinikte" şeklinde düzenlenerek, tüm hemşireler için kullanılabileceği belirtilmiştir.

Ölçeğin güvenirlik katsayısı 0,847 şeklinde belirlenmiştir. Orijinal ölçeğin cronbach alpha değeri; ilk bölümü için 0.79, ikinci bölümü için 0.72’dir (Engin ve Çam 2009). Yapılan çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.719 olarak bulunmuştur.

Tablo 3: Araştırmanın akış şeması

Klinikte çalışan hemşire sayısı: 33	Klinikte yatak sayısı: 60
Örneklem kriterlere uygun hemşire sayısı: 33	Örneklem kriterlere uygun hasta sayısı: 322
Düzenli olarak görüşmelere katılmayı kabul eden hemşire sayısı: 33	Düzenli olarak görüşmelere katılmayı kabul eden hasta sayısı: 322
Hemşirelere Ön test (21.04-15.06.2021) (n:33) 1. Kişisel bilgi formu 2. Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği 3. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği 4. Danışmanlık becerileri ölçeği 5. İş motivasyonu ölçeği 6. Hemşireleri gözlem Birinci Görüşme (04-13.08.2021) (n:33) 1. Gözlem sonuçlarının konuşulması ve problemin tanımlanması 2. Özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin anlatılması 3. İkinci görüşmeye kadar izlenmesi ve okunması için dökümanlar (video, makale) verilmesi 4. Planlama yapılması İkinci Görüşme (24.08.2021-15.09.2021) (n:33) 1. Birinci görüşmede yapılan planı uygulama durumu ve sonuçlarının tartışılması	Grup 1 Hastalara Test (21.04 -01.06.2021) (n:161) 1. Temel durumsal faktörlerini tanılama formu 2. Bireyselleştirilmiş bakım skalası A, B versiyonu
Hemşirelere Son test (15-30.10.2021) (n:33) 1. Hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği 2. Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği 3. Danışmanlık becerileri ölçeği 4. İş motivasyonu ölçeği 5. Hemşireleri gözlem	Grup 2 Hastalara Test (15-30.10.2021) (n:161) 1. Temel durumsal faktörlerini tanılama formu 2. Bireyselleştirilmiş bakım skalası A, B versiyonu
Tezin Yazımı (01.11.2021- 01.05.2022)	

3.6.7. Gözlem yönergesi

Gözlem yönergesi; özbakım eksikliği hemşirelik teorisine göre hazırlanmıştır (Orem 2001). Hazırlanan yönerge, iki sorumlu hemşire ve dört hemşire/öğretim üyesi uzman görüşlerinin değerlendirilmesine sunulmuş, geri bildirimlere göre yeniden düzenlenmiş, son hali ile klinikte pilot gözlem yapılmıştır. Form hemşirelerin klinikte uygulamaları, geçirdikleri süreler ve hasta gereksinimlerinin karşılanması ile ilgili 11(onbir) maddeden oluşturulmuştur (Ek 6). Gözlem; hemşirenin; hasta/iş merkezli çalışma durumu, hasta mahremiyeti, iletişim, hemşirelik aktiviteleri, hasta teslimi,

hemşirelik süreci ve hasta gereksinimlerini karşılama durumu konularında yapılmıştır (Ek 6).

3.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması ve Hemşirelere Eğitim Süreci

3.7.1. Ön test

3.7.1.1. Hemşire ve hastalara anketlerin uygulanması

Eğitim ve araştırma hastanesinin iç hastalıkları kliniğinde görev yapan 33 hemşire ön-test olarak; hemşire kişisel bilgi formu, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği (KDHYTÖ), hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği (HMBYÖ), danışmanlık becerileri ölçeği (HDBÖ), iş motivasyonu ölçeğini (HİMÖ) doldurmuştur. En az beş gündür klinikte yatan 161 hastaya temel durumsal faktörlerini tanımlama formu, hasta için bireyselleştirilmiş bakım skalası A-B Versiyonu (BBS A-B) uygulanmıştır (Şekil 3). Ön testler, 21.04.2021-01.06.2021 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.7.1.2. Gözlem

Hemşireler 02-15.06.2021 tarihleri arasında 14 (ondört) gün boyunca gözlemlenmiştir. Gözlem yaparken hemşirelerden kamera kullanımı için izin istenmiş ancak kamera kullanımını istememişlerdir. Sabah 08:00-12:00, öğlen 12:00-16:00 ve mesai sonrası 16:00-20:00 arası bir hemşire olmak üzere bir günde 3 (üç) hemşirenin gözlemi yapılmış, toplamda her bir hemşire 4 saat (240 dakika) boyunca gözlem yönergesi kullanılarak izlenmiştir (Ek 6).

3.7.2. Eğitim materyalinin hazırlanması ve hemşirelere eğitim

3.7.2.1. Eğitim materyalinin hazırlanması

Çalışma materyali, hemşirelerin birinci gözlem sonuçlarına göre hazırlanmıştır. Gözlem sonucunda elde edilen veriler değerlendirilmiş; Orem'in teorisine göre hemşirelerin, hemşirelik gücünün boyutları olan sosyal, kişilerarası ve profesyonel-teknolojik alanda geliştirilmesi gereken yönleri belirlenmiştir (Tablo 4). Bu değerlendirme sonucunda; ÖEHT konusunda materyaller ile hemşirelerin belirlenen gereksinimlerine yönelik, elektronik ortamda video ve makaleleri içeren bir dosya hazırlanmıştır (Ek 15) ve hemşirelere eğitimi gerçekleştirmek üzere görüşme formu geliştirilmiştir (Ek 7). Ayrıca, güncel bir iç hastalıkları hemşireliği kitabı, hemşirelerin gereksinim duyduğu anda okuyabilmesi için kliniğe bırakılmıştır.

Dosya: Elektronik ortamda hazırlanan dosyada aşağıdaki materyaller bulunmaktadır.

- Özbakım eksikliği hemşirelik teorisi kavramları; hemşirelik sistemi, özbakım gereksinimleri, temel durumsal faktörler, özbakım/bağımlı bakım gücü, özbakım eksikliği/bağımlı bakım eksikliği, özbakım/bağımlı bakım, hemşirelik gücü
- Özbakım eksikliği hemşirelik teorisi metaparadigma kavramları; hemşirelik, insan, çevre, sağlık kavramları
- Hastane sisteminden temin edilen; düşme olayları, sözel order, ilaç istem ve dağıtım, ilaç güvenliği, düşme olayları, hasta transferi ile ilgili prosedürler
- Makaleler; hemşirelik bakımı, hemşirelik kanunu, hasta güvenliği, hemşirelerin etik ilke ve sorumlulukları, mesleklaşma, manevi bakım, hemşirelerin rolleri, ağlayan/tedaviyi reddeden/öfkeli hasta ile iletişim, hemşirelerin rolleri, astım ve KOAH ilaçlarının doğru kullanımları, hasta güvenliği.
- Hemşirelikte Bilimsel Bilgi Kullanımı ve Hemşirelik Sanatı (video) (Platin, 2021). 1. Nursoloji Hemşirelik Bilimi Sempozyumu (Ek 15).

Görüşme formu: Görüşme formu ÖEHT ve motivasyonel görüşme tekniğine göre, ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (Allsop, 2007; Kızılcı ve Yurtsever, 2010; Miller ve ark., 2007; Orem, 2001; Ögel, 2009). Birinci görüşme formu; problem/durumun tanımlanması, duygu ve düşüncelerin netleştirilmesi, plan yapma, görüşmenin değerlendirilmesi, bir sonraki görüşme planının yapılması olmak üzere beş adımdan, ikinci görüşme formu ise; ilk görüşmede değişim için nelere karar verdiği, klinikteki işleyişte nelerin değiştiği ve neler hissettiği, yeni durumu ile ilgili bir problem yaşayıp yaşamadığı, bundan sonra nasıl ilerlemek istediği ile ilgili soruların olduğu bir formdur (Ek 7).

3.7.2.2. Hemşirelere eğitim

Eğitime başlamadan önce, sorumlu hemşire ve hemşirelerin fikri alınarak, eğitimin şekli ve süresine karar verilmiştir. Eğitim bireysel ve yüzyüze yapılmış, iki görüşme ile tamamlanmıştır. Eğitim süreci aşağıda belirtildiği şekilde yürütülmüştür.

- Sorumlu hemşireden numarası alınan hemşireler, telefonla aranmış, eğitim programının amacı ve yöntemi açıklanmış, birinci görüşmenin gün ve saati belirlenmiştir.

- Eğitim sorumlu hemşire odasında yapılmıştır. Oda, oturum sırasında hemşirenin duygu ve düşüncelerini rahatça ifade edebileceği, karşılıklı güçlü bir iletişimin sağlanabileceği ve güven duygusunun oluşabileceği şekilde düzenlenmiştir. Bunun için; görüşme öncesinde oda havalandırılmış, Covid-19 pandemisi nedeniyle maske kullanımına özen gösterilmiş, masa ve sandalyeler sosyal mesafeye dikkat edilerek yerleştirilmiş, görüşme sırasında odaya girilmemesi için kapının üzerine “toplantı var” yazısı asılmıştır.
- Eğitim, önceden hazırlanmış görüşme formu kullanılarak yürütülmüştür (Ek 7).

Birinci görüşmede;

- Her hemşirenin gözlem sonucu ve ön-test sonuçları kendisi ile paylaşılmış, hasta bakımı, hastaların gereksinimlerinin karşılanması konusunda kendisine en zor gelenin ne olduğu ve bu konuda duyguları, düşünceleri sorulmuş, problem/durumun tanımlanması sağlanmıştır.
- Gelecek için ne olmasını istediği, ne değişirse kendisini iyi hissedeceği, tercihinin ne olduğu, önünde engellerin olup olmadığı, seçiminin faydalarının ne olduğu, eğer değişmezse sonucunun ne olabileceği şeklinde sorularla problemin önemine farkındalığı ve problemini çözmek için plan yapmaya karar vermesi sağlanmıştır.
- Bu problemi çözmek için neler yapabileceği, kendisine ne kadar güvendiği, başardığını nasıl anlayacağı gibi sorular kendisine yöneltilip, plan yapması sağlanmıştır.
- Orem’in ÖEHT kavramları olan hemşirelik gücü, hemşirelik sistemi, hastaların temel durumsal faktörleri, özbakım gereksinimleri, özbakım gücü, bağımlı bakım gücü, özbakım eksikliği, bağımlı bakım eksikliği, özbakım ve bağımlı bakım üzerinde birlikte konuşulmuştur.
- Hemşirelik gücü ile ilgili çıktı hemşirenin eline verilmiş ve kendisine okutulmuş sosyal boyut, kişilerarası boyut ve profesyonel teknolojik boyutta kendisinin yeterli ve yetersiz olduğu konularda konuşmasına fırsat verilmiş ikinci görüşmeye kadar neler yapmak istediği konuşulmuş, eğitim materyali olarak hazırlanmış dosya (Ek 15), elektronik ortamda kendisine gönderilmiş, dosyada bulunan prosedürler, makaleler ve video’nun içeriği açıklanmış, kliniğe bırakılan iç hastalıkları hemşireliği kitabı tanıtılmıştır. Ayrıca,

gereksinim duyduğu bilimsel bilgiye nasıl ulaşabileceği bilgisayar ortamında gösterilmiştir.

- Görüşmenin nasıl gittiği, ne öğrendiği, ne olduğu, görüşme sırasında bir sıkıntı yaşayıp yaşamadığı, gelecek görüşmede neyin olmasını/olmamasını istediği konuşulduktan sonra, ikinci görüşme için en az 10 gün geçmesi kriteri gözetilerek, görüşme tarihi belirlenmiş ve gereksinim duyarsa soru sorabileceği telefon numarası verilerek oturum tamamlanmıştır.

İkinci görüşmede;

- İkinci görüşme öncesinde, birlikte belirlenen tarihten bir gün önce hemşire aranmış ve tarih teyit edilmiştir.
- İkinci görüşmeye, birinci görüşmede alınan kararlarla ilgili deneyimler ve sonuçların tartışılmasıyla başlanmış, şahsi telefonuna mesaj yoluyla gönderilen “hemşirelikte bilimsel bilgi kullanımı ve hemşirelik sanatı” konulu video içerisinden özellikle spesifik sorular sorularak, videoda neyi beğendiği, klinik uygulamasında kullanma durumu, kendisini nasıl hissettiği tartışılmış, mevzuat ve makalelerin hangisini okuduğu, neden ilgili makaleyi seçtiği, kliniğe nasıl yansıttığı sorgulanmış ve uygulamada kendisi için nelerin değiştiği, kendisini nasıl hissettiği sorularak, yeni duruma farkındalığı ve varsa problemi tanımlaması sağlanmıştır.
- Bundan sonraki süreçte nasıl devam edeceği ile ilgili sorular yöneltilerek, yeni durumuna yönelik planları konuşulmuş, değerlendirme yapılmış ve oturum tamamlanmıştır.

3.7.3. Son-test

3.7.3.1. Hemşire ve hastalara anketlerin uygulanması

İkinci görüşmeden bir ay sonra, 15.10.2021-30.10.2021 tarihler arasında Klinikte görev yapan 33 hemşireye son-test olarak; kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği, hasta merkezli bakım yetkinliği ölçeği, hemşirelerde danışmanlık becerileri ölçeği ve hemşire iş motivasyonu ölçeği uygulanmıştır. Aynı zamanda, klinikte en az beş gündür yatan 161 hastaya da temel durumsal faktörlerini tanılama formu, hasta için bireyselleştirilmiş bakım skalası A-B versiyonu uygulanmıştır (Tablo 3).

3.7.3.2. Gözlem

İkinci görüşme sonrası hemşirelere son-test gözlem 03.09.2021-15.09.2021 tarihler arasında yapılmıştır. Son test gözlemler, her hemşireye ön-test gözlemin yapıldığı saatler arasında yapılmıştır ve ilk gözlemde kullanılan gözlem yönergesi kullanılmıştır (Ek 6).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için IBM SPSS 22.0 istatistik programı kullanılmıştır. Çalışma değişkenlerinin merkezi eğilimini ve dağılımını değerlendirmek için tanımlayıcı istatistik (ortalama, standart sapma, frekans, median, yüzde) metodları, verilerin normal dağılımını değerlendirmek için skewness ve kurtosis değerleri ile Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Student T testi, Paired-Samples T testi, normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, Wilcoxon signed ranks testi kullanılmıştır. Yine eğitim ve eğitim dışı parametrelerin test sonuçlarına etki düzeyini değerlendirmek için lineer regresyon analizi analizi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında ve anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma tek kurumda ve ilk çalışma olarak yapılacağı için sonuçların genellenmesi sınırlıdır.
- COVID 19 pandemisi nedeniyle (hem araştırmacının hem de klinikte çalışan hemşirelerin COVID 19 tanısı almış olması) araştırma sürecinin uzamasına neden olmuştur.
- COVID 19 pandemisi nedeniyle iç hastalıkları kliniğinin yataklarının bir kısmı, özellikle vaka sayısının çoğaldığı aylarda pandemi servisi olarak kullanılmıştır.
- Araştırma sadece iç hastalıkları kliniğinde uygulandığı için sonuçların genellenmesi sınırlıdır.
- Hastaların tekrar yatışlar, hastaneler arasında kullanılan Hastane Bilgi Yönetim Sistemi yazılımı aynı olmadığından diğer hastanelerden kontrolü yapılamamıştır.

3.10. Tezin Bütçesi

Tezin gerçekleşmesi için mali bir desteğe ihtiyaç duyulmamıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, hemşirelere verilen özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi öncesi ve sonrası; gözlem bulguları, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu, hasta merkezli bakım yetkinliği, danışmanlık becerileri ve iş motivasyonu, hastaların klinik durumu, kişisel yaşam durumu, karar verme kontrolü ile ilgili bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması ve kendi bakımında bireyselliğini algılamaları ile ilgili analizler sonucunda elde edilen bulgular verilmiştir.

4.1. Hemşire Sonuçları

4.1.1. Hemşirelerin klinikte çalışma süreci

İç hastalıkları kliniklerinde eğitim öncesinde 240 dakika gözlemi yapılan hemşirelerin dinlenmesi için hemşire odasında 40 ± 11 dk; bakım/tedavi malzeme ve uygulamalarının bilgisayar sistemine girilmesi, hasta ve yakınlarının sorularına yanıt verme ve bakım formlarını doldurmak için hemşire deskinde 87 ± 25 dk; ilaç tedavisi, EKG çekimi, kan şekeri ve idrar izlemi, yaşam bulguları ölçümü, hasta kabulü ve tanılama, hasta ve hasta yakınına bilgi vermek için hasta odasında 45 ± 17 dk; hastayı görüntülemeye götürme, eczaneden ilaç alma ve idari işler için klinik dışında yapılan işlerde 32 ± 36 dk; ilaç ve bakım malzemelerini hazırlamak için tedavi odasında 20 ± 8 dk; ve hasta tesliminde 15 ± 0 dk zaman harcadığı belirlenmiştir. Eğitim sonrasında bu süreler; hemşire odasında 30 ± 6 dk; hemşire deskinde 56 ± 16 dk; hasta gereksinimlerini tanılama ve bu gereksinimlerin karşılanması aktivitelerinin eklenmesiyle hasta odasında 95 ± 24 dk; klinik dışında yapılan işlerde 27 ± 29 dk ve tedavi odasında 17 ± 5 dk olarak değişmiştir. Hasta teslimine ayrılan ortalama sürede eğitim sonrasında değişiklik olmamıştır $15\text{ dk}\pm 0$ (Tablo 4).

Tablo 4: Hemşirelerin klinikte çalışma süreci (n:33)

Değerlendirilen uygulamalar	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
	Süre(dk)	Yapılan aktivite	Süre(dk)	Yapılan aktivite
Hemşire odasında geçen süre ve yapılan aktivite	40±11*	1. Dinlenme	30±6	1. Dinlenme
Hemşire deskinde geçen süre ve yapılan aktivite	87±25	1. Bakım/tehdavi malzeme ve uygulamalarının bilgisayar sistemine girilmesi 2. Hasta ve yakınlarının sorularına yanıt verme 3. Bakım formlarını doldurma	56±16	1. Bakım/tehdavi malzeme ve uygulamalarının bilgisayar sistemine girilmesi 2. Hasta ve yakınlarının sorularına yanıt verme 3. Bakım formların doldurma
Hasta odalarında geçen süre ve yapılan aktivite	45±17	1. İlaç tedavisi 2. EKG çekimi 3. Kan şekeri ve idrar izlemi 4. Yaşam bulguları ölçümü 5. Hasta kabulü ve tanılama 6. Hasta ve hasta yakınına bilgi verme	95±24	1. İlaç tedavisi 2. EKG çekimi 3. Kan şekeri ve idrar izlemi 4. Yaşam bulguları ölçümü 5. Hasta kabulü ve tanılama 6. Hasta ve hasta yakınına bilgi verme 7. Hasta gereksinimlerini tanımlama 8. Hasta gereksinimlerinin karşılanması
Klinik dışı yapılan işlerde geçen süre ve yapılan aktivite	32±36	1. Hastayı görüntülemeye götürme 2. Eczaneden ilaç alma 3. İdari işler	27±29	1. Hastayı görüntülemeye götürme 2. Eczaneden ilaç alma 3. İdari işler
Tedavi odasında geçen süre	20±8	İlaç ve bakım malzemelerini hazırlama	17±5	İlaç ve bakım malzemelerini hazırlama
Hasta teslimi	15±0	Hasta başında teslim	15±0	Hasta başında teslim

**Descriptive Statistics (mean, standart deviation)

4.1.2. Hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği, danışmanlık becerileri, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu ve iş motivasyonu

Hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası “hasta merkezli bakım yetkinliği, danışmanlık becerileri, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu ve iş motivasyonu” puan ortalamaları ve analiz sonuçları Tablo 5’de gösterilmiştir. Hasta merkezli bakım yetkinliği ön-test puanı 67.15±11.46, son-test puanı 77.66±6.75 bulunmuş olup, ön ve son-test arasındaki puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p=0.001; p<0.05). Hemşirelerde danışmanlık becerileri ön-test puanı 43.12±7.70, son-test puanı 46.45±3.80 bulunmuş olup, ön ve son-test arasındaki puanları arasındaki fark anlamlı

bulunmuştur ($p=0.017$; $p<0.05$). Kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutum ön-test puanı 57.30 ± 10.99 , son-test puanı 67.84 ± 7.28 bulunmuş olup, ön ve son-test arasındaki puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$; $p<0.05$). Hemşire iş motivasyonu ön-test puanı 30.03 ± 4.21 , son-test puanı 47.06 ± 10.10 bulunmuş olup, ön ve son-test arasındaki puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$; $p<0.05$).

Tablo 5: Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum, Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği, Danışmanlık Becerileri ve İş Motivasyonu

Ölçekler	min-max puanları	ön-test	Median	son-test	median	p*
Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği	15-75	57.30 ± 10.99	55	67.84 ± 7.28	70	0.001
Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği	17-85	67.15 ± 11.46	68	77.66 ± 6.75	79	0.001
Hemşirelerde Danışmanlık Becerileri Ölçeği	10-50	43.12 ± 7.70	46	46.45 ± 3.80	48	0.017
Hemşire İş Motivasyonu Ölçeği	25-75	30.03 ± 4.21	47	47.06 ± 10.10	29	0.001

*Descriptive Statistics (mean, standart deviation, median)/ Paired-Samples T test, Wilcoxon signed ranks test

4.2. Hasta Sonuçları

4.2.1. Hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması ve kendi bakımında bireyselliğini algılaması

Hastaların klinik durumu, kişisel yaşam durumu, karar verme kontrolü ile ilgili bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması (BBS-A) ve kendi bakımında bireyselliğini algılaması (BBS-B) ile ilgili Grup 1 ve Grup 2 hastalarına uygulanan testlerin bulguları Tablo 6 ve 7’de gösterilmiştir. Hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması alt boyutlarından hastanın klinik durumu ile ilgili Grup 1 hastalarının puanı 3.29 ± 1.16 , son-test puanı 3.80 ± 0.93 , Grup 1 ve Grup 2 hastalarının arasındaki sonuç anlamlı ($p=0.001$; $p<0.05$), klinik yaşam durumu ile ilgili Grup 1 hastalarının puanı 2.91 ± 1.09 , Grup 2 hastalarının puanı 3.79 ± 0.96 , Grup 1 ve Grup 2 hastaları arasındaki sonuç anlamlı ($p=0.001$; $p<0.05$), karar verme kontrolü ile ilgili Grup 1 hastalarının puanı

3.42±1.28, Grup 2 hastalarının puanı 3.92±1.04, Grup 1 ve Grup 2 hastalarının arasındaki sonuç anlamlı (p=0.001; p<0.05), hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması Grup 1 hastalarının puanı 3.24±1.05 iken Grup 2 hastalarının puanı 3.84±0.94 olarak bulunmuş ve Grup 1 ve Grup 2 hastalarının arasındaki sonuç anlamlı (p=0.001; p<0.05) bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6: Hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varma durumları

Ölçekler		Alınabilecek min-max puanlar		Grup 1	Grup 2	p*
Ölçek Alt Boyutları	Klinik durum	ortalama puan	1-5	3.29±1.16	3.80±0.93	0.001
		toplam puan	7-35	23.05±8.15	26.66±6.55	
	Klinik yaşam durumu	ortalama puan	1-5	2.91±1.09	3.79±0,96	0.001
		toplam puan	4-20	11.64±4.36	15.19±3.85	
	Karar verme kontrolü	ortalama puan	1-5	3.42±1.28	3.92±1.04	0.001
		toplam puan	6-30	20.54±7.70	23.52±6.25	
Ölçek		ortalama puan	1-5	3.24±1.05	3.84±0.94	0.001
		toplam puan	17-85	55.24±18.01	65.37±16.09	

* Descriptive Statistics (mean, standart deviation, range)/ Student T test, Mann-Whitney U test

Hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılaması alt boyutlarından hastanın klinik durumu ile ilgili Grup 1 hastalarının puanı 3.36±1.18, Grup 2 hastalarının puanı 3.91±0.96, Grup 1 ve Grup 2 hastaları arasındaki sonuç anlamlı (p=0.001; p<0.05), klinik yaşam durumu ile ilgili Grup 1 hastalarının puanı 2.92±1.07, son-test puanı 3.74±0.93, Grup 1 ve Grup 2 hastaları arasındaki sonuç anlamlı (p=0.023; p<0.05), karar verme kontrolü ile ilgili Grup 1 hastalarının puanı 3.54±1.29, Grup 2 hastalarının puanı 4.08±0.91, Grup 1 ve Grup 2 hastaları arasındaki sonuç anlamlı (p=0.001; p<0.05), hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılaması ölçeğinin Grup 1 hastalarının puanı 3.32±1.07 iken Grup 2 hastalarının puanı 3.93±0.89 olarak bulunmuş ve Grup 1 ve Grup 2 hastaları arasındaki sonuçlar anlamlı (p=0.001; p<0.05) bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7: Hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılaması durumları

Ölçekler		Alınabilecek min-max puanlar		Grup 1	Grup 2	P	
Ölçek Alt Boyutları	Klinik durum	ortalama puan	1-5	3.36±1.18	3.91±0.96	0.001	
		toplam puan	7-35	23.57±8.28	27.40±6.75		
	Klinik yaşam durumu	ortalama puan	1-5	2.92±1.07	3.74±0.93	0.023	
		toplam puan	4-20	11.70±4.28	14.96±3.74		
	Karar verme kontrolü	ortalama puan	1-5	3.54±1.29	4.08±0.91	0.001	
		toplam puan	6-30	21.28±7.76	24.52±5.50		
	Ölçek		ortalama puan	1-5	3.32±1.07	3.93±0.89	0.001
			toplam puan	17-85	56.56±18.28	66.89±15.28	

* Descriptive Statistics (mean, standart deviation, range)/ Student T test, Mann-Whitney U test

Hastalara uygulanan bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varma durumları ile ilgili ve hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılaması ölçeklerinin Grup 1 ve Grup 2 hastalarına uygulanan test puan ortalamalarının anlamlı ($p<0.05$) çıktığı Tablo 6 ve 7’de belirtilmişti. Grup 1 ve Grup 2 hasta gruplarına uygulanan ölçek sonuçlarının anlamlı çıkmasının sebebini etkileyebilecek ek faktörlerin (hasta yaşı, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, eğitim durumu) etki durumunu değerlendirmek amacıyla lineer regresyon analizi yapılmıştır.

Yapılan lineer regresyon analizi sonucunda “*hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması*” ölçeğinde; hastaların kronik hastalık varlığı anlamlı çıkmasına rağmen ($p=0.017$), hasta yaşı, cinsiyet ve eğitim durumu açısından anlamlılık tespit edilmemiş ($p>0.05$), “*hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılaması*” ölçeğinde; hastaların yaşı ($p=0.031$) ve kronik hastalık varlığı anlamlı çıkmasına rağmen ($p=0.011$), hastaların cinsiyeti ve eğitim durumlarının anlamlı çıkmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tüm bu etkenler birlikte değerlendirildiğinde diğer etkenlerden bağımsız olarak (hasta yaşı, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, eğitim durumu) “*hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması*” ve “*hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılaması*” ölçeklerinin Grup 1 (eğitim öncesi) ve Grup 2 (eğitim sonrası) hasta gruplarında anlamlı çıktığı görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tablo 8: Hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması öz bakımında bireyselliğini algılaması ve ilişkili parametrelerin lineer regresyon analizi

Ölçekler	Hasta gruplarının temel durumsal faktörleri	B	β	t	p*	
Hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması	Grup 1 ve Grup 2 hasta grubu	11.44	0.322	5.743	0.001	R²:0.100 p:0.001
	Yaş	-0.123	-0.116	-1.551	0.122	
	Cinsiyet	-1.263	-0.036	-0.652	0.515	
	Kronik hastalık	6.765	0.151	2.398	0.017	
	Eğitim durumu	-0.232	-0.019	-0.270	0.787	
Hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılaması	Grup 1 ve Grup 2 hasta grubu	11.767	0.335	6.002	0.001	R²:0.110 p:0.001
	Yaş	-0.169	-0.161	-2.164	0.031	
	Cinsiyet	-0.903	-0.026	-0.474	0.636	
	Kronik hastalık	7.105	0.160	2.560	0.011	
	Eğitim durumu	-0.411	-0.034	-0.487	0.627	

*Linear regression analysis

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, iç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelere, özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulamaya yönelik eğitim verilmiş, hemşire ve hasta sonuçlarına bakılmıştır. Bu bölümde, özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulamanın hemşirelerin; klinikte çalışma süreci, hasta merkezli bakım yetkinliği, danışmanlık becerileri, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu, iş motivasyonu ve hastaların; bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması ile özbakımında bireyselliğini algılaması üzerine etkisi tartışılacaktır.

Hemşirelerin Klinikte Çalışma Süreci

Kaliteli bakım için, hastanın kliniğe yattığı andan itibaren bireysel gereksinimlerinin belirlenmesi, eksik olan ve desteklenmesi gereken gereksinimlerin belirlenmesi ve karşılanması ve bundan dolayı da hemşirenin hastanın bakımı için ayırdığı süre önem arz etmektedir (Morgan ve Yoder, 2012). Bu çalışmada her hemşire eğitim öncesi-sonrası 4 saat (240 dk) izlenmiş; eğitim sonrasında eğitime göre, hemşire odası, hemşire deski, klinikte ve tedavi odasında geçen sürelerde azalma olduğu, hasta bakımına ayrılan sürenin eğitim öncesinde ortalama 45 ± 17 dakika (toplam çalışma süresinin %18.75'i) iken, bu sürenin eğitim sonrasında 95 ± 24 dakikaya (%39.58) yükseldiği belirlenmiştir (Tablo 4). Orem'in teorisine dayalı uygulamanın hastaya ayrılan süreye etkisini değerlendiren çalışmaya ulaşamamıştır. Ancak tespit edilen tanımlayıcı iki çalışmada, hemşirelerin hasta bakımına ayırdığı süre oranı %33 (Michel ve ark., 2021) ve %27.5 (Baker ve ark., 2019) bulunmuştur. Bu çalışmada, eğitim öncesinde hemşirelerin hasta odasında geçirdiği sürenin, önceki çalışma sonuçlarına göre az olması, eğitim sonrasında bu sürenin iki kat artması (%39.58), önceki çalışma sonuçlarına göre daha fazla süre olması, özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulamaların etkinliğini göstermektedir. Ülkemizde genellikle tıbbi modele dayalı olan hemşirelik uygulamaları, hekim istemine dayalı yapılmakta olup, iş odaklıdır (Özkan ve Okumuş, 2012). Yapılan çalışmada, eğitim öncesi yapılan gözlemlerde de, hemşirelerin hasta odalarına genellikle ilaç tedavisi uygulama, yaşam bulgularını takip etme, kan şekeri takibi, EKG çekimi işlemlerini gerçekleştirmek için girdiği, hasta gereksinimlerini belirlemek için başka bir girişimde bulunmadığı görülmüştür (Tablo 4). Çalışmada, verilen eğitim sonrasında,

hemşirelerin hasta bakımına ayırdığı sürenin artması, hasta gereksinimlerini tanımlaması ve karşılaması özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı çalışmanın beklendik sonucudur. Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine göre hemşirenin sorumluluğu, hastanın tüm gereksinimlerinin karşılanmasını ve özbakımının sağlanmasıdır (Orem 2001).

Bu çalışmada hemşirenin hasta odasında geçirdiği sürenin eğitim öncesinde ortalama 45 dakika iken, eğitim sonrasında 95 dakikaya yükselmesi “Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin hastalara bakım için harcadığı süre artar” birinci hipotezini doğrulamaktadır.

Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumu

Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine göre hemşireler, hastaların terapötik özbakım gereksinimlerini karşılamada ve özbakım güçlerini düzenlemede belirli yöntemlerin kullanılmasından elde edilen sonuçları değerlendirir, sonuçları farklı hemşirelik sonuçları ile karşılaştırır, geçerli ve güvenilir bilgi ve teknolojiyi kullanarak bakım uygular (Orem, 2001).

Bu çalışmada KDHYTÖ ön-test puan ortalaması 57.30 ± 10.99 , son-test puan ortalaması 67.84 ± 7.28 bulunmuş olup, puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır (Tablo 5). Türkiye’de bu konuda yapılmış tanımlayıcı çalışmalarda, KDHYT puan ortalamalarının 46.36 ± 3.95 - 59.48 ± 7.69 arasında belirlendiği (Daştan ve Hintistan, 2018; Dikmen ve ark., 2018; Karakas ve ark., 2020; Kumsar ve ark., 2020; Yılmaz ve ark., 2019) ve bu çalışmada elde edilen ön test tutum puanlarıyla benzer olduğu görülmektedir. Orem’in teorisine göre, hemşirenin hasta bakımında geçerli ve güvenilir bilgi elde etmesi, hemşirelik gücünün göstergesidir. Çalışmada hemşirelere, hemşirelik gücünü geliştirmeye yönelik verilen eğitimin sonucunda, kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu puan ortalamalarının artmış olması beklendik bir sonuçtur. Bu sonuç, çalışmanın ikinci hipotezi olan “Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaya yönelik tutum düzeyi artar” hipotezini doğrulamaktadır.

Hemşirelerin Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği

Hasta merkezli bakım, geleneksel sağlık personelinin hastalık odaklı yaklaşımından ziyade hastaların tercihlerini, isteklerini ve deneyimlerini dikkate

olarak hastaları özbakımları konusunda bakıma ve tedavi sürecine katmak olarak tanımlanmaktadır (Bokhour ve ark., 2018; Goldfarb ve Gulati, 2017).

Bu çalışmada HMBYÖ ön-test puanı 67.15 ± 11.46 , son-test puanı 77.66 ± 6.75 bulunmuş olup, puanlar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 5). Yapılan literatür taramasında hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliğini ölçen deneysel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak tespit edilen tanımlayıcı çalışmalara bakıldığında; Bakır ve Demir (2020) 176 hemşireye ölçeği uygulamış HMBYÖ puanı 71.20 ± 5.61 bulunmuştur. Erdoğan (2019) 307 hemşireye uyguladığı HMBY ölçeğinden alınan puan 70.96 ± 10.9 , Kırac (2020) 160 hemşireye uyguladığı ölçekten alınan puan 68.52 ± 9.33 olarak görülmektedir. Tıbbi modele göre çalışan hemşirelerle yapılan önceki çalışmalara bakıldığında, hemşirelerin HMBY ölçek puanlarının, bu çalışmanın ön test puanlarıyla benzer olduğu görülmektedir. Hemşirelere verilen eğitim sonrasında, HMBY ölçek puanını arttırdığı görülmektedir.

Bu çalışmada, özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama yapılmasına yönelik verilen eğitim sonrasında, HMBY puan ortalamaları artmıştır ve bu puanlar, tıbbi modele dayalı çalışan hemşirelerle yapılan önceki çalışma sonuçlarından da yüksektir. Bu sonuç, çalışmanın üçüncü hipotezi olan “Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği düzeyi artar” hipotezini doğrulamaktadır.

Hemşirelerin Danışmanlık Becerileri

Hemşirenin sahip olması gereken rollerden bir tanesi olan danışmanlık, birçok sektörde olduğu gibi sağlık alanında da etkileşimli bir süreç olarak önem arz etmektedir (Kotrotsiou ve ark., 2008). Danışmanlık becerileri, etkin dinleme, saygı gösterme, empati, özetleme, savunmacı olmama, yüzleştirme şeklinde olup temelde insan ilişkileri ve iletişim becerilerine dayalıdır (Demir ve ark., 2016; Savcı ve ark., 2018). Hemşirenin hastaların gereksinimlerini tanımlayabilmesi ve özbakım eksikliklerine yönelik girişimler planlayabilmesi için etkin danışmanlık rolünü kullanabilmesi gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin danışmanlık rolünün önemine vurgu yapılmış ve hasta sonuçlarında iyi yönde düzelme olduğu bulunmuştur (Torres ve ark., 2020; Kaya ve Şahin, 2013; Kotrotsiou ve ark., 2008; Taşkın, 2011).

Literatüre bakıldığında hemşirelerin danışmanlık becerilerinin ölçüldüğü deneysel bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak Akcan ve ark.’nın (2006) 266 ebe

115 hemşire ile yapmış olduğu tanımlayıcı çalışmada HDB ölçeğinden alınan puan 55.0 ± 0.72 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise danışmanlık becerileri ölçeği ön-test puanı 43.12 ± 7.70 , son test puanı ise 46.45 ± 3.80 olarak belirlenmiştir. Akcan ve ark.'nın (2006) çalışmasında, danışmanlık becerileri ölçeği puanının, bu çalışmanın hem ön-test hem de son-test sonucundan daha yüksek olması, örneklem gruplarıyla açıklanabilir. Akcan ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışma birinci basamak, bu çalışma ise üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılmıştır. Her ne kadar hemşirenin her alanda ve her sektörde danışmanlık hizmetini aktif ve yetkin bir şekilde yürütmesi gerekirken ülkemizde hemşirenin danışmanlık rolünün daha etkin olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde verdiği, devlet ve eğitim araştırma hastanelerinde daha çok tedavi edici rolünün ağır bastığı, tedavi edici rolünü de çoğunlukla ilaç tedavisi uygulama olarak düşündüğü görülmektedir.

Özbakım eksikliği hemşirelik teorisinde sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması için üç çeşit hemşirelik sistemi (tam kompensasyon, kısmi kompensasyon ve destekleyici-eğitici) tanımlanmıştır. Bireyin, tüm özbakım eylemlerini kendisinin yapabileceği durumlarda; hemşirenin eğitim, rehberlik, danışmanlık yaparak, gelişmeyi sağlayan çevre oluşturması, eksikliklerin yerine koyulabildiği **destekleyici-eğitici** hemşirelik sistemini seçer (Orem 2001). Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılan bu çalışmada, üç tip hemşirelik sistemi kullanılmaktadır. Danışmanlık becerileri puanı, birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan çalışmanın sonuçlarına göre düşük olsa da, ÖEHT'e dayalı uygulama eğitiminden sonra anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu sonuç, çalışmanın dördüncü hipotezi olan "Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin danışmanlık becerileri düzeyi artar" hipotezini doğrulamaktadır.

Hemşirelerin İş Motivasyonu

Hemşirelerin daha verimli çalışabilmesi için motivasyonlarının yüksek olması önemlidir (Karadağ ve Taşçı, 2005; Yapıcıoğlu, 2019). Bu nedenle, iş motivasyonu ile ilgili faktörler hemşireler tarafından sıklıkla ele alınan konulardan biridir. Yapılan çalışmalarda, çalışma koşulları, ücretlendirme, mesleki ilerleme (Ayalew ve ark., 2019), ekip çalışması (Çelik ve Karaca, 2017; Göktepe ve ark., 2020), yaş ve hizmet sürelerinde artış (Toode ve ark., 2014), yapılan işi önemli bulma ve çalışılan kurumdan memnuniyet düzeyinin (Uğur ve Düz, 2017) hemşirelerin iş motivasyonunu etkilediği

görülmüştür. Bu çalışmada hemşirelerin HİMÖ puanı 30.03 ± 4.21 iken, özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitiminden sonra, 47.06 ± 10.10 'a yükselmiştir. Çalışmada verilen eğitimin hedefi, hemşirelerin sosyal, kişilerarası ve profesyonel-teknolojik boyutlarda gücünün artmasıdır ve Orem'in teorisinde hemşirelik gücünün göstergesi olarak hemşirelerin motive olması belirtilmektedir (Orem, 2001). Bu sonuç, çalışmanın beşinci hipotezi olan “Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hemşirelerin iş motivasyonu düzeyi artar” hipotezini doğrulamaktadır.

Hastaların Bireyselliğini Desteklemeyi Amaçlayan Hemşirelik Eylemlerinin Farkına Varması

Bireyselleştirilmiş bakım, hastanın bireysel olmasına saygı göstermeyi, hastayı bütüncül değerlendirerek bakım vermeyi, bireylerin bakım gereksinimlerini belirlemeyi ve gereksinimine odaklanmayı, hastanın bağımsızlığını desteklemeyi, hastayı bakımına katmayı, her hastaya eşit ve adil bir yaklaşımı içermektedir (Ceylan, 2014). Günümüzde, tıbbi model içinde çalışan hemşireler, hastaların bireyselliğini göz ardı edebilmektedir. Bununla birlikte hemşireler, bakım verdiği hastanın gereksinimlerini tanımlayabilmeli, özbakım gücünü geliştirmeli ve gereksinimlerinin karşılanmasını sağlamalıdır (Li ve Porock, 2014; Orem, 2001; Parse, 2004). Hastaların hemşirelerin bu eylemlerinin farkına varması hemşire hasta ilişkisini güçlendirerek, hastaların özbakımlarını sağlamalarında destek olacaktır (Acaroğlu ve Şendir, 2012).

Bu çalışmada, hastaların bireysel olmasını desteklemeyi amaçlayan hemşirelik uygulamalarının farkına varması ile ilgili ön-test puanı 3.24 ± 1.05 iken son-test puanı 3.84 ± 0.94 'e yükselmiş ve ön-test son-test puanları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Yapılan iki tanımlayıcı çalışmada, hastaların bireysel olmasını desteklemeyi amaçlayan hemşirelik uygulamalarının farkına varma puanları 3.76 ± 0.90 (Altınışık, 2019) ve $3,34 \pm 1,03$ (Keskin, 2019) olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada ön test puanının önceki iki çalışmanın puanlarından az olması, eğitim sonrasında bu puanın yükselmesi ve sonucun diğer çalışmalardan da daha yüksek olması; Orem'in teorisine göre çalışmanın, dolayısıyla hastaların bireyselliğini desteklemenin hastalar tarafından farkedildiğini göstermektedir. Bu sonuç, çalışmanın altıncı hipotezi olan “Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hastaların klinik durumu, kişisel yaşamı ve kararlara katılımı

bireyselliğini destekleyen hemşirelik eylemlerinin farkına varma düzeyi artar” hipotezini doğrulamaktadır.

Hastaların Özbakımında Bireyselliğini Algılaması

Kaliteli hemşirelik bakımının ana unsuru olarak bilinen bireyselleştirilen hemşirelik bakımı, hastanın biricikliği çerçevesinde hemşirelik eylemlerine yön verir (Yıldız ve ark., 2018). Hemşirenin hastalara bireysel bakım verilebilmesi için, bireyselleştirilmiş bakımın hem hastalar hem de hemşireler tarafından algılanması, birbirlerine geri bildirimler vermeleri gerekmektedir (Acaroğlu ve Şendir, 2012).

Altınışık (2019) tarafından yapılan tanımlayıcı çalışmada, hastaların özbakımında bireyselliğini algılaması ile ilgili puanı 3.72 ± 0.87 olarak tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada ise, hastaların özbakımında bireyselliğini algılaması ile ilgili ön-test puanı önceki çalışmanın puanından düşük iken (3.32 ± 1.07) son-test puanı 3.93 ± 0.89 ’a yükselmiştir. Eğitim sonrasında hemşirelerin Orem’in teorisine göre çalışması sonucu, hastaların özbakımında bireyselliğini algılaması puanının artması, Orem’in teorisine dayalı çalışmanın etkinliğini göstermektedir. Bu sonuç, çalışmanın yedinci hipotezi olan “Özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitimi sonrasında, hastaların özbakımında bireyselliğini algılama düzeyi artar” hipotezini doğrulamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İç hastalıkları kliniğinde çalışan hemşirelere verilen özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı uygulama eğitiminin;

- Hemşirelerin hastaların bakımı için ayırdıkları sürenin artışı,
- Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumu üzerine,
- Hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine,
- Hemşirelerin danışmanlık becerileri üzerine,
- Hemşirelerin iş motivasyonu üzerine,
- Hastaların bireyselliğini destekleyen hemşirelik eylemlerinin farkına varması ve hastaların kendi bakımında bireyselliğini algılaması üzerine etkili olduğubelirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelere, özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin öğretilmesi,
- İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin, özbakım eksikliği hemşirelik teorisine dayalı çalışmasının desteklenmesi,
- Sonuçların genellenebilmesi için, çalışmanın iç hastalıkları klinikleri dışında farklı kliniklerde de yapılması,
- Çalışmanın randomize kontrollü çalışmalarla desteklenmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Acaroğlu, R. ve Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirme Skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 10-16.
- Acaroğlu, R, Suhonen R, Şendir M, Kaya H. (2011). Reliability and validity of Turkish version of the Individualised Care Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 136-145.
- Afrasiabifar, A, Mehri, Z, Javad Sadat, S, Ghaffarian Shirazi, HRG. (2016). The effect of Orem's self-care model on fatigue in patients with multiple sclerosis: A single blind randomized clinical trial study. *Iran Red Crescent Med J*, 18(8), 1-9. e31955. doi: 10.5812/ircmj.31955.
- Afrasiabifar, A, Mehri, Z, Shirazi, HRG. (2020). Orem's self-care model with multiple sclerosis patients' balance and motor function. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 46-54. DOI10.1177/0894318419881792
- Aish, AE. ve Isenberg, M. (1996). Effects of Orem-based nursing intervention on nutritional self-care of myocardial infarction patients. *International journal of nursing studies*, 33(3), 259-270.
- Akcan, F, Özsoy, S, Ergül, Ş. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin danışmanlık becerilerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 10-21.
- Akdemir, N. ve Birol, L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Sistem Ofset Basım. Ankara,2005; s:78-80,193-197,708-725.
- Allsop, S. (2007). What is this thing called motivational interviewing? *Addiction*. 102(3):343-5.
- Altay, N. ve Cavusoglu H. (2013). Using Orem's self-care model for asthmatic adolescents. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 18(3), 233-242. DOI10.1111/jspn.12032
- Altınışık, M. (2019). Onkoloji kliniğinde hasta ve hemşire bakış açısıyla bireyselleştirilmiş bakım algısı. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi.
- Eroğlu Arslan, Ş. ve Kutsal Y. (1999). Yaşlılarda Özürlülüğün Değerlendirimine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma. *Geriatric Dergisi*, 2(3), 103-114.
- Aslan, N, Durmuş, E, Güner, NG, Güneysu, F, Çatal F, Yürümez Y. (2021). Review of Patients who are Hospitalized by Emergency Medicine Specialist. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*, 4(3), 96-101.
- Arslan Özkan, İ. ve Okumuş H. (2012). Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın insan bakım modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(2), 61-72.
- Arslanoğlu, A. ve Kırılmaz, H. (2019). Hasta merkezli bakım yetkinliği (HMBY) ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(2), 158-166.
- Avcı, İA. ve Kumcağız, H. (2019). Hemşirelerde Danışmanlık Becerileri Ölçeği'ni (HDBÖ) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(Özel sayı), 873-884.

- Ayalew, F; Kibwana, S; Shawula, S; Misganaw, E; Abosse, Z; Roosmalen JV..... (2019). Understanding job satisfaction and motivation among nurses in public health facilities of Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 8(46), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0373-8>
- Ayhan, Y, Kocaman, G, Bektaş, M. (2015). Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 17(2-3), 21-35.
- Baker, KM, Magee, MF and Smith KM (2019). Understanding Nursing Workflow for Inpatient Education Delivery: Time and Motion Study. *JMIR Nursing*, 2(1), e15658. <https://doi.org/10.2196/15658>.
- Bokhour, BG; Fix, GM; Mueller, NM; Barker, AM; Lavela, SL; Hill, JN..... (2018). How can health care organization implement patient-centered care? Examining a large-scale cultural transformation. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 168. doi:10.1186/s12913-018-2949-5.
- Bakır, N. ve Demir, C. (2020). Hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği ve bütüncül hemşirelik yeterliliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 109-117.
- Bal Ozkaptan B. ve Kapucu, S. (2016). Home nursing care with the self-care model improves self-efficacy of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Japan Journal Of Nursing Science*, 13(3), 365-377.
- Banfield, BE. Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications (7 ed. pp.99-135). (ed.Orem DE) USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc, 2001.
- Biggs, A. (2008). Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory: Update on the state of the art and science. *Nurs Sci Q*, 21, 200-206.
- Ceylan, B. (2014). Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 30 (3), 59-67.
- Çankaya, M. (2016). Hastaların Hemşirelik Hizmetleri Memnuniyet Düzeylerinin Karşılaştırılması: Ankara'daki bir kamu ve özel hastane üzerinde uygulama. *International Journal of Academic Value Studies*, 2 (3), 16-22.
- Çavuşoğlu, H. Kronik ve Ölümcül Hastalık kavramları ile hematolojik ve Onkolojik Sorunu Olan Çocuk ve Hemşirelik Bakımı. I. Baskı, Hüner Matbaacılık: 1-36, Ankara, 1992.
- Çelik, A. ve Karaca, A. (2017). Hemşirelerde ekip çalışması ve motivasyon arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(4), 254-263.
- Daştan, B. ve Hintistan, S. (2018). Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi: kırsal bölge örneği. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 1-9.
- Deng, Q; Kang, L; Zhu, S; Luo, W; Qing, J; Zhong, S..... (2021). Effects of nursing based on Orem's self-care model on self-care efficacy, quality of life and adverse emotions in patients with advanced lung cancer. *Am J Transl Res*, 13(4), 2983-2989.

- Demir, Y, Atli, A, Kis, A. (2016). Empathy Based on Gender in Dissertations Submitted in Turkey: A Meta-Analysis Study. *Eurasian Journal of Educational Research*, 64,69-90.
- Dikmen, Y, Filiz, NY, Tanrikulu, F, Yılmaz, D, Kuzgun, H. (2018). Attitudes of intensive care nurses towards evidence-based nursing. *International Journal of Health Sciences and Research*, 8(1), 138-143.
- Edgerton, SG. Philosophical analysis. In Sarter B, editor: Paths to knowledge: Innovative research methods for nursing. New York, 1988, NLN.
- Erdoğan M. (2019). İç girişimciliğin hasta merkezli bakım yetkinliği üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İşletme Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Sakarya Üniversitesi.
- Erkoc, Y. ve Yardım, N. (2011). Policies for tackling non-communicable diseases and risk factors in Turkey. Republic of Turkey Ministry of Health, Directorate General Primary Health Care: Ankara.
- Engin, E. ve Çam, O. (2009). Validity and reliability study of the Turkish psychiatric Nurses of Job Motivation Scale. *Journal of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 16(5), 462-472.
- Fawcett, J. (2013). Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories, Third edition. F. A. Davis, Philadelphia.
- Fesci, H, Doğan, N, Pınar, G. (2008). İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 40-50.
- Goldfarb, M. ve Gulati M. (2017). A cardiology Fellow's guide to patient-centered care. *Journal of the American College of Cardiology*, 69(23), 2871–2874. Doi: 10.1016/J.Jacc.2017.05.001
- Göçmen Baykara, Z, Çalışkan, N, Öztürk, D, Karadağ, A. (2019). Hemşirelikte teori ve model kullanımı: Nitel bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 44, 281-289.
- Goktepe, N, Yalçın, B, Turkmen, E, Dırıcan, U, Aydın, M. (2020). The relationship between nurses' work-related variables, colleague solidarity and job motivation. *Journal of nursing management*, 28(3), 514-521.
- Hashemi, F, Rahimi Dolatabad, F, Yektatalab, S, Ayaz, M, Zare, N, Mansouri, P. (2014). Effect of Orem Self-Care Program on the life quality of burn patients referred to ghotb-al-din-e-shirazi burn center, Shiraz, Iran: A randomized controlled trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2(1), 40-50.
- Hemati, Z, Mosaviasl, FS, Abasi, S, Ghazavi, Z, Kiani, D. (2015). Effect of Orem's Self-Care Model on self-esteem of adolescents with asthma referred to an asthma and allergy clinic in Isfahan. *Tanaffos*, 14(4), 232-7.
- Hwang JN. (2015). Development and testing of a patient-centred care competency scale for hospital nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 21(1), 43-51.
- Jaarsma, T, Abu-Saad, HH, Dracup, K, Halfens, R. (2000). Self-care behaviour of patients with heart failure. *Scand J Caring Sci*, 14(2), 112-9.

- Jiménez Torres, M; Beitzl, K; Hummel Jiménez, J; Mayer, H; Zehetmayer, S; Umek, W..... (2021). Benefit of a nurse-led telephone-based intervention prior to the first urogynecology outpatient visit: a randomized-controlled trial. *Int Urogynecol J*, 32(6), 1489-1495. doi: 10.1007/s00192-020-04318-0.
- Karadağ, S. ve Taşçı, S. (2005). Kayseri devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14, 13-21.
- Karahan, İ. ve Aydın, Ç. (2018). Bir üniversite hastanesi iç hastalıkları kliniğinde yatan hastaların özellikleri ve yatış sebeplerine genel bakış. *Sağlık Bilimleri ve Tıp Dergisi*, 1(13), 59-61.
- Karakoç-Kumsar, A, Polat, Ş, Afşar-Doğrusöz, L. (2020). Determining attitudes of nurses toward evidence-based nursing in a university hospital sample. *Florence Nightingale J Nurs*, 28(3), 268-275. doi: 10.5152/FNJN.2020.19022.
- Kaya, Y. ve Şahin, N. (2013). Kadınlarda madde kullanımı ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 3-7.
- Keskin, A. (2019). Yetişkin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının hastane taburculuğuna hazır oluşluklarına etkisi. Lisansüstü Tezi. Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Khademian, Z, Ara, FK, Gholamzadeh, S. (2020). The effect of Self Care Education Based on Orem's Nursing Theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: A quasi-experimental study. *IJCBNM*, 8(2), 140-149.
- Khatiban, M, Shirani, F, Oshvandi, K, Soltanian, AR, Ebrahimian, R. (2018). Orem's Self-Care Model with trauma patients: A quasi-experimental study. *Nursing Science Quarterly*, 31(3), 272-278.
- Kim, HS. (2011). Development and evaluation of self-care agency promoting programme for prostatectomy patients. *International Journal of Urological Nursing*, 5(1), 34-44.
- Kıraç R. (2020). Hemşirelerde Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Üzerine Bir Araştırma. 13. Uluslararası Güncel Araştırmalarla Sosyal Bilimler Kongresi Tam Metinleri. Türkiye.
- Kızılcı, S. ve Yurtsever, S. (2010). Diyabetli Olan Bireylerin Hemşirelik Bakımında Algoritma Kullanımı. *Diyabet*, 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi. Antalya.
- Kirigo GG. (2017). Quality of nursing care through patient participation: An integration of Orem's theory to the nursing process in Kiambu and Thika Hospitals.
- Kotrotsiou, S, Lavdaniti, M, Psychogiou, M, Paralikas, TH, Papathanasiou, I. ve Lahana E. (2008). Community Nurses' Role as Counsellors in Primary Health Care. *International Journal of Caring Sciences*, 1(2), 92-98.
- Kumsar, AK, Yılmaz, FT. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
- Kusnanto, K, Sari, NPWP, Harmayetty, H, Efendi, F, Gunawan J. (2018). Self-care model application to improve self-care agency, self-care activities, and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *J Taibah Univ Med Sci*, 13(5), 472-478. doi: 10.1016/j.jtumed.2018.07.002.

- Li, J, Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud*, 51, 1395-415. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.003>
- Mahmoudzadeh-Zarandi, F, Hamedanizadeh, F, Ebadi, A, Raiesifar, A. (2016). The effectiveness of Orem's self-care program on headache-related disability in migraine patients. *Iran J Neurol*, 15(4), 240-247.
- Mahsanlar, Y, Parlak, I, Yolcu, S, Akay, S, Demirtas, Y, Eryigit, V. (2016). Factors Affecting the Length of Stay of Patients in Emergency Department Observation Units at Teaching and Research Hospitals in Turkey. *Turk J Emerg Med*, 26;14(1), 3-8. doi: 10.5505/1304.7361.2014.58224. PMID: 27331158; PMCID: PMC4909871.
- Marrs, J. ve Lowry, LW. (2006). Nursing theory and practice: connecting the dots. *Nurs Sci Q*, 9, 44-50.
- Michel, O, Garcia, Manjon, AJ, Pasquier, J, Ortoleva Bucher, C. (2021). How do nurses spend their time? A time and motion analysis of nursing activities in an internal medicine unit. *Journal of Advanced Nursing*, 77(11), 4459–4470. <https://doi.org/10.1111/jan.14935>
- Miller, WR, Moyers, TB. (2007). Eight stages in learning motivational interviewing. *J Teach Addict*, 5(1), 3-17.
- Mohammadpour, A, Sharghi, NR, Khosravan, S, Alami, A, Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 1686–1692.
- Morgan, S. ve Yoder, LH. (2012). A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs*, 30(1), 6-15.
- Nasresabetghadam, S, Jahanshahi, M, Hajiahmadi, M. (2021). The Effects of Orem's Self-care Theory on self-care behaviors among older women with hypertension: A randomized controlled trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 10(2), 9-106. DOI 10.4103/nms.nms_9_20
- Nazik, E. ve Eryilmaz, G. (2013). The Prevention And Reduction Of Postpartum Complications: Orem's Model. *Nursing Science Quarterly*, 26 (4), pp.360-364 DOI10.1177/0894318413500402
- Orem DE. Self-care deficit theory of nursing: concepts and applications (7 ed. pp.99-135). USA: Dennis CM Mosby-Year Book Inc, 2001.
- Orem International Society. (1991). Erişim: [<http://oreminternationalsociety.org/>]. Erişim Tarihi: 26.03.2022.
- Ögel K. (2009). Motivasyonel görüşme tekniği. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatry-Special Topics*, 2(2), 41-4
- Li J, Porock D. Resident outcomes of person-centered care in long-term
- Parse RR. (2004). Person-centered care. *Nurs Sci Q*, 17, 193. doi: <https://doi.org/10.1177/0894318404266314>.

- Rezaeean, SM, Abedian, Z, Latifnejad-Roudsari, R, Mazloun, S, Abbasi, Z. (2020). The effect of prenatal self care based on Orem's Theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(3), 242-248.
- Ruzafa-Martinez, M, Lopez-Iborra, L, Madrigal-Torres, M. (2011). Attitude towards evidence-based nursing questionnaire: development and psychometric testing in Spanish
- Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2020). Erişim: [\[https://kalite.saglik.gov.tr/\]](https://kalite.saglik.gov.tr/). Erişim Tarihi: 06.07.2020.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Erişim: [\[https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,62398/saglik-istatistikleri-yilligi-2018\]](https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,62398/saglik-istatistikleri-yilligi-2018). Erişim Tarihi: 06.07.2020.
- Saeedifar, ES, Memarian, R, Fatahi, S, Ghelichkhani, F. (2018). Use of the Orem self-care model on pain relief in women with rheumatoid arthritis: A randomized trial. *Electronic Physician*, 10(6), 6884-6891.
- Savcı, M, Demir, Y, Kutlu, M, Aysan, F. (2018). Theoretical Orientation of Mental Health Workers in Turkey. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 7(2), 72-79. doi:10.5455/JCBPR.278015
- Sharifi, N, Majlessi, F, Montazeri, A, Shojaeizadeh, D, Sadeghi, R. (2017). Prevention of osteoporosis in female students based on the Orem self-care model. *Electron Physician*.
- Suhonen, R, Va"lma"Kı, M, Katajisto, J. (2000). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1253-1263.
- Suhonen, R, Leino-Kilpi, H, Valimaki, M. (2005). Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(1), 7-10.
- Suhonen R, Schmidt La, Radwin L. (2007). Measuring individualized nursing care: Assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*. 59(1):77-85.
- Suhonen, R, Gustafsson, Ml, Katajisto, J, Vaalimaki, M, Leinokilpi, H. (2010). Individualized Care Scale – Nurse Version: A Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 145-154.
- Tok Yıldız, F. ve Kasikci M. (2020). Impact of training based on Orem's Theory on Self-Care Agency and quality of life in patients with coronary artery disease. *J Nurs Res*, 28(6), 1-10. e125. doi: 10.1097/JNR.0000000000000406.
- Toode, K, Routasalo, P, Helminen, M, Suominen, T. (2014). Hastane hemşirelerinin çalışma motivasyonu. *İskandinav Bakım Bilimleri Dergisi*, 29(2), 248-257. doi:10.1111/scs.12155
- Tuna, HI. ve Alparslan, GB. (2021). Effects of Orem's Self-Care Model of nursing on hand symptoms and life activities in geriatric individuals diagnosed with rheumatoid arthritis: A pilot study. *Research And Theory For Nursing Practice*, 35(3), 207-221 DOI10.1891/RTNP-D-20-00093
- Xu, X; Han, J; Li, Y; Sun, X; Lin, P; Chen, Y..... (2020). Effects of Orem's Self-Care Model on the life quality of elderly patients with hip fractures. *Pain Res Manag*, 2020, 1-6. 5602683. doi: 10.1155/2020/5602683.

- Uğur, E. ve Düz, H. (2017). Yoğun bakım hemşirelerinin yönetsel kararlara katılım ve iş motivasyon düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 100-105.
- Ülgen, T, Zeybekçi, S, Uğur, Ö. (2018). Bir üniversite hastanesi onkoloji kliniğindeyatan hastaların hemşire memnuniyeti ve etkileyen değişkenlerin incelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 10(1), 18-27.
- Ünal Taşkın, E. (2011). Total diz protezi uygulanan hastalara ameliyat öncesi ve sonrası verilen danışmanlığın özbakım gücü, fonksiyonel durum ve ağrıya etkisi (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Ünsal Avdal, E. ve Kızılcı, S. (2010). Diyabet ve özbakım eksikliği hemşirelik teorisinin kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(3), 164-168.
- Verma, AA; Guo, Y; Kwan, JL; Lapointe-Shaw, L; Rawal, S; Tang, T..... (2017). Patient characteristics, resource use and outcomes associated with general internal medicine hospital care: the General Medicine Inpatient Initiative (GEMINI) retrospective cohort study. *CMAJ Open*, 5(4), 842-849. doi: 10.9778/cmajo.20170097.
- Yapıcıoğlu, G. (2019). Sağlık Çalışanlarında Motivasyonla Bağlantılı İş Verimliliği Düzeyinin Ölçülmesi ve Motivasyonu Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kırklareli Üniversitesi
- Yıldız, FT, Cingol, N, Yıldız, I, Kaşıkçı, M. (2018). Nurses' Perceptions of Individualized Care: A Sample from Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 246-53.
- Yılmaz, D, Düzgün, F, Dikmen, Y. (2018). Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4),713-719.
- Zhang, L. ve Pan, W. (2021). Effect of a nursing intervention strategy oriented by Orem's self-care theory on the recovery of gastrointestinal function in patients after colon cancer surgery. *Am J Transl Res*, 13(7), 8010-8020.
- Zhu, T, Liu, H, Han, A, Gu, H, Li, X. (2021). Orem's self-care to treat acute coronary syndrome after PCI helps improve rehabilitation efficacy and quality of life

Ek 5. Hemşire Kişisel Bilgi Formu

1. Kaç yaşındasınız?
2. Cinsiyetiniz: o Erkek o Kadın
3. Medeni durumunuz: o Evli o Bekar
4. Çocuk sahibi misiniz? o Evet o Hayır
5. Eğitim durumunuz: o Ortaokul o Lise o Önlisans o Lisans o Lisansüstü
6. Nöbet tutma durumu
7. Çalıştığınız birimdeki pozisyonunuz (Yönetici/...)
8. Dahiliye Kliniğinde çalışma yılı:
9. Fazla mesai durumu



Ek 6. Gözlem Yönergesi

Hemşire:

		Evet	Hayır	Açıklama	
1	Hasta merkezli bakım				
2	Hasta mahremiyeti				
3	Dinleme ve anlama (göz iletişimi kurma, hastaların yüzüne bakma, soru sorma...)				
4	Hemşire odasında geçen süre ve yapılan aktivite			Süre	
5	Hemşire deskinde geçen süre ve yapılan aktivite				
6	Hasta odalarında geçen süre ve yapılan aktivite				
7	Eğitim odasında geçen süre ve yapılan aktivite				
8	Klinik dışı yapılan işlerde geçen süre ve yapılan aktivite				
9	Tedavi odasında geçen süre				
10	Hasta teslimi				
11	Hemşirelik Süreci				
	Gereksinimler	Veri toplama	Tanımlama	Planlama	Uygulama
					Değerlendirme
	11.1. Yeterli hava alımı				
	11.2. Yeterli sıvı alımı				
	11.3. Yeterli besin alımı				
	11.4. Eliminasyon				
	11.5. Aktivite ve dinlenme				
	11.6. Sosyal etkileşim				
	11.7. Riskleri engellemek				
	11.8. Normal olma				
	11.9. Gelişimsel gereksinimler				
	11.10. Tıbbi yardım aramak				
	11.11. Patolojik durum ve sonuçlarının farkında olmak				
	11.12. Tedaviye uyum				
	11.13. Yeni sağlık durumunu kabullenme				
	11.14. Sağlık bakımı konusunda gereksindiği özel girişimler için özbenliğini/özimgesini değiştirmek				
	11.15. Patolojik durumun etkileriyle yaşamayı öğrenmek				

Ek 7. Hemşire Eğitimi Görüşme Formu

Hemşirelerin telefonlarından aranarak ilk görüşme için öncesinde uygun bir tarih ve yerin belirlenmesi.

Birinci Görüşme

Eğitime başlama:

Yaklaşık dört aydır klinikte birlikte araştırmam için zaman geçirdik. Bu süre zarfında hastalara ve size anketleri uyguladım. Sonrasında her birinizin çalışmasını gözledim. Gözlemim sonucunda, hasta gereksinimlerinin karşılanmasında olduğunu belirledim. Buna göre bir eğitim programı hazırladım. Şimdi eğitime başlıyoruz.

Adım 1 (Problem/Durumu tanımlama) (Geçmiş)

- Hasta bakımı konusunda, hastaların gereksinimlerinin karşılanmasında size en zor gelen nedir?
- Bunu biraz daha açabilir misiniz?
- Bir örnek verebilir misiniz?

Adım 2 (Duygu ve düşünceleri netleştirme) (Şimdi)

- Bu konuda ne düşünüyorsunuz?
- Bu konuda ne hissediyorsunuz

Adım 3 (Plan yapma) (Gelecek)

- Ne olmasını istiyorsun?
- Ne olursa kendini daha iyi hissedersiniz?
- Bunun için engeller var mı, nedir?
- Bu seçiminin faydaları ne olur?
- Eğer bu konuda bir şey yapmazsan sonuç ne olabilir?
- Bu problemi çözmek için bir şeyler yapmak istiyor musun?
- Size kim yardım edebilir?
- Bu problemi çözmek için neler yapabilirsiniz?
- Bu planı başarmada kendinize ne kadar güveniyorsunuz?
- Başardığınızı nasıl anlayacaksınız? (Hedefler konuşuldu)
- Bu toplantıdan sonra neler yapacaksınız?

Adım 4 (Görüşmenin değerlendirilmesi) (Gelecek)

- Görüşme nasıl gitti? Bu görüşmede ne öğrendiniz? Ne oldu?
- Bu görüşme sırasında bir sıkıntı yaşadınız mı? Ne oldu?

- Gelecek görüşmede, bu görüşmeden farklı olarak neyin olmasını/olmamasını istersiniz?

Hemşireye ikinci görüşme için telefonla mı yoksa yüz yüze mi görüşmek istediği sorulacak ve hemşirenin verdiği cevaba göre tarih ve mekan belirlendi.

İkinci Görüşme

Süreç değerlendirmesi

- İlk görüşmede değişim için neler yapmaya karar vermiştiniz?

Sonuç değerlendirmesi

- Verdiğin kararın ne kadarını gerçekleştirebildin?
- Klinikteki işleyişte senin için neler değişti? Neler hissediyorsun?
- Yeni durumun ile ilgili herhangi bir problem var mı?
- Bundan sonra nasıl ilerlemek istiyorsun?

Ek 8. Hastaların Temel Durumsal Özelliklerini Tanılama Formu

Ad-Soyad:

Telefon:

1. Yaş:
2. Cinsiyet: ()Kadın ()Erkek
3. Eğitim durumu: ()Okur yazar değil ()Okur yazar ()İlkokul ()Ortaokul
()Lise ()Üniversite ()Lisans üstü eğitim
4. Medeni durumu: ()Evli ()Bekar
5. Hastanın Hastaneye yatış sebebi :.....
6. Kronik hastalıklar: () Hipertansiyon ()Diyabet ()Kalp yetersizliği
() KOAH () Kalp yetmezliği () Kalp ve damar hastalıkları () Kronik böbrek
hastalıkları () Kronik karaciğer hastalıkları () Kanser ()Diğer
7. Aile sistemi: ()Yalnız yaşıyor ()Eşi ile birlikte ()Eşi ve çocuklarıyla birlikte
() Çocuklarıyla () Anne ve babasıyla () Anne, baba ve kardeşleriyle () Diğer:
.....
8. Hastalığınızla ilgili eğitim aldınız mı?
() Evet () Hayır
9. Aldıysanız eğitim sizce faydalı oldu mu?
() Evet () Hayır

Ek 9. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hasta Versiyonu

N o	Sorular	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
01	Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
02	Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
03	Elimden geldiği oranda kendi bakımımnda sorumluluk alma fırsatı verdiler	1	2	3	4	5
04	Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar	1	2	3	4	5
05	Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
06	Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar	1	2	3	4	5
07	Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
08	Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (iş, hobiler)	1	2	3	4	5
09	Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular	1	2	3	4	5
10	Günlük alışkanlıklarımı sordular (örn., kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
11	Ailemin, bakımımnda yer almasını isteyip istemediğimi sordular	1	2	3	4	5
12	Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler	1	2	3	4	5
13	Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular	1	2	3	4	5
14	Bakımımıla ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler	1	2	3	4	5
15	Bakımımıla ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular	1	2	3	4	5
16	Bakımımıla ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular	1	2	3	4	5
17	Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular	1	2	3	4	5

Ek 10. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B- Hasta Versiyonu

N o	Sorular	Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
01	Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
02	Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
03	Kendi bakımımnda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım.	1	2	3	4	5
04	Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
05	Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
06	Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
07	Bakımım sırasında, hastalığımın kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
08	Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar	1	2	3	4	5
09	Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
10	Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
11	Ailem, istediğim zaman bakımımnda yer aldılar	1	2	3	4	5
12	Hastanede bana verilen bilgilere uydum	1	2	3	4	5
13	Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım	1	2	3	4	5
14	Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar	1	2	3	4	5
15	Bakımım ile ilgili kararlara katıldım	1	2	3	4	5
16	Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular	1	2	3	4	5
17	Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim	1	2	3	4	5

Ek 11. Hasta Merkezli Bakım Yetkinliği Ölçeği

No	Madde	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Sağlık hizmetleri sunumunu hastaların gözünden değerlendiririm.					
2	Klinik görüşme, bakım planının uygulanması ve bakım değerlendirmesinde; hasta değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını göz önünde bulundururum.					
3	Hasta bakımında hasta merkezli bakımın çoklu boyutlarını (hasta ve hasta yakını tercihleri, iletişim, aile ve arkadaşların duygusal desteği vb.) göz önünde bulundururum					
4	Hasta bakımında hastanın değerlerini, tercihlerini ve ihtiyaçlarını sağlık hizmeti sunumunda görevli diğer ekip üyelerine iletirim.					
5	Hasta merkezli bakımda, hastaların deneyimlerinin çeşitliliğine (geçmiş tecrübelerine) duyarlı ve saygılı olurum.					
6	Kendimden farklı değerlere sahip kişiler için de hasta merkezli bakım desteği veririm					
7	Hastaların sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarının önündeki engelleri tespit ederek ortadan kaldırıyorum.					
8	Hastaların karar verme sürecinde yaşadıkları çatışmaları değerlendirerek çözüm için kaynaklara ulaşmalarını sağlarım.					
9	Bakım sürecinde, hastaları veya ailelerini güçlendirecek (etkin kılacak) stratejileri açıklarım.					
10	Bakım sürecinin aktif ortağı olarak hasta veya hasta yakınlarını sürece dâhil ederim.					
11	Bakım sürecine hastaların aktif katılımını artırmak için hastaların tercihlerine saygı gösteririm.					
12	Hastanın hissettiği ağrı/ıstırabın varlığını ve kapsamını değerlendiririm.					
13	Hastaların fiziksel ve duygusal rahatlık düzeylerini değerlendiririm.					
14	Hastanın ağrı, rahatsızlık veya ıstırabının giderilmesi için hasta ile hasta yakını beklentilerini dinlerim ve ilgili kişilere iletirim.					
15	Hasta bakımı için bilgilendirilmiş onam alırım.					
16	Bakım sürecinde ortaya çıkan her değişiklikte hastanın ihtiyaç duyduğu bakımı sunarım.					
17	Hasta bakımına ilişkin ortaya çıkan çatışmaların çözümüne ve fikir birliği sağlanmasına katılırım.					

Ek 12. Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

NO	Madde	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Kanıta dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.	1	2	3	4	5
2	Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum	1	2	3	4	5
3	Kanıta dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
4	Kanıta dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.	1	2	3	4	5
5	İşimde/mesleğimde, kanıta dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.	1	2	3	4	5
6	Boş zamanımı, kanıta dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.	1	2	3	4	5
7	Kanıta dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.	1	2	3	4	5
8	Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam.	1	2	3	4	5
9	Kanıta dayalı hemşireliği çalışmalarımda kullanmak istiyorum/isterdim.	1	2	3	4	5
10	Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.	1	2	3	4	5
11	Klinik kanıta dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.	1	2	3	4	5
12	Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.	1	2	3	4	5
13	Kanıta dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır	1	2	3	4	5
14	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.	1	2	3	4	5
15	Kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarım entegre etmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5

Ek 13. Hemşirelerde Danışmanlık Becerileri Ölçeği

No	Madde	Hiçbir zaman	Çok seyrek	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Hastaları ayırt etmeden onlara saygılı davranırım.	1	2	3	4	5
2	Hastaların ifade ettikleri sorunları dinlerim.	1	2	3	4	5
3	Hastaların bakım süreçlerine ilişkin gelişmeleri takip ederim.	1	2	3	4	5
4	Hastalara ait kişisel bilgileri özenle saklarım.	1	2	3	4	5
5	Hastalarla ilişkilerimde özgüvenli olduğumu hissettiririm.	1	2	3	4	5
6	Hastalara yardım ederken tecrübeli olan bireylerden faydalanırım.	1	2	3	4	5
7	Hastaları sorunlarının çözümü konusunda inançlı olmaları için motive ederim.	1	2	3	4	5
8	Hastalarla ilişkilerimde sakinimdir.	1	2	3	4	5
9	Hastalar, her yönüyle onları kabul ettiğimi anlar.	1	2	3	4	5
10	Hastalar ile güler yüzlü ve sıcak bir ilişki kurarım.	1	2	3	4	5

Ek 14. Hemşire İş Motivasyonu Ölçeği

	Sorular	Katılmıyorum	Kısmen katılıyorum	Katılıyorum
1	Bu klinikte çalışmaktan çok hoşlanıyorum			
2	Bu klinikte çalışırken ara sıra işimle ilgili değişik ve ilginç şeyler yapabiliyorum			
3	Bu ortamda hemşire olarak çalışmayı tercih ediyorum			
4	Bu ortamda çalışmak toplumda bana saygınlık kazandırıyor.			
5	Çalışırken işimle ilgili bağımsız kararlar alabiliyor ve inisiyatif kullanabiliyorum.			
6	İşimi yaparken çok becerikli ve yetkin olduğumu düşünüyorum			
7	İşimi yaparken aldığım kararların tüm sorumluluğunu üstlenerek yapabileceğimi düşünüyorum.			
8	Bu işi yapmamın hastalar için yararlı olduğunu düşünüyorum			
9	İşimi yaparken gösterdiğim performansımdan memnunum			
10	İşimi yaparken tüm kişisel yeteneklerimi rahatlıkla kullanabildiğime inanıyorum.			
11	İşimi iyi yapabilmek için çok çaba sarf ettiğimi düşünüyorum.			
12	İşimi iyi yapabilmek için gereken enerjiye fazlasıyla sahibim.			
13	İşimi iyi yapabilmek için istek duyuyorum ve çaba gösteriyorum.			
14	Burada çalışmaya devam etmek isterim. Çünkü işimin kişisel gelişimime katkıda bulunduğunu hissediyorum.			
15	İşimi yapmanın önemli olduğunu düşünüyorum. Çünkü işim insan hayatını olumlu yönde etkilememi sağlıyor.			
16	Bu işte çalışmanın, benim için insanları daha kolay kabul etmemi sağladığını düşünüyorum.			
17	Hayatta bir yere sahip olabilmem için işim önemlidir			
18	İşimi yaparken genellikle benden beklenenden fazlasını yaparım.			
19	Çalışırken geri bildirim almaktan hoşlanırım.			
20	Yaptığım iyi bir iş karşılığında genellikle takdir edilirim.			
21	İşimi iyi yaptığım zaman kendimi başarılı hissedirim			
22	İşimi iyi yapmamın bana terfi olanağı sağlayacağını düşünüyorum			
23	Çalıştığım klinikte yöneticimin ekipteki kişileri yönetme tarzını beğenirim.			
24	Çalıştığım klinikte yöneticimin karar verme yeteneğini beğenirim.			
25	Üstlerim tarafından bana verilen emirleri eksiksiz uygulayırım.			