

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**CERRAHİ GİRİŞİM GEÇİREN HASTALAR İLE AYNI
HASTALARA BAKIM VEREN HEMŞİRELERİN
HEMŞİRELİK BAKIMI ALGILARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Meryem KILIÇ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

ADANA-2014

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

“Cerrahi Girişim Geçiren Hastalar ile Aynı Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Hemşirelik Bakımı
Algılarının Karşılaştırılması”

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 01 / 07 / 2014

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Yrd. Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA
Çukurova Üniversitesi
Üye

Yrd. Doç. Dr. Sultan ALAN
Çukurova Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 01 / 07 / 2014 tarih ve
kabul edilmiştir.

sayılı kararı ile

Prof.Dr. Şeref ERDOĞAN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca bana her zaman rehberlik ederek, ilgi, destek ve anlayışını esirgemeyen danışmanım Prof.Dr Gürsel ÖZTUNÇ'a

Tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelere,

Tezimin istatistiksel analizler aşamasında rehberlik eden Dr.İlker ÜNAL'a

Hayatım boyunca beni destekleyen ve yardımlarını hiçbir şekilde esirgemeyen kararlarım her zaman saygı duyan aileme özellikle anne ve babama,

Tanıştığımdan bu yana fikirleriyle bana yol gösteren, kararlarım saygı duyan ve beni her konuda destekleyen, cesaret ve güven veren her zaman yanımda olan ve bir ömür boyu da yanımda olmasını istediğim sevgili eşime ve varlıklarıyla bana güç veren çocuklarıma,

Öğrenimim boyunca yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen eşimin ailesine,

Her zaman bana cesaret ve güven veren, psikososyal desteğini esirgemeyen Öğr. Gör. Dr. İlkay KAYACAN KESER ve dostlarım Nihan YILDEMİR ve İpek KURTULDU' ya tüm kalbimle teşekkür ederim.

Saygılarımla

Meryem KILIÇ

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY FORMU	II
TEŞEKKÜR	III
İÇİNDEKİLER	IV
ÇİZELGELER DİZİNİ	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİ	4
2.1. Cerrahinin Tanımı	4
2.1.1. Cerrahi Hastasının Özellikleri	4
2.1.2. Cerrahi Hemşiresi	5
2.2. Bakım Kavramı	7
2.2.1. Bakım Kavramının Sözlük Tanımları	8
2.3. Hemşirelik Bakımı	8
2.4. Bazı Hemşire Kuramcılara Göre Bakım Kavramı	11
2.5. Bakım Algısı	12
2.6. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Algılarına Yönelik Yapılan Çalışmalar	15
3. MATERYAL VE METOD	18
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	18
3.3. Araştırmanın Evreni	18
3.4. Araştırmanın Örneklemi	19
3.5. Veri Toplama Yöntemi	20
3.6. Veri Toplama Araçları	20
3.6.1. Hasta Tanıtım Formu	20

3.6.2. Hemşire Tanıtım Formu	20
3.6.3. Bakım Davranışları Ölçeği	21
3.7. Verilerin Toplanması	22
3.8. İstatistiksel Değerlendirme	22
4. BULGULAR	23
4.1. Çalışmaya Alınan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	24
4.2. Çalışmaya Alınan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	26
4.3. Çalışmaya Alınan Hasta ve Hemşirelerin BDÖ-24 ve BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	29
4.4. Çalışmaya Alınan Hasta ve Hemşirelerin Serviste Verilen Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular	34
5. TARTIŞMA	39
5.1.Çalışmaya Alınan Hasta ve Hemşirelerin BDÖ-24'e İlişkin Bulguları ve BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi	39
5.2. Çalışmaya Alınan Hasta ve Hemşirelerin Serviste Verilen Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	44
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	47
6.1. Sonuç	47
6.2. Öneriler	48
7.KAYNAKLAR	49
EKLER	56
EK1 – Ek Çizelgeler	56
EK2 - Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Hasta İçin)	70
EK3 - Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Hemşire İçin)	71
EK4 - Hasta Tanıtım Formu	72
EK5 - Hemşire Tanıtım Formu	74
EK6 - Bakım Davranışları Ölçeği-24	76
EK7 - Etik Kurul İzni	78
EK8 - Gaziantep Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Baştabipliği Etik Kurul İzini	79
ÖZGEÇMİŞ	80

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 3.1.	Bakım Davranışları ölçeği alt boyutları	21
Çizelge 4.1.	Hastaların sosyo-demografik özellikleri	24
Çizelge 4.2.	Hastaların geçmiş hastalık öyküleri	25
Çizelge 4.3.	Hastaların yattıkları servisler ve hastanedeki yatış süresi ile ilgili Bulgular	25
Çizelge 4.4.	Hemşirelerin demografik özellikleri	26
Çizelge 4.5.	Hemşirelerin mesleki yaşam özellikleri	27
Çizelge 4.5.	Devam	28
Çizelge 4.6.	BDÖ-24 Cronbach alfa değerleri	29
Çizelge 4.7.	Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	30
Çizelge 4.8.	BDÖ-24 – Güvence alt boyutundan alınan puanların gruplara göre dağılımı	31
Çizelge 4.9.	BDÖ-24– Bilgi-Beceri alt boyutundan alınan puanların gruplara göre dağılımı	32
Çizelge 4.10.	BDÖ-24– Saygılı Olma alt boyutundan alınan puanların gruplara göre dağılımı	32
Çizelge 4.11.	BDÖ-24– Bağlılık alt boyutundan alınan puanların gruplara göre dağılımı	33
Çizelge 4.12.	Hastaların, serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakım puanı	34
Çizelge 4.13.	Hemşirelerin, serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakım puanı	35
Çizelge 4.14.	Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım puanını yeterli bulma Durumu ile BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	36
Çizelge 4.15.	Hastaların vermiş oldukları hemşirelik bakım puanı ile BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan korelasyonları	37

Çizelge 4.16. Hemşirelerin vermiş oldukları hemşirelik bakım puanı ile BDÖ-24 alt boyut ve toplampuan korelasyonları

37

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ-24 (Bakım Davranışları Ölçeği- 24)

GKÖ (Görsel Kıyaslama Ölçeği)

ÖZET

Cerrahi Girişim Geçiren Hastalar ile Aynı Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Hemşirelik Bakımı Algılarının Karşılaştırılması

Bakım, insanın büyüme ve gelişmesinin temel bir parçası olup, her birey için yaşam boyu süren bir gereksinimdir. Bu çalışma Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cerrahi kliniklerinde, cerrahi girişim geçirmiş hastalar ile aynı hastalara bakım veren hemşirelerin hemşirelik bakımı algılarının karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini araştırma ölçütlerine uyan, kurumsal ve bireysel katılım izni alınan 379 hasta ve 70 hemşire oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında, hastaların demografik ve hastalıklarına ilişkin verilerin yer aldığı "Hasta Tanıtım Formu", bakım algısını ölçmede BDÖ (Bakım Davranışları Ölçeği-24) ölçeği ile hemşirelere "Hemşire Tanıtım Formu" ve BDÖ (Bakım Davranışları Ölçeği-24) ölçeği kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır.

Hastaların %13'ünün, hemşirelerin %63'ünün hemşirelik bakımını yetersiz buldukları, bakımı yetersiz bulma nedeni olarak her iki grupta en yüksek oranda hemşire sayısının yetersiz olduğu belirtilmiştir. Hastaların BDÖ-24 toplam puanı ortalamalarının (5,08±0,97) hemşirelerden (5,28±0,45) istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,005). Hastaların güvence 5,19±0,97 ve bağlılık 4,96±1,04 alt boyut puanlarının hemşirelerden düşük olduğu fakat arasında fark olmadığı (p=0,085 ve p=0,329), bilgi-beceri 5,13±1,0, saygılı olma 4,97±1,03, boyutlarında ise hastaların puanlarının hemşirelerin aldığı puanlardan düşük olduğu ve farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu (p<0,001 ve p=0,002) bulunmuştur. Sonuç olarak, hastaların hemşirelik bakımını algılama düzeylerinin, hemşirelerden düşük olduğu, hastaların daha önce cerrahi girişim geçirme ve hemşirelik bakımın yeterli bulma durumu ile hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve mesleği severek yapma, hemşirelik hizmetini yeterli bulma durumlarının hemşirelik bakımını algılama düzeyini etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Bakım algısı, hasta, hemşire, hemşirelik bakımı,

ABSTRACT

A Comparison of Nursing Care Perception of Patients Undergoing Surgical Operation and Nurses Caring for the Same Patients

Care is the basic part of growth and development of human and is a life-long necessity for each individual. This study was carried out descriptively in order to compare perception of patients who have gone under surgical intervention and nurses who give care to same patients in surgical clinics of Gaziantep University Şahinbey Research and Application Hospital. The sampling of study was composed of 379 patients and 70 nurses who are compatible with research criteria and have corporate and individual participation consent.

In collection of data, “Patient Description Form” including demographic information and data about patients’ diseases, CBI (Caring Behaviors Inventory-24) in measuring Care Perception were applied for patients and “Nurse Description Form” and CBI (Caring Behavior Inventory-24) were used for nurses. SPSS 18.0 package program was used in statistical analysis of data.

It was stated that 13% of patients and 63% of nurses have found nursing care insufficient, and insufficient number of nurses in both groups was reported as a reason for founding care insufficient. Patients’ mean total scores of CBI-24 ($5,08 \pm 0,97$) were found statistically significantly lower than of nurses ($5,28 \pm 0,45$) ($p=0,005$). Patients’ sub-dimension scores for confidence ($5,19 \pm 0,97$) and commitment ($4,96 \pm 1,04$) were found lower than of nurses, but there was no difference between them ($p=0,085$ and $p=0,329$ respectively). The scores obtained by patients in dimensions of knowledge-skill ($5,13 \pm 1,0$) and being respectful ($4,97 \pm 1,03$), were lower than of nurses and the difference between them was found statistically significantly high ($p < 0,001$ and $p = 0,002$ respectively). As a result, patients’ perception levels of nursing care were lower than of nurses. It was determined that patients’ status of being undergone surgical intervention previously and finding nursing care sufficient and nurses’ gender, marital status, performing occupation willingly and finding nursing service efficient, have an influence on patients’ perception levels of nursing care.

Keywords: Care perception, patient, nurse, nursing care

1.GİRİŞ

Sağlıklı olma ve sağlıklı kalma insanın en temel ve vazgeçilmez haklarından biridir. Ancak bu hakkın her zaman sağlandığını ve sürdürüldüğünü söylemek oldukça zordur (1). Hastalık, hastaneye yatma ve özellikle de ameliyat olma, bireyin yaşamında önem taşıyan olaylar arasındadır. Ameliyat olmak üzere hastaneye gelen hastanın kendisi için yabancı ve değişik bir çevreye girmesi, ameliyatın taşıdığı belirsizlik, bireyin kaygı duymasına yol açmaktadır (2, 3).

Cerrahi yaklaşımlar bireylerin bazı sağlık sorunlarının çözümlenmesinde etkili bir tedavi yöntemi olmakla birlikte (1, 4), her türlü cerrahi girişim bireyi fiziksel ve duygusal olarak etkilemekte ve temel gereksinimlerini bile karşılayamayacak derecede bağımlı yapabilmektedir (2, 3, 5-7). Cerrahi girişimlerin doğru teknik, bilgi ve beceri ile uygulanması önemlidir. Bunun yanı sıra cerrahi girişim öncesi ve sonrası hemşirelik bakımının nitelikli bir biçimde gerçekleşmesi, cerrahi girişimin başarısını, hastanın bulunduğu bu olumsuz durumdan kurtulmasını ve hastanın bakım algısını etkileyen önemli bir etkidir (1, 6, 7).

Birey, aile ve çevresini bütüncül bir bakış açısı ile değerlendiren ve uygulamalı bir sağlık disiplini olan hemşireliğin özünde “yardım etme” kavramı vardır (8). Hemşireler, hastanın hastaneye kabulünden, taburcu olmasına kadar geçen süreç içinde hastalığı ile ilgili problemlerinin tanılanmasında, çözümünde ve diğer kişilerle gerekli olan iletişimin sağlanmasında, hasta ve ailesinin eğitiminde önemli rol oynarlar (5, 9). Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında istenilen sonuca ulaşabilmeleri için, hastalara gerekli olan fiziksel ve ruhsal bakım, eğitim ve diğer destekleyici hemşirelik yaklaşımlarını kaliteli bir şekilde sunmaları temel sorumlulukları arasındadır (1).

Hemşirelerin hemşirelik rollerini yerine getirme durumlarını, eğitim ve deneyimlerinin yanısıra, çalışılan kurumun amaç ve beklentileri de etkilemektedir. Bu da hemşirelerin mesleki işlevlerini farklı algılamalarına neden olmaktadır. Tüm bunlar, hemşirelerin kendi görevlerini yapamamasına, bazen de diğer sağlık profesyonellerinin

görevlerini üstlenmesine ve sonuçta hemşirelik bakım kalitesinin düşmesine neden olmaktadır (9).

Günümüzde sağlık kurumları arasındaki rekabet, uzmanlaşma, maliyetlerin artışı, toplumdaki demografik değişiklikler, ileri teknoloji kullanımının artması ve hastanede yatış süresinin kısalması hastaların bakım ile ilgili algılamaları ve hemşirelik bakımından beklentilerini değiştirmiştir (10-13). Bu nedenlerle, sağlık kurumlarında kaliteli bakım verilmesi ve bakım kalitesinin ölçülmesi giderek önem kazanmaya başlamıştır (4). Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık personeli tarafından tanımlanırken, son yıllarda sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesinde hasta bakış açısının önemi üzerinde durulmaktadır. Diğer yandan hastanın bakış açısının değerlendirilmesinin sağlık hizmetlerinin kalitesinin anlamlı bir göstergesi olarak görüldüğü de bildirilmektedir (4, 11, 14-17).

Bakım hemşireliğin temel kavramlarından biri olup; tanımlanması kolay olmayan (18-21), çok boyutlu, profesyonel büyüme, uzman yetkinlik ve hassasiyete dayalı kişilerarası bir süreç ve hemşirenin etik açıdan en çok dikkat etmesi gereken kavramlardan birisidir (22, 23). Bakım davranışında temel amaç, her zaman hastaların acı ve sıkıntılarını azaltmaktır. Bu amaçla verilen bakım, bireylerin yaşamında pozitif yönde farklılıklar sağlayacaktır (24). Bireylerin hemşirelik hizmetlerini algılama düzeyleri geniş ölçüde onların sosyal durumuna, yaşına, eğitim düzeyine, kültürel geçmişine ve etnik yapısına bağlı olsa da (15, 22, 24, 25, 26), hemşirelerden aldıkları destek ve ilgi bakım algılarını etkilemektedir (15).

Hemşireler, hasta bireyin hemşirelik bakımından beklentilerini karşılayabilmek için öncelikle onun hemşirelik bakımından ne beklediğini bilmelidirler. Literatür bilgileri, hastalar ve hemşirelerin algılamaları ve hedeflerinin birbiri ile tutarlı olmasının, hasta bireyin verilen bakımdan daha çok yarar görmesinde ve taburculuk sonrası tedaviye uyumunda önem taşıdığını göstermektedir (14, 27). Ancak yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, hemşirelerin ve hastaların bakım ile ilgili algılamalarının benzer olmadığı görülmektedir. Bu çalışmalarda; hemşireler bakımın psikolojik ve duygusal yönlerini (10, 11, 28, 29) ve klinik yeterliliği (30) daha önemli bulurlarken, hasta bireyler bakımda fiziksel ve tıbbi yönlerin daha önemli olduğunu vurgulamışlardır (28, 31).

Hemşirelerin bakım davranışlarının hastalar tarafından ne şekilde algılandığını bilmeleri, kendi bakım davranışlarına karşı daha duyarlı olmalarını sağlayabilir. Bunun

yanında, hizmeti alan ve verenler arasındaki algılamanın belirlenmesi ve hizmetin doğru algılanması, verilen bakımın niteliğinin artmasına ve dolayısıyla hizmet kalitesinin de yükselmesine neden olacaktır. Bu nedenle genişleyen, büyüyen ve bilgi üzerine temellenen hasta merkezli bakımın sağlanabilmesi için hastaların hemşirelik bakımına bakış açıları, öncelikleri ve bakım gereksinimleri iyi araştırılmalıdır (33).

Ülkemizde değişik alanlarda, hastaların hemşirelik bakım algıları üzerine çalışmalar yapılmasına karşın, cerrahi alanında hasta ve hemşirelerin bakım algılarının karşılaştırılmasına yönelik çalışmaların az olduğu, bunun yanında bakım algısının kültürel bir algı olduğu, ülkemizin farklı şehirlerinde yapılmış olmakla birlikte Gaziantep ilinde böyle bir çalışmanın yapılmamış olduğu görülmektedir. Bu araştırmayla cerrahi kliniklerdeki hasta ve hemşirelerin bakım algılarının belirlenmesi ile bakım algılarının karşılaştırılması yapılarak hasta ve hemşirelerin bakımdaki önceliklerinin belirlenmesi planlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Cerrahinin Tanımı

Cerrahi; hastalıkların tanısı, tedavisi, şekil bozukluğu ve kusurlu alanların düzeltilmesi, semptomların azaltılmasında kullanılan tedavi yöntemidir. Ondördüncü yüzyılda barutun keşfedilmesi ve savaşta kullanılmasının, cerrahinin gelişmesinde önemli katkıları olmuş fakat en büyük katkı Rönesans döneminde anatomi alanındaki gelişmelerle gerçekleşmiştir. Ondokuzuncu yüzyılda anestezi, asepsi ve antisepsinin keşfedilmesi cerrahinin gelişmesine büyük katkılar sağlamış, devam eden süreçte sağlık bilimlerinde ve tıbbi teknolojik cihazlardaki gelişmeler, cerrahiye ayrıcalıklı ve önemli bir yere koymuştur (1, 34).

2.1.1. Cerrahi Hastasının Özellikleri

Büyük-küçük, acil ya da planlı tüm cerrahi girişimler, hastayı stres altında bırakır ve cerrahi girişime bağlı stres hastayı hem psikolojik hem de fizyolojik olarak etkiler (1). Hastanın yaşadığı bu anksiyete ve strese tepki olarak bedende hipofiz bezi ve sempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla çeşitli kardiyovasküler ve metabolik değişiklikler ortaya çıkar (3, 15, 35).

Cerrahi girişim nedeniyle hastaneye yatan hastalar için; hastalığa yüklenen anlam ve önem dışında sevdiklerinden ayrı kalma, hastane ortamının yabancılığı, tanımadığı kişiler, bilinmeyen aletler, işlemler, tedaviler, anlaşılmayan teknik dil, klinik ortamda yaşanan günlük olaylar, ilişkiler, bireyselliğin geri planda kalması, yeme-içme, uyku ve dinlenme gibi fizyolojik gereksinimlerin karşılanmaması kaygı yaratmaktadır (2, 36). Cerrahi işlemin kendisi anksiyete kaynağı olabilir ve ameliyat sonrası ölümleri etkileyebilir. Ameliyat öncesinde anksiyete düzeyi yüksek olan hastalarda ameliyat sonrasında daha fazla tıbbi komplikasyon geliştiği ve yatış süresinin uzadığı bildirilmiştir (2, 37). Hastanın biyopsikososyal bütünlüğü açısından bu bulgular göz önüne alındığında, anksiyete tedavisinin cerrahi tedavinin ayrılmaz bir parçası olması gerektiğini göstermektedir (37). Bireylerarası farklılıklara rağmen cerrahi girişim öncesi

hastaların tümü cerrahi girişimden korktuklarını ifade etmektedirler. Korku her hastada farklı durumlar üzerine yoğunlaşmıştır (1). Cerrahideki korku kaynakları; ölüm korkusu, bedeninin zarar göreceği, acı çekeceği, anestezi sırasında kimliğini ve denetimini yitireceği, ameliyat sonrası yeti yitimi ve bağımlılık korkusu, hem cerrahi hem de anestezi ile ilişkili olarak bilinmeyen korkusu, işlemin belirli yönlerine ilişkin korkular (örneğin; ameliyat, enjeksiyon ve anestezi korkusu) olarak sıralanabilir (35, 37).

Cerrahinin günümüze değin vücut bütünlüğünü bozan, organ ve fonksiyon kaybına neden olabilen, geçici bir süre de olsa günlük yaşam aktivitelerini engelleyen uygulamalar olarak görülmesi hastaların bakımdan beklentilerini değiştirebilmektedir⁶. Hastaların ameliyathanede ameliyat öncesi dönemde sağlık ekibinden beklentileri arasında da ilk sırayı "Ameliyat öncesi bekletilmeme" ve "Ruhsal olarak rahatlatıcı şekilde konuşulması, ilgi ve hoşgörü" gösterilmesi yer almaktadır (38).

2.1.2. Cerrahi Hemşiresi

Cerrahi hemşireliğinin insanlık tarihi içindeki gelişiminin ilk yaralanan insanla başladığı söylenebilir. Arapça kökenli bir sözcük olan “cerh “yara”, cerrah “ ise “yara ile uğraşan kişi” anlamındadır. Bu sözcüklerin anlamlarından yola çıkılarak cerrahi hemşireliğini, yara bakımı yapan; yaralı hastanın bakımını sağlayan kişi olarak tanımlamak olasıdır (34). Cerrahi hemşireliği (perioperatif hemşirelik) ameliyat olacak hastanın ameliyat öncesi (preoperatif), ameliyat (intraoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif) bakımını kapsayan, titiz ve dikkatli uygulamaları içeren zor bir görevdir (1). Günümüzde cerrahi girişim hastanın normal fizyolojik fonksiyonlarını değiştirebilecek “kontrollü travma” olarak kabul edilir. Cerrahi Hemşireliği ise, “Hastanın sağlık ve iyiliğinin yeniden kazanılması ve sürdürülmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenerek kanıta dayalı hemşirelik faaliyetlerinin koordine edildiği ve kişiselleştirilmiş bakımın uygulandığı bir hemşirelik dalı”dır (34).

Adams ilk general hemşire olarak anılarını anlatırken yoğun bakımların gelişme yılları olan 1960'larda Seul' deki yoğun bakım ünitesinde teğmen hemşire olarak

çalışmış ve CARE kelimesini her türlü bakım verdiği hastada ilke olarak benimsemiştir (39).

- "CARE : Clinical (Klinik)
- Administrative (Yönetim)
- Research (Araştırma)
- Education (Eğitim)

CARE kelimesinin açılımında yukarıda belirtildiği gibi; klinikte ya da yoğun bakımda hasta bakımının uygulanması, yönetilmesi, araştırılması, hasta ve yakınlarının eğitilmesinin yanında hemşirenin de eğitilmesi yer almaktadır (39).

Tüm hastaların cerrahi kliniklere yatma nedenleri değişik olsa da, hastanede buldukları süre içinde kişisel bakım ve gereksinimlerinin kendileri ve aileleri tarafından karşılanamadığı (2, 3, 5), iyileşme ve yaşam için gerekli temel gereksinimlerin karşılanmasının hemşirelik bakımına bağlı olduğu kritik bir dönemdir. Bu bağlamda hastaya verilen bakımın etkinliği, hemşirenin mesleki bilgisinin yanında bu bilgiyi hasta gereksinimlerini belirlemede kullanabilme becerisine dayanmaktadır (3, 6). Özellikle cerrahi girişim uygulanacak olan bireyin kaygı düzeyinin tanımlanması, cerrahi girişime karşı bireysel yanıtların ve kaygı düzeyini etkileyen tüm faktörlerin araştırılması ve ele alınması hemşirelik sürecinin planlanması ve uygulanması aşamasında önem kazanmaktadır (1, 40).

Cerrahi hemşireleri; hasta bakımı yönetimi, araştırma ve eğitimi tam olarak uygulamaya özen göstermelidir. Özellikle risklerin oluşmasını engelleyebilmek için hasta bakımlarını araştırmaları ve yeni bakım yöntemlerini geliştirmeleri önerilmektedir. Uygulamalarında kanıt dayalı yaklaşımlara ağırlık vermeleri bu konularda yeni yaklaşımları geliştirmelerini sağlayacaktır (39, 41).

Cerrahi hemşireliğini diğer hemşirelik alanlarından ayıran özellikler:

- Cerrahi ortama giren hastalar; anestezi ve sedasyon deneyimi yaşayacak, tedavi sırasında geçici de olsa otonomilerini kaybedeceklerdir. Cerrahi girişim onların beden bütünlüklerini bozacaktır. Fonksiyon kayıplarına neden olacaktır. Bu nedenle hasta açısından cerrahi hemşiresinin savunucu rolü çok önemlidir.
- Sağlık bakımında en hızlı gelişmelerin cerrahide olduğu bilinmektedir. Bu nedenle cerrahi hemşiresi yoğun dikkat, hızlı düşünme, karar verme, sürekli öğrenme ve gelişmeleri izlemeyi gerektirir.

- Cerrahi girişim uygulanacak hasta enfeksiyon ve yaralanma olasılığı açısından risk altındadır. Bu nedenle cerrahi hemşireliği riskleri belirlemeyi ve kontrol altına almayı gerektirir.
- Cerrahi hemşireleri, çalışma ortamlarında yaşamı tehdit eden durumları belirleyip hızlı karar vermeyi gerektirmesi nedeniyle stresli bir ortamda çalışır. Stresle başa çıkmak hemşirenin iş doyumunu artırır ve hasta ile daha fazla terapötik yaklaşımı sağlar.
- Cerrahi kontrollü bir travmadır ve hasta üzerinde cerrahiye karşı stres tepkisinin oluşması, enfeksiyona karşı direncin azalması, vasküler sistemin bozulması, organ fonksiyonlarının bozulması, beden imajının değişmesi, yaşam tarzının değişmesi gibi bazı olumsuz etkileri vardır. Bu nedenle; hastanın olumsuz etkilerden korunması ve en az düzeyde etkilenmesi, etik ve yasal olarak hemşirenin de sorumluluğundadır (41, 42).

2.2.Bakım Kavramı

Bakım kavramına ilişkin yazılar yaklaşık 40 yıl öncesine dayanmakla birlikte konu ile ilgili ilk çalışmaların 1990' lı yıllarda yapıldığı görülmektedir. Bakım kavramı, sözcük olarak dilimize çok kolay yerleşmiş ve uzun yıllardan beri hemşirelik müfredatı ile profesyonel hemşirelik literatüründe yer almasına rağmen, kavramla ilgili belirsizlikler nedeniyle halen tanımlamasında güçlükler yaşanmaktadır (18, 19, 20, 21). Farklı hemşirelik kuramcılarına göre bakım kavramının anlamları değişebilmekle birlikte, bazen sadece fiziksel girişimlerle sınırlandırıldığı ve tam olarak anlaşamadığı için yanıtlanmamış bazı soruları yapısında barındırdığı görülmektedir (43). Bakım kavramı, hemşirelik eğitimi, hemşirelik yasası, hemşireler için etik kodlar gibi bazı temel mesleki konu alanlarının odak noktasında yer alır (18).

Bakım, insanın büyüme ve gelişmesinin temel bir parçası olup, her birey için yaşam boyu süren bir gereksinimdir (26). “Evrensel olarak bakım nedir?” sorusuna tek bir yanıt vermek mümkün değildir. Çünkü bakım farklı meslek grupları için farklı anlamlar içermektedir. “Bakım” kavramının sağlıkçılar tarafından anlamı, canlı olmayı sürdürme, sağlığı var etme, koruma, geliştirme, destekleme ve devam ettirmektir (44).

2.2.1.Bakımın Sözlük Tanımları

Bakım terimi, Türkçe sözlüğünde ise üç farklı şekilde tanımlanmaktadır: Bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işidir (44).

İngilizce sözcük tanımlarında isim olarak "care" kavramı, koruma, sakınma, dikkat, kaygı anlamları taşımaktadır. Fiil olarak endişe duymak, ilgili hissetmek, merak etmek, fiziksel gereksinimleri karşılamak, rahatlatmak, yardım etmek, ilgili olmak anlamlarına gelmektedir. Bakım kavramıyla bağlantılı olan ve bazen aynı anlama gelen bir başka kavram ise hemşire "nurse" dir. İngilizce "nurse" sözcüğünün hem fiil hem isim anlamı vardır. İsim olarak, en çok hastalara bakmakta uzmanlaşmış kişi olarak belirtilmektedir. Fiil olarak ise dikkat etmek, bakmak, beslemek anlamları da vardır (46).

Bir başka tanıma göre ise bakım, ‘insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şeydir (47).

Literatür hemşirelik bakımının teknik yanını “Caring for” ifadesi ile açıklamaktadır. Buna ellerle üretilen yatak başı bakım da denilebilir. Bakım ve hemşireliğin bir diğer yanı da “Caring about” olarak açıklanan mesleğin emosyonel, insani değerler yanısıdır (21). Hemşirelik ya da bakım kavramları bu anlamların dışında “insanın acısını dindirme” olarak da tanımlanabilmektedir. Bu ifade İngilizcede Alleviate Human Suffering cümlesi ile açıklanmaktadır (21, 26). Bu nedenle hemşirelik bir takım işler, işlemler zinciri olmaktan öte, insan sevgisi, canlılığa yaşama saygı, duyarlılık ve şevkatle uygulanması gereken dinamik bir ilişkiler eylemler ve etkileşim sürecidir (21).

2.3. Hemşirelik Bakımı

Kaynağını insan gereksinimlerinden alan meslek gruplarından biri olan hemşireliğin başlangıcı insanın varoluşuna kadar dayanır (48). İnsan, toplumsal bir varlıktır ve toplumla sürekli ilişki içindedir. Bir kültür çevresinde, düşünme ve konuşma yeteneği olan, evreni bütün olarak kavrayabilen, bulguları sonucunda değiştirebilen,

biçimlendirebilen ve yaşadığı kültür çevresinde de kişilerarası ilişkilerde bulunmak zorunda olan bir canlıdır (8). Kişilerarası ilişkiler ise insanın yaşadığı toplumun kültürel yapısı, inanç ve değerlerine göre biçimlenir ve benimsenmiş olan ahlaki ilke ve kurallara uymasını gerektirir. Ancak insanı diğer canlılar arasında özel kılan en önemli özellik özgür iradeye dayalı düşünebilme, yargıda bulunabilme yeteneği ve buna göre davranışlarını yönlendirebilmesidir. Bu nedenle, bakım materyal bir nesnenin üretim işi değil, bir öznenin başka bir öznenin ihtiyaçlarına yanıt vermesini içeren, amaçlı, sistemli ve etkileşimsel bir süreçtir (49).

Birey, aile ve çevresini bütüncül bakış açısı ile değerlendiren, sosyal, kültürel ve toplumsal değişimlerle kendini geliştirmeyi başaran, ve uygulamalı bir sağlık disiplini olan hemşireliğin özünde “yardım etme” kavramı vardır (8, 50, 51). Çağdaş hemşirelik çeşitli alanlarda bilgi ve beceriye sahip olmayı gerektirir. Hemşirelikteki değişimler ile birlikte hemşireliğin rol ve işlevlerinde giderek genişlemiştir. Fakat en temel rolü “bakım verici” rolüdür. Bakım verici olarak hemşire hastaya iyileşme sürecinde sağlıklı kalması için yardım eder. Hemşire fiziksel, duygusal ve sosyal yönden hastanın bütüncül olarak sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasına yardım eder (48, 52). Bireyin sağlıklıyken kendisinin karşıladığı, hastalık sırasında ise tek başına kendisinin karşılayamadığı ihtiyaçları destekleme ya da karşılama bakımın temelini oluşturur (48).

Watson, hemşirelik bakımını, bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleşmiş bir kişilerarası süreç olarak tanımlamıştır (23). En basit bir hemşirelik girişiminde bile hemşire-hasta arasında bir etkileşim söz konusudur. Hemşire, olumlu/yapıcı iletişim tutum ve davranışları, ayrıca planlı hemşirelik girişimleri ile hasta bireyi etkiler ve ondan etkilenir (53). Bakım, hemşirenin bir başkası için yaptığı basitçe herhangi bir görev olmaktan farklı olarak, hasta ile hemşirenin iletişime geçmesidir. Hemşire ve hasta arasında karşılıklı alma ve verme ilişkisi vardır. Bu ilişki hemşire ve hasta arasında bilme ve diğer birey için bakım verme olarak gelişir (22).

Flornce Nightingale “Hemşirelik mesleğinin temeli bakım vermektir” demiştir. Yine başka bir yazısında da Hemşireliği, “Being Charge of Somebody’s Health” başkalarının sağlığından sorumlu olmak ifadesiyle açıklamıştır. Bu sorumluluk önemlidir ve taşıyabilmek için belli bilgi deneyim, yetkinlik ve insan sevgisi ile yaşama karşı saygı duymayı gerektirmektedir (44).

Bakımı, hemşirelik bakımı olarak özgün kılan hemşirenin doğru bilgisi (episteme), pratik aklı ve yargı yetisi (phronesis) ve özelleşmiş teknik beceri ve manevra yetisini (techne) etik ilkeler ve mesleki değerler doğrultusunda birleştirebilmesi, özenli ve saygılı bir tutumla sunabilmesidir (49).

Bakım verirken temel unsurlar;

Değer sistemi oluşturma,

İnanç ve umut oluşturma,

Terapötik bir etkileşimle güvene dayalı bir ilişki geliştirme,

Öğrenme ve öğretmeyi geliştirme,

Hemşirelik süreci, araştırma süreci, liderlik süreci, etik sorunlarda bağımsız karar vermede bilimsel sorun çözümlenmeye ilişkin sistematığı kullanmadır (54).

Hemşireler için Bakım Kavramı' nın öne çıkan yanları, bakım;

- Canlıyı yaşamı sağlığı var etmek, sürdürmek, geliştirmek için verilen bir destek hizmetidir.
- Bakım sıradan herkesin yapabileceği işler değil, belirli bir eğitim, bilgi ve beceri gerektirir.
- Bakım, insanlar arası güçlü bir ilişki, iletişim ve etkileşim sürecidir. Bakım verenler insanı kendi varlığı, değerleri içinde ele almak ve insana saygı göstermek zorundadırlar.
- Bakım verme, hemşireliğe eşdeğer tutulan bir uğraştır. Profesyonel hemşireliğin en öncelikli misyonu olarak kabul edilmektedir.
- Bakım bazı işleri, işlemleri, yalnızca ellerle yapmak değildir, belli bir duyarlılık ve insani değerler korunarak yapılmak zorundadır.
- Bakım verme bir beyin olayıdır. Bilmeyi düşünmeyi yorumlamayı, farkına varmayı, karar verme, uygulama ve değerlendirmeyi içeren bir süreçtir (44).

Her hasta bir benzeri daha olmayan bir birey olduğuna göre her hastanın hastalığı algılayışı, gereksinimleri ve tepkileri de benzersiz olacaktır (44, 53). Her birey, farklı tecrübe, değer ve geçmişe sahiptir. Bakım, her bir hasta veya hastaya özgüdür Dolayısıyla sağlık bakım çalışmalarında kültürel bakımın önemi vurgulanmıştır. Bakım kolaylaştırıcıları ise, hemşirenin bir hastayı tanıma becerisi, hemşirenin hastanın problemlerini fark etmesi ve bireyselleştirilmiş çözümleri uygulayabilmesi olarak gösterilmiştir (22).

Hemşirelik bakımının niteliğini etkileyen bazı faktörler vardır. Bunlar; bakım uygulamalarının önemsenmemesi, hemşirelik mesleğine ilginin azlığı, hastanelerin yönetim biçimi ve hasta bakımının bir ekip çalışması olduğu bilincinin olmaması gibi faktörlerdir. Diğer bir faktör mesleksi kuruluşların niteliğidir. Her meslekte olduğu gibi hemşirelikte de eğitim ve kendi hizmet alanı ile ilgili standartları saptamak, geliştirmek, sürdürmek ve denetlemekten sorumludur. Meslekler bu tür faaliyetlerini kendilerinin temsilcisi olan meslek kuruluşları yolu ile gerçekleştirirler (55).

2.4. Bazı Hemşire Kuramcılara Göre Bakım Kavramı

Leininger bakımı antropolojik açıdan ele almış ve insanın içinde yaşadığı kültürden ayrı düşünülemeyeceğini ifade etmiştir (49, 55, 56). Leininger' e göre bakım temel insan gereksinimi ve tüm bireylerin hayatta kalma ihtiyaçları için, bireyin yaşamını insanca sürdürebilmesi, geliştirebilmesi ya da desteklenmesi' olarak tanımlamıştır (50, 55). Ona göre bakım hemşireliğin özüdür ve herhangi bir toplumun kültürü ile yakından ilintili bir kavramdır (55, 57, 58). Onun teorisinde, kültürel bakım farklılığı ve evrenselliği etkili bir şekilde fonksiyon görebilmesi için farklı kültürlerin anlaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (55, 57).

Morse ve arkadaşlarına göre bakım; bir insan özelliği, ahlaki bir ideal, bir etkileme/değiştirme, kişiler arası ilişki ve terapötik girişimleri içerir (55). Henderson "Hemşirenin temel ve benzersiz görevi, sağlam veya hasta bireylere sağlıklarını korumaları veya tedavileri sırasında, huzur içinde ölmeleri için yardım etmektir. Hemşire bu yardımı, birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür" demektir (50, 52, 58). Watson bakım vermeyi (caring), "hemşireliğin esasıdır ve hemşirelik uygulamasının merkezi ve birleştirici odak noktasıdır" şeklinde açıklamıştır. Bakım, sanat ve bilim yönüyle tanımlanmıştır. Bakım hemşire ve hasta arasında karşılıklı olarak yarar ve büyüme süreci olmasının yanı sıra (50) sağlığı geliştirmek, sağlığını kazandırmak ve hastalıkları önlemek için insan gereksinimlerinin karşılanmasıyla sonuçlanan kişilerarası süreci kapsayan girişimlerdir (22, 23, 50, 58, 59).

Dinç'in aktardığına göre Baines ve ark. bakım başkalarını koruyup gözetmek, ihtiyaçlarına yanıt vermek ve desteklemek üzere zihinsel, duygusal ve fiziksel emek

ortaya koymaktır. Bakım hemşireliğin geleneği ve sanatı, ahlaki yönü olan bir olgu, insan onurunu korumaya yönelik ahlaki bir ideal ya da duyarlı bir farkındalık, motivasyon ve akılcı yargıyı içeren bir erdem olarak kabul edilmektedir (49).

Wilk' in aktardığına göre ise Roach profesyonel bakımın beş önemli özelliğinin şefkat, yetkinlik, güven, taahhüt ve vicdan olduğunu belirtmiştir. Felsefi bir bakış açısına göre bakım vermeye (caring) odaklanmıştır. Roach, profesyonel bakım vermeyi (caring), içinde yönetsel, duygusal ve bilişsel becerileri kapsayan insan davranışı olarak değerlendirmektedir (56).

Swanson bakımı, “sorumluluk hisseden bir kişinin değer verdiği diğer bireylerle ilgilenmesi” olarak tanımlanmaktadır. Bu teoride hemşirelik müdahaleleri olarak bakım sürecine odaklanılmaktadır. Bireyin özel bir sağlık problemine verdiği tepkinin anlaşılması ve hemşirenin bakımı aracılığıyla hastanın iyilik halinin geliştirilmesi vurgulanmaktadır. Swanson, bakımın beş kategoriden veya süreçten oluştuğunu belirtmiştir. Bunlar, hastayı tanıma, hastayla birlikte bir şey yapma, hasta için bir şey yapmak, hastaya fırsat sağlamak ve inancını sürdürmek olarak belirlenmiştir (55, 56).

Brilowski ve Wendler, çalışmalarında, bakımın beş özelliği olduğunu belirtmişlerdir. Bunlar, ilişki, değişkenlik, kabul, tutum ve eylem veya yapma olarak sıralamıştır (60). Benner ve Wrubel, kişisel ilgiyi hemşirelik uygulamalarının özünde olan bir özellik olarak ele alırlar (58). Bakım hasta ile hemşire arasında etkileşimli bir süreçtir. Bakım uygulamaları, hasta savunuculuğu ve bireyin büyüme ve gelişmesine yardımcı olacak gerekli koşulların sağlanması olarak belirtilmiştir (43).

2.5. Bakım Algısı

Algı, duyu organlarımızca taşınan duyu verileri örgütleyip yorumlayarak insanoğlunun çevresindeki nesne ve olaylardan oluşan uyarılara anlam verme sürecidir. Diğer bir deyişle, duyu organlarına gelen uyarıların anlamlı hale getirilmesi süreci olarak da tanımlanabilir (3, 61).

Algı (idrak), duyu organları ile elde edilen duyumların, karmaşık psikolojik bir işlev sonucu örgütlenerek, nesne ve olaylar hakkında bireyi bilgi sahibi kılma etkinliğidir. Algılama ise, duyu organlarını uyaran nesnelere niteliklerin veya olayların farkında olunmasıdır. Algılama, uyarının duygusal yapısı, ortam ve zemin, daha önceki

duygusal deneyimler, kişisel duygu, tatmin, amaç ve dürtüler tarafından etkilenir. Her yaşta, yaşamımız süresince biriken bütün duygusal deneyimler bizim algılarımızı etkiler (62).

Hasta bakım kalitesi genellikle iki yolla belirlenmektedir. Bunlar; hemşire ve hastaya göre verilen bakımın hangi yönlerinin önemli olarak algılandığı ve hastaların hasta bakımından memnun olma durumlarıdır (8). Fosbinder yaptığı çalışmasında, bakım kavramını, hastaların kaliteli hemşirelik bakımı algıları boyutu ile değerlendirmiştir. Ona göre hastalar kaliteli bakımı; aktarım (bilgi verme, açıklama yapma, öğretim), hemşire tarafından tanınma (kişisel paylaşım, gülümseme, mizahı kullanma/şaka yapma, arkadaşça yaklaşma-bağlantıyı sürdürme), güven ilişkisi (sorumlu olma, ihtiyaçları öngörme, yönlendirici olma, işini sevme, ilerleme, arkadaş olma) olarak tanımlamışlardır (63). Suliman ve arkadaşlarının farklı kültürel yapıya sahip üç bölge hastanesinde yaptıkları araştırmada, hastaların bakım olarak en fazla insancılık, güven-umut, duyarlılık, destekleyici, koruyucu ve düzeltici davranış ve insan gereksinimlerine yardım olarak algılandığını belirlemişlerdir (64). Hastaların bakımı algılamasının yanında bakım vericilerin de aynı perspektifi algılaması hizmette öncelikleri belirleme açısından önemli bir konudur. Hastalar ve onlara bakım veren hemşireler, hangi hemşirelik bakım davranışının daha önemli olduğu konusunda farklı düşünebilirler (65). Hemşirelere göre bakım; sempati ve saygı, kendini verme, bir çalışma tarzı, motivasyon, iletişim ve gereksinimlerin karşılanması, bilgi ve öğrenme, bireysel yaklaşım, dürüstlük ve samimiyet olarak tanımlanmıştır (46). Hastanın kendi sağlığı için neyin önemli olduğu hakkındaki görüş ve algılaması hemşirenin hastanın sağlığına ilişkin davranışını da etkileyebilir (8, 65).

Hemşirelik bakım algısı üzerine yapılan çalışmalar hastaların gerçek bakım algıları yerine idari verilere dayanan, hasta memnuniyeti ile ilgili ve ağırlıklı olarak retrospektif veya prospektif çalışmalar olduğu görülmektedir. Hasta memnuniyetinin, hemşireler tarafından teorik olarak kabul edildiği ve bakım davranışları sonuçları ile bağlantılı sonuçlar gösterdiği fakat bakım sonuçlarını yansıtmadığı görülmüştür (16). Örneğin, kanserli hastalar için Bakım/memnuniyet Soru Formu (CARE/SAT) geliştirdikten sonra Larson ve Ferketich hasta memnuniyetinin ve hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarının kavramsal olarak eşdeğer olup olmadığını sorgulamışlardır. Aynı şekilde, diğerlerinin yanında hemşire ve sağlık hizmeti araştırmacıları “hastaların

iyi bakıldıklarını algılamalarının” hasta memnuniyetine nazaran kalitenin daha ümit verici bir göstergesi olabileceğini öne sürmüşlerdir (66).

Genel olarak bakım davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilen ölçme araçları belli bir sınıflandırma yapılarak hazırlanmıştır. Literatür taramalarında bakım davranışlarının sınıflandırılması genel olarak “efektif ve enstrümental” gibi kategoriler üzerine temellendirilmiştir. Her iki kategori de iki tip aktiviteyi içermektedir. Etketif bakım davranışları: 1. Hasta ile güvenilir duyarlı ve empatinin yer aldığı bir ilişki kurma 2. Hastayı gözetim altında tutma konforunu sağlama ve destekleme aktivitelerini içermektedir. Enstrümental bakım davranışları: 1. Fiziksel aktiviteleri ilaç uygulamaları, hijyen, ve malzemelerin yönetimini. 2. Bilişsel oryantasyon aktivitelerini örneğin, öğrenme ve problem çözüme gibi durumları içermektedir (10).

Palese geçmişteki yapılan çalışmalardan sonra hemşirelik ve hemşirelik sonuçları arasındaki ilişkiyi ölçmek için uluslararası düzeyde geliştirilen ölçme araçlarını yetersiz görmektedir. Verilen ve alınan bakımın karşılaştırılabilmesi için, hastaların bilişsel ve duygusal değerlerini öznel değerlendirmelerle açıklanması gerekmektedir. Palese gelecekte yapılacak olan çalışmalarda hemşirelik uygulamalarında ihtiyaç duyulan politik ve entelektüel bazı risklerin göze alınarak, hemşirelik bakımının değerlendirilmesindeki karmaşıklığı giderebilmek için, bu karmaşıklığın bir anomali olarak kabul edilip mücadele edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Hemşirelik bakımını keşfetmek ve hemşirelik bakımının ne olduğunu anlayabilmek için bilimsel temeller ışığında, ileri düzeyde bir hemşirelik eğitiminin bakım üzerinde etkisini gösteren ve hemşirelik bakımını destekleyen çalışma ortamlarının yaratılmasına ihtiyaç vardır (16).

Araştırmalar hastaların ve hemşirelerin kusursuz hemşirelik bakımını oluşturan şeyler hakkında farklı görüşlere sahip olduklarını gösterdiğinden hemşirelerin bakış açılarına dayanan skalalar hastaların bakımı algılayışlarını değerlendirmede yeterli olmamıştır (10, 11, 28, 29, 31, 32, 66). Her ne kadar hastaların bakımı, hemşirelik perspektifini tanımlayan şeyin bir parçası olarak gördüğü öne sürülse de, halkın anlayışı mesleki literatürde açıkça belirtilmemektedir. Buna rağmen hastaların kendi bakım ihtiyaçlarını nasıl algıladıklarıyla ilgili bilgi, hemşirelerin sundukları bakımın kalitesini arttırmaları için önemlidir (66). Hemşirelerin, bakım davranışlarının hastalar tarafından ne şekilde algılandığını bilmeleri, kendi bakım davranışlarına karşı duyarlı olmalarını

sağlayabilir. Hemşirelik bakımı çeşitli ortamlarda değişik yaş, kültür, bireysel beklenti ve inançlara sahip kişilere ve topluma verilen bir hizmettir. Hastaya yardım süreci ve hemşirenin işlevini yerine getirmesiyle ilgili üç temel öge vardır. Bunlar; hastanın davranışı, hemşirenin tepkisi ve hemşirelik girişimidir. Hemşirenin tepkisi; hastanın davranışını algılama, bu algının yarattığı düşünceler ve algı ve düşüncelere tepkide bulunurken yaşanan duygudur (67, 68). Bunun yanında, hizmeti alan ve verenler arasındaki algılamanın belirlenmesi ve hizmetin doğru algılanması, verilen bakımın niteliğinin artmasına ve dolayısıyla hizmet kalitesinin de yükselmesine neden olacaktır. Bu nedenle genişleyen, büyüyen ve bilgi üzerine temellenen hasta merkezli bakımın sağlanabilmesi için hastaların hemşirelik bakımına bakış açıları, öncelikleri ve bakım gereksinimleri iyi araştırılmalıdır (25, 69).

2.6. Hasta ve Hemşirelerin Bakım Algılarına Yönelik Yapılan Çalışmalar

Geçmişten günümüze hasta ve hemşirelerin bakım algılarına yönelik bir çok çalışma yapılmıştır (4, 10, 11, 27-31, 65, 70-73). Bu çalışmalardan bazıları şu şekildedir. Larson, kanser hastalarının bakım algıları ile ilgili yaptığı çalışmasında denetleme ve takip etmenin en önemli bakım davranışı olarak algılandığını saptamıştır. Mayer ve Larson'un çalışmalarını tekrarlamak amacıyla yapılan başka bir çalışmada onkoloji kliniğinde çalışan hemşire ve hastaların bakım algıları araştırılmıştır. Hemşireler dinleme, dokunma ve hastanın duygularını ifade etmesine izin vermeyi en önemli bakım davranışı olarak algılamak, hastalar ise hemşirelerin uygulamadaki teknik becerilerini (yani bir enjeksiyonun nasıl yapılacağını bilmek) daha önemli olarak algılamışlardır (75).

Rosenthal bir koroner bakım ünitesinde hastalara ve hemşirelere en önemli olduğunu düşündükleri bakım davranışlarını belirlemelerini istediği çalışmasında hastalar, ileri derecede teknik becerilerin ve bilgilerin yer aldığı profesyonel davranışları bakımın en önemli yönleri olarak görmüşlerdir. Aynı çalışmada hemşireler bakım ilişkisinin en önemli unsurları olarak dinlemeye ve konuşmaya en yüksek puanı vermişlerdir (74).

Larson ve Mayer'in bulgularının kültürler arası geçerliliğini incelemek üzere von Essen ve Sjoeden tarafından İsveç'te yapılan çalışmada, hastaların "Denetler ve Takip

eder” ve “Açıklar ve Kolaylaştırır” alt boyutlarına en yüksek puanı verdikleri saptanmıştır. Hastalar tarafından en fazla puanlanan maddeler; “doktoru ne zaman çağıracağını bilir”, “nasıl iğne yapılacağını ve ekipmanı nasıl kullanacağını bilir” ve “hastaya tıbbi durumu konusunda dürüsttür” ifadeleri yer almıştır (27).

Farklı kliniklerdeki (psikiyatri, dahili, cerrahi, onkoloji) çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım davranışlarını nasıl algıladıklarının araştırıldığı bir başka çalışmada, psikiyatri ve dahili/cerrahi kliniklerindeki hemşireler hastayı rahatlatmayı en önemli bakım davranışı olarak gösterirken, onkoloji kliniğinde çalışan hemşireler ulaşılabilirlikle bağlantılı davranışları (yani, hemşire fiziksel ve duygusal rahatlama sağlamak ve sağlık bakımlarıyla ilgili kararlar almaları için hastalara gerekli bilgileri vermek üzere hazır bulunur) en önemli bakım davranışı olarak göstermiştir (32).

Keane McDermott ve arkadaşları rehabilitasyon hastaları ile yaptıkları çalışmalarında; en yüksek puanla derecelendirilen hemşirelik bakım davranışlarının “doktoru ne zaman çağıracağını bilme”, “durum ne olursa olsun hastayı her zaman ilk sıraya koyma” ve “İntravenöz enjeksiyonları nasıl yapacağını ve aspiratör gibi çeşitli cihazları nasıl çalıştıracağını bilme” olduğunu belirlemişlerdir (30,75).

Cronin ve Harrison’ un kantitatif çalışmalarında Bakım Davranışları Değerlendirme (CBA) aracı geliştirmişler ve miyokard enfarktüslü hastalar tarafından algılanan hemşirelik bakım davranışlarını araştırmışlardır. Araştırmada fiziksel bakımla ilgili hemşirelik faaliyetleri (yani, temizlik, besleme ve denetleme), katılımcılar tarafından en önemli bakım davranışları olarak bildirilmiştir. Aynı zamanda öğretme, hastalar tarafından bakımın en anlamlı göstergesi olarak algılanmıştır (74). Başka bir çalışmada, Gardner ve Wheeler hemşireler tarafından algılanan en önemli hemşirelik davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalarında desteklenen ilk üç davranışı, hastalarla ilgilendiğini göstermek, hastalara duygularını ifade etmesi için ortam yaratmak, hastaları dinlemek için zaman ayırmak olarak belirtmişlerdir (27).

Holroyd ve arkadaşlarının hastaların hemşirelik bakım davranışlarını algılama biçimlerini belirlemek amacıyla, Hong-Kong’da yapmış oldukları çalışmada, hastaların “hemşirelerin ilaç ve tedaviyi zamanında uygulamasını” en önemli, “sadece hastaların yanında oturma” ifadesini ise en az önemli bakım davranışları olarak algıladıklarını tespit etmişlerdir(75).

Lynn ve McMillen, yaptıkları çalışmalarında; hastalar için daha önemli algılanan bakım davranışlarının hemşireler tarafından önemli olarak algılanmadığını belirtmişlerdir. Bu çalışmada hastalar bakımın psikolojik ve fiziksel yönüyle ilgili davranışları önemli bulurken, hemşirelerin ise bakımın meslekte yeterlilik yönü ile ilişkili bakım davranışlarını daha önemli olarak algıladıkları saptanmıştır (76).

White hemşirelerin ve hastanede yatan çok sayıda hastanın 50 hemşirelik aktivitesinin önemini algılamalarıyla ilgili çalışmasında, hastalar hemşirelerin duygusal yönlerinden çok fiziksel bakımla ilgili profesyonel aktivitelerini daha önemli görürken, hemşirelerin ise bakımın psikolojik unsurlarına öncelik verdikleri görülmüştür (74).

Riemen çalışmasında hemşirelerin önemsemeyen tutumları ve davranışları ile ilgili hastalarla görüşme yapmış ve üç hemşirelik davranışını belirlemiştir. Bunlar; (1) bedenen orada olmak fakat ruhen olmamak, (2) küçümseyici ve insanlık dışı davranış, (3) eşsiz bir kişi olarak hastanın değerini düşürme dolayısıyla onda korkuya, depresyona, düş kırıklığına, öfkeye ve anksiyeteye sebep olmalıdır (74).

Yapılan araştırmalara göre, önemli bakım davranışlarının hasta ve hemşireler tarafından farklı algılanmasının nedenlerinden birinin yetersiz iletişim olduğu söylenebilir. Ayrıca hasta ve hemşireler arasından doğru ve yeterli iletişimin olması için; özel eğitim, beceri ve hastaların bakımdan beklentilerinin hemşireler tarafından doğru belirlenmesi önemlidir (70). Hasta ve hemşireler arasındaki yetersiz iletişimin, farklı algılamalara neden olduğu düşünüldüğünde gelecek araştırma konuları için bu durumun önemli olacağı ifade edilmektedir (27).

3. MATERYAL VE METOD

Bu bölümde, araştırma deseni, evren ve örneklem, örneklem seçimi, araştırmada kullanılan veri toplama araçları, verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemlere ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Bu araştırma, cerrahi girişim geçirmiş hastalar ile aynı hastalara bakım veren hemşirelerin hemşirelik bakımı algılarının karşılaştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi kliniklerinde Kasım-2012, Nisan-2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cerrahi klinikleri toplamda 270 yatak kapasitesine sahip olup, çalışmanın yapıldığı dönemde cerrahi servislerde 78 hemşire bulunduğu tespit edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Gaziantep Üniversitesi Şahinbey Araştırma ve Uygulama Hastanesi cerrahi kliniklerinde çalışan tüm hemşireler ile cerrahi kliniklerde opere olan tüm hastalar oluşturmuştur. Cerrahi kliniklerde 2010-2011 yılları arasında bir yılda yaklaşık 28104 hasta opere edilmiştir. Cerrahi kliniklerinde çalışan toplam hemşire sayısı ise 78 dir.

3.5.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleme, araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirme sonrası araştırmaya katılım izni alınan ve araştırma ölçütlerine uyan, evren içindeki opere edilmiş hastalar ve bu hastalara bakım veren hemşireler alınmıştır. Hastaların örneklem seçiminde ise evreni bilinen örneklem hesaplaması fomülünden yararlanılmıştır. Buna göre hastaların örnekleme 379 dur. Hemşirelerin örneklemini adı geçen kliniklerde çalışan tüm hemşireler (78) oluşturmuştur. Fakat çalışma sırasında 3 hemşire doğum iznine ayrılmış 2 hemşire yıllık iznine ayrılmış, 2 hemşire çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Sözleşmeli çalışan 1 hemşirede işten ayrılmış olup, toplamda çalışmaya 70 hemşirenin katılımı sağlanmıştır.

Evreni bilinen örneklem hesaplaması;

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2 (N-1) + t^2 p q}$$

n= Örnekleme alınacak birey sayısı

N= Evrendeki birey sayısı (28104)

p= İncelenen olayın görülüş sıklığı/olasılığı (0,5)

q= İncelenen olayın görülmeme sıklığı/olasılığı (1-p= 0,5)

t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri (1,96)

d= Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma değeri ± sapma (0,05)

Hastalar için araştırmaya alınma ölçütleri;

- Cerrahi kliniğinde en az iki gündür yatıyor olma,
- Cerrahi girişim geçirmiş olma,
- 18 yaş ve üstünde olma,
- İletişim güçlüğü ve mental yetersizliği olmama,
- Araştırmaya gönüllü katılmadır.

Hemşireler için araştırmaya alınma ölçütleri ise;

- Cerrahi kliniğinde en az 1 aydır çalışıyor olma,
- Araştırmaya katılımı kabul etmedir.

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanmasında Hasta ve hemşirelere "Bilgilendirilmiş Onam Formu", hastaların demografik ve hastalıklarına ilişkin verilerin toplanacağı "Hasta Tanıtım Formu", bakım algısını ölçmede BDÖ -24 (Bakım Davranışları Ölçeği-24) ölçeği ile hemşirelere "Hemşire Tanıtım Formu" ve BDÖ-24 (Bakım Davranışları Ölçeği-24) ölçeği uygulandı. Hastaların yattıkları serviste verilen hemşirelik bakımından memnun olma durumları 0 ile 10 arasında puanlanan Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ile değerlendirilmiştir.

3.7. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında ;

- 1-Hastaları araştırma hakkında bilgilendirmek ve izinlerini almak amacıyla "Bilgilendirilmiş Onam Formu",
- 2-Hasta ve hemşirelere ait tanıtıcı bilgileri içeren "Hasta Tanıtım Formu",
- 3-Hemşirelerin tanıtıcı bilgilerini içeren"Hemşire Tanıtım Formu"ve
- 4-Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım algısını ölçmek için "Bakım Davranışları Ölçeği-24" kullanılmıştır.

3.7.1. Hasta Tanıtım Formu

Bu form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde hastaların sosyo-demografik verileri yaş, cinsiyet, mesleği, eğitim gibi, ikinci bölümde sağlık ve hastalık durumuna ilişkin bilgiler ile hemşirelik bakımını yeterli bulma durumlarını hastanede yatış süresi, ameliyat türü, hemşirelik bakımını yeterli bulma vb. sorgulayan ikisi açık uçlu toplam 18 soru yer almaktadır (EK4).

3.7.2. Hemşire Tanıtım Formu

Hemşire tanıtım formu, hemşirelerin sosyodemografik verileri ile birlikte hemşirelerin çalışma şeklini, hastanedeki pozisyonunu, verdikleri hemşirelik bakımını değerlendirmelerine yönelik dördü açık uçlu toplam 19 sorudan oluşmaktadır (EK5).

3.7.3. Bakım davranışları Ölçeği - 24

Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış geçerlilik-güvenilirlik analizi Kurşun Ş. tarafından yapılmıştır. Wu ve ark tarafından oluşturulan bu ölçek, Wolf ve ark. tarafından geliştirilen hasta ve hemşireler tarafından çift yönlü tanılamaya uygun 42 maddelik "Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory-42)"nin uzun formudur (77, 78). Ölçek, hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek için tasarlanmıştır (79). BDÖ-24, hemşirelerin kendi kendilerini değerlendirmelerini ve hasta algılamalarını karşılaştırmak amacıyla kullanılmaktadır (77, 78). Ayrıca ölçek, cerrahi girişim öncesi ve sonrası dönemde verilen hemşirelik bakımını (dinleme, eğitim, karar vermede hastayı da kapsayan bakım davranışları) değerlendirmek amacıyla da kullanılmaktadır. 4 alt gruptan ve 24 maddeden oluşan Bakım Davranışları Ölçeği-24'ün yanıtları için 6 puanlı likert tipi bir skala (1= asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman) kullanılmaktadır. Ölçek puanlarının hesaplanması:

- Toplam ölçek puanının elde edilmesi: 24 maddenin puanları toplandıktan sonra 24'e bölünerek, 1-6 arasında ölçek puanı elde edilmektedir.
- Alt boyutların elde edilmesi: Her bir alt boyut için, alt boyutlarda yer alan maddelerin puanları toplanarak elde edilen puanın madde sayısına bölünerek, 1-6 puan arasında alt boyut puanları elde edilmektedir (EK6). Ölçeğin değerlendirilmesi elde edilen toplam puanlar üzerinden yapılmakta olup, düşük puan bakım algısının düşüklüğü, yüksek puan ise bakım algısının yüksekliği şeklinde düşünülmektedir.

Çizelge 3.1. Bakım Davranışları ölçeği-24'ün alt boyutları

Ölçeğin alt grupları	Madde numaraları	Madde sayısı
Güvence	16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24	8 madde
Bilgi ve Beceri	9, 10, 11, 12, 15	5 madde
Saygılı olma	1, 3, 5, 6, 13, 19	6 madde
Bağlılık	2, 4, 7, 8, 14	5 madde
Toplam	1-24	24 Madde

3.8. Verilerin Toplanması

Veriler 15 Kasım 2012 ile 30 Nisan 2013 tarihleri arasında, Gaziantep Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Cerrahi kliniklerinde, çalışma ölçütlerine uyan hasta ve hemşireler ile görüşülerek toplanmıştır. Hasta ve hemşirelere araştırmanın amacı açıklanmış ve olurları alınarak formların doldurulması istenmiştir. Formlar katılımcılar tarafından doldurulmuş, görme problemi olan ve kendi okumak istemeyen hastalara araştırmacı tarafından okunarak doldurtulmuştur. Formların doldurulması yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.9. İstatistiksel Değerlendirme

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümlerse ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde minimum - maksimum) olarak özetlenmiştir. BDÖ-24 alt boyutları ve toplam puanları hasta ve hemşirelerin özelliklerine göre Bağımsız Gruplarda T testi veya Tek Yönlü Varyans analizi ile karşılaştırılmıştır. Varyans analizinde anlamlı farklılık bulunan durumlar için ikili alt grup karşılaştırmaları Post Hoc testlerinden Scheffe veya Sidak testleri kullanılarak yapılmıştır. Hemşirelik bakım puanı ile BDÖ-24 alt boyutları ve toplam puanı arasındaki korelasyonlar Pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Cerrahi kliniklerinde tedavi görmekte olan hastaların ve aynı kliniklerde çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım algılarının incelendiği çalışmada 10 farklı cerrahi serviste yatan toplam 379 hasta ve yine aynı servislerde çalışan toplam 70 hemşireye anketler uygulanmıştır. Uygulanan anketler ile ilgili bulgular başlıklar halinde sunulmuştur. Bu başlıklar;

1. Çalışmaya alınan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
2. Çalışmaya alınan hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular,
3. Çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin BD-24'e ilişkin bulguları ve BDÖ-24 puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular,
4. Çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin serviste verilen hemşirelik bakımı ile ilgili görüşlerine ilişkin bulgular,

4.1. Çalışmaya Alınan Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Hastaların sosyo-demografik özellikleri (N=379)

Özellikler	Sayı (/%)
Cinsiyet	
Erkek	215 (%57)
Kadın	164 (%43)
Yaş grupları	
17-35 yaş	136 (%36)
40-64 yaş	206 (%54)
65 yaş ve üzeri	37 (%10)
Medeni durum	
Evli	296 (%78)
Bekar	64 (%17)
Dul	19 (%5)
Eğitim durumu	
Okuryazar	117 (%30)
İlköğretim	169 (%45)
Lise	68 (%18)
Üniversite	25 (%7)
Çalışma durumu	
Çalışıyor	135 (%36)
Çalışmıyor	244 (%64)
Yaşadığı yer	
İl	251 (%66)
İlçe	88 (%23)
Köy	40 (%11)

Çalışmaya alınan hastaların sosyo-demografik özellikleri Çizelge 4.1’de verilmiştir. Buna göre; katılımcıların %57’sinin erkek, %54’ünün 40-64 yaşları arasında, %78’sinin evli, %45’inin ilköğretim mezunu olduğu, %64’ünün herhangi bir işte çalışmadığı, %66’sının ise il merkezinde yaşadığı görülmüştür (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.2. Hastaların geçmiş hastalık öyküleri (N=379)

Özellikler	Sayı (%)
Kronik hastalık varlığı	
Var	115 (%30)
Yok	264 (%70)
Daha önce hastaneye yatma durumu	
Evet	238 (%63)
Hayır	141 (%37)
Daha önce cerrahi operasyon geçirme durumu	
Evet	193 (%51)
Hayır	186 (%49)

Çalışmaya alınan hastaların geçmiş sağlık öyküleri incelendiğinde; %70'inin kronik hastalığı olmadığı, %63'ünün daha önce hastaneye yattığı ve %51'inin daha önce bir cerrahi girişim geçirdiği görülmüştür (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.3. Hastaların yattıkları servisler ve hastanedeki yatış süreleri ile ilgili bulgular (N=379)

	Sayı(%)
Yattığı servis	
Genel cerrahi	55 (%15)
Ortopedi	52 (%14)
Beyin cerrahi	38 (%10)
Üroloji	36 (%9)
KBB	35 (%9)
Göğüs cerrahi	35 (%9)
Kalp damar cerrahisi	34 (%9)
Göz servisi	33 (%9)
Kadın doğum	32 (%8)
Plastik cerrahi	29 (%8)
Yatış süresi	
1-7 gün	227 (%60)
8-14 gün	73 (%19)
15 gün ve üzeri	79 (%21)

Çalışmaya alınan hastaların şu anki hastaneye yatışı ile ilgili bulgular incelendiğinde; hastaların %15'inin genel cerrahi servisine yattığı, %60'ının 1-7 gün arasında yattığı tespit edilmiştir (Çizelge 4.3).

4.2. Çalışmaya Alınan Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular,

Çizelge 4.4. Hemşirelerin demografik özellikleri (N=70)

Özellikler	Sayı (%)
Yaş grupları	
20-29 yaş	46 (%66)
30-38 yaş	24 (%34)
Cinsiyet	
Erkek	19 (%27)
Kadın	51 (%73)
Medeni durum	
Evli	32 (%46)
Bekar	38 (%54)
Eğitim durumu	
SML	4 (%6)
Önlisans	2 (%3)
Lisans	64 (%91)

Çalışmaya alınan hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri Çizelge 4.4'de verilmiştir. Hemşirelerin %73'ünün kadın, %66'sının 20-29 yaşları arasında olduğu, %46'sının evli ve büyük çoğunluğunun (%91) üniversite mezunu olduğu saptanmıştır. (Çizelge 4.4). Çalışmaya alınan hemşirelerin yaş ortalaması $28\pm 4,75$ (Aralık: 21-38)'tir.

Çizelge 4.5. Hemşirelerin mesleki yaşam özellikleri (N=70)

Özellikler	Sayı (%)
Mesleği sevme durumu	
Evet	56 (%80)
Hayır	14 (%20)
Hemşire olarak çalışılan süre	
1 yıldan az	5 (%7)
1-5 yıl	40 (%57)
6-10 yıl	15 (%21)
11-15 yıl	8 (%12)
16 yıl ve üzeri	2 (%3)
Şimdiki serviste çalışma süresi	
1 yıldan az	20 (%29)
1-5 yıl	42 (%60)
6-10 yıl	5 (%7)
11-15 yıl	3 (%4)
Şuan ki pozisyonu	
Servis hemşiresi	61 (%87)
Sorumlu hemşire	9 (%13)
Çalışma şekli	
Gündüz	16 (%23)
Gece	6 (%9)
Her ikisi	48 (%69)

Çalışmaya alınan hemşirelerin %80'i mesleğini severek yaptığını, %57'sinin meslekte 1-5 yıl arasında olduğunu ve yine %60'ı şu an çalışmakta olduğu serviste 1-5 yıl arasında çalışmakta olduğunu, %87'si servis hemşiresi olduğunu ve %69'u da hem gece hem de gündüz çalıştığını belirtmiştir (Çizelge 4.5).

Çizelge 4.5. Devam

Özellikler	Sayı (%)
Haftalık ortalama çalışma süresi (saat)	
40	39 (%55)
45	4 (%6)
48	23 (%33)
56	4 (%6)
Servisin yatak sayısı	
11-20	10 (%14)
21-30	42 (%60)
31 ve üzeri	18 (%26)
Hemşire sayısı	
5-7	31 (%44)
8 ve üzeri	39 (%56)
Serviste yapılan günlük cerrahi girişim sayısı	
1-4	19 (%27)
5-7	27 (%39)
8 ve üzeri	24 (%34)

Çalışmadaki hemşirelerin %54'ü haftada 40 saat çalıştığını, %60'ının çalıştığı servisteki yatak sayısını 21-30 arasında olduğu, %56'sının çalıştığı serviste çalışan hemşire sayısının 8 ve üzerinde olduğu, %39'unun çalıştığı serviste günlük yapılan cerrahi girişim sayısının 5-7 arasında olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.5).

4.3. Çalışmaya Alınan Hasta ve Hemşirelerin BDÖ-24 ve BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çizelge 4.6. Bakım Davranışları ölçeği cronbach alfa değerleri

Hastalar		Cronbach Alfa Değeri	Hemşireler		Cronbach Alfa Değeri
Alt Boyutlar	Güvence	0,95	Alt Boyutlar	Güvence	0,80
	Bilgi-Beceri	0,93		Bilgi-Beceri	0,72
	Saygılı olma	0,93		Saygılı olma	0,82
	Bağlılık	0,91		Bağlılık	0,76
Toplam		0,98	Toplam		0,93

Çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin, BDÖ-24 toplamı ve alt boyutlarının iç tutarlık güvenirlik katsayısı Çizelge 4.6'de verilmiştir. Hasta grubunda ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları toplam ölçek için = 0,98, alt boyutları için =0,91 ile 0,95 arasında, hemşire grubunda toplam ölçek için = 0,93, alt boyutları için =0,72 ile 0,82 arasında olduğu görülmüştür (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.7. Hasta ve hemşirelerin BDÖ -24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Bakım Davranışları Ölçeği	Hastalar	Hemşireler	t	p
	Ort±SS	Ort±SS		
Güvence Alt Boyutu	5,19±0,97	5,32±0,46	-1,732	0,085
Bilgi-Beceri Alt Boyutu	5,13±1,0	5,51±0,44	-5,149	<0,001
Saygılı olma Alt Boyutu	4,97±1,03	5,24±0,54	-3,177	0,002
Bağlılık Alt Boyutu	4,96±1,04	5,05±0,62	-0,979	0,329
Toplam puan	5,08±0,97	5,28±0,45	-2,826	0,005

Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında;

- Hasta ve hemşirelerin BDÖ-24'ün güvence ve bağlılık alt boyut puanları arasında fark olmadığı (sırasıyla $p=0,085$ ve $p=0,329$), bilgi-beceri ve saygılı olma boyutlarında ise hastaların puanlarının hemşirelerin aldığı puandan düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,002$),
- Hastaların BDÖ-24 toplam puan ortalamalarının hemşirelerin toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derece daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,005$) (Çizelge 4.7).

Çizelge 4.8. BDÖ-24 – güvence alt boyutundan alınan puanların gruplara göre dağılımı

Bakım Davranışları Ölçeği	Hemşireler		Hastalar	
	Ort±SS	Min- Max	Ort±SS	Min- Max
16. Hastaya istekle gitme	5,03±0,7	3-6	5,08±1,16	1-6
17. Hastayla konuşma	5,37±0,71	4-6	5,14±1,18	2-6
18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme	5,33±0,77	3-6	5,2±1,16	1-6
20. Hastanın çağırısına hemen yanıt verme	5,09±0,9	3-6	5,08±1,22	1-6
21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme	5,54±0,56	4-6	5,22±1,1	1-6
22. Hastaya ilgi gösterme	5,33±0,72	4-6	5,13±1,15	2-6
23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama	5,5±0,63	4-6	5,39±1,01	2-6
24. Hastanın semptomlarını hafifletme	5,39±0,69	3-6	5,31±1,03	1-6
Güvence Alt boyut puanı	5,32±0,46	4,25-6	5,19±0,97	2-6

Çizelge 4.9. BDÖ-24 – Bilgi-Beceri alt boyutundan alınan puanların gruplara göre dağılımı

Bakım Davranışları Ölçeği	Hemşireler		Hastalar	
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max
9. Enjeksiyon, intravenöz v.b. girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme	5,73±0,54	4-6	5,18±1,05	1-6
10. Hastaya güven verme	5,39±0,71	3-6	5,16±1,12	1-6
11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme	5,36±0,66	4-6	5,11±1,14	1-6
12. Araç-gereci beceriyle kullanma	5,53±0,61	4-6	5,08±1,21	1-6
15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma	5,54±0,72	3-6	5,12±1,18	1-6
Bilgi-Beceri Alt boyut puanı	5,51±0,44	4,2-6	5,13±1	1,8-6

Çizelge 4.10. BDÖ-24 – Saygılı Olma alt boyutundan alınan puanların gruplara göre dağılımı

Bakım Davranışları Ölçeği	Hemşireler		Hastalar	
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max
1. Hastayı dikkatle dinleme	5,3±0,67	4-6	5,06±1,2	1-6
3. Hastaya bir birey olarak davranma	5,59±0,65	4-6	4,96±1,21	1-6
5. Hastaya destek olma	5,24±0,81	3-6	4,89±1,21	1-6
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma	5,11±0,81	3-6	4,8±1,24	2-6
13. Hastanın hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme	5,31±0,63	4-6	5,06±1,16	1-6
19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama	4,86±0,87	3-6	5,05±1,15	1-6
Saygılı olma Alt boyut puanı	5,24±0,54	4-6	4,97±1,03	1,67-6

Çizelge 4.11. BDÖ-24 – Bağlılık alt boyutundan alınan puanların gruplara göre dağılımı

Bakım Davranışları Ölçeği	Hemşireler		Hastalar	
	Ort±SS	Min- Max	Ort±SS	Min- Max
Bağlılık Alt Boyutu				
2. Hastayı eğitme ya da bilgilendirme	5,01±0,88	3-6	4,8±1,32	1-6
4. Hastaya zaman ayırma	5,14±0,84	3-6	4,89±1,21	1-6
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma	5,06±0,83	3-6	4,92±1,24	1-6
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma	5,14±0,8	3-6	5,19±1,12	1-6
14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama	4,87±0,95	3-6	4,99±1,19	1-6
Bağlılık Alt boyut puanı	5,05±0,62	3,8-6	4,96±1,04	1,4-6

Çalışmaya alınan hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam ölçek puanları incelendiğinde; hastaların BDÖ-24'ün alt boyut ve toplam puanları sırasıyla güvence boyutu 5,19±0,97, bilgi ve beceri boyutu 5,13±1,0, saygılı olma boyutu 4,97±1,03, bağlılık boyutu 4,96±1,04 ve ölçek toplamı 5,08±0,97 olarak elde edilmiştir. Hemşirelerin alt boyut ve toplam puanları sırasıyla güvence boyutu 5,32±0,46, bilgi ve beceri boyutu 5,51±0,44, saygılı olma boyutu 5,24±0,54, bağlılık boyutu 5,05±0,62 ve ölçek toplamı 5,28±0,45 olarak bulunmuştur (Çizelge 4.8, 4.9, 4.10 ve 4.11).

4.4. Çalışmaya Alınan Hasta ve Hemşirelerin Serviste Verilen Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.12. Hastaların, serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakım puanları (N=379)

	Sayı (%)
Hastanedeki hemşirelik bakımını yeterli bulma durumu	
Evet	330 (%87)
Kısmen	34 (%9)
Hayır	15 (%4)
Yetersiz ise nedeni *	
Neden belirtmeyen	33 (%67)
Hemşire sayısının yetersizliği	11 (%23)
Hemşirelerin ilgisiz olmaları ve vakit ayırmamaları	5 (%10)
Hemşirelerle ilgili görüş değişikliği	
Oldu	53 (%14)
Kısmen oldu	26 (%7)
Olmadı	300 (%79)
Oldu ise yönü **	
Görüşündeki değişikliğin yönünü belirtmeyen	27 (%34)
Daha ilgili güler yüzlü iyi bir bakım ve tedavi verdikleri	45 (%57)
Hasta bakımı ve hastaya davranışları açısından daha olumsuz	4 (%5)
Zor bir meslek olduğu	3 (%4)
	Ortalama±SSapma
	(Min-Max)
Hemşirelik bakımına verilen puan	8,49±1,72 (2-10)

* Hemşirelik bakımını yetersiz bulduğunu belirten 49 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

** Hemşirelerle ilgili görüş değişikliği olduğunu belirten 79 hasta üzerinden hesaplanmıştır.

Çalışmaya alınan hastaların hemşirelik bakımına verdikleri puan ortalaması 8,49±1,72 olarak elde edilmiştir. Hastaneye yatmadan önce ve yattıktan sonra hemşirelerle ilgili görüş değişikliği yaşadığını belirten 79 hasta bulunmaktadır. Bu hastaların %57'sinin görüşlerinde olumlu yönde bir değişim olmuş ve hemşirelerin bir

önceki yatışlarına göre “daha ilgili, güler yüzlü, iyi bir bakım ve tedavi verdiklerini” belirtmiştir. Olumsuz yönde görüş değişikliği yaşayan sadece 4 hastadır. Hastaların %87’sinin hemşirelerin verdikleri bakımdan memnun oldukları ve yetersiz bulanların %23’ü hemşire sayısının az olduğunu ifade etmişlerdir (Çizelge 4.12).

Çizelge 4.13. Hemşirelerin, serviste verilen hemşirelik bakımına ilişkin görüşleri ve hemşirelik bakım puanları (N=70)

	Sayı (%)
Serviste verilen hemşirelik bakımı yeterli mi	
Evet	26 (%37)
Kısmen	29 (%41)
Hayır	15 (%21)
Yetersiz ise nedeni	
Hemşire sayısının azlığı	7 (%47)
Hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması	6 (%40)
Evrak işlerinin fazla olması	2 (%13)
	Ortalama±SSapma
	(Min-Max)
Hemşirelik bakımına verilen puan	7,01±1,69 (3-10)

Hemşirelere çalıştıkları hastanede verilen hemşirelik hizmetinin yeterli olup olmadığı sorulduğunda, %37’si yeterli bulunduğunu, %41’i kısmen yeterli bulunduğunu, %21’i ise yeterli bulmadığını belirtmiştir. Yetersiz bulan hemşirelerin yetersiz gördüğü durumlar ise, %47 ile hemşire sayısının azlığı, %40 ile hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması ve %13 ile evrak işlerinin fazla olması olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin vermiş oldukları hemşirelik bakım puanı ortalaması 7,01±1,69 (Aralık: 3-10) olarak elde edilmiştir (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.14. Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım puanı yeterli bulma durumu ile BDÖ -24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Bakımı Yeterli Bulma	Alt Boyut Puanları				Toplam Puan
		Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
		Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Hastalar	Evet	5,22±0,97	5,17±0,97	4,99±1,03	4,99±1,04	5,10±0,97
	Kısmen	5,07±0,90	5,09±1,00	4,86±0,93	4,86±0,88	4,98±0,85
	Hayır	4,84±1,15	4,40±1,41	4,71±1,24	4,53±1,34	4,65±1,19
	F değeri	1,394	4,327	0,736	1,532	1,750
	p	0,249	0,014	0,480	0,217	0,175
Hemşireler	Evet	5,46±0,51	5,59±0,45	5,44±0,52	5,32±0,57	5,45±0,46
	Kısmen	5,25±0,41	5,45±0,41	5,12±0,58	4,93±0,63	5,19±0,44
	Hayır	5,24±0,44	5,48±0,49	5,12±0,41	4,80±0,51	5,17±0,39
	F değeri	1,806	0,757	2,972	4,629	3,078
	p	0,172	0,473	0,058	0,013	0,053

Hemşirelerin hastanede verilen hemşirelik hizmetini yeterli bulma durumuna göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bağlılık alt boyutu dışındaki tüm puan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (bağlılık alt boyutu dışındaki tüm puanlar için $p>0,05$). Bağlılık alt boyut puanında ise hastanedeki hemşirelik hizmetini yeterli bulan hemşirelerin, yeterli bulmayan hemşirelere göre puanlarının yüksek olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,045$) (Çizelge 4.14).

Hastaların hastanedeki hemşirelik bakımını yeterli bulma durumuna göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bilgi-beceri alt boyutu dışındaki tüm puan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (bilgi-beceri alt boyutu dışındaki tüm puanlar için $p>0,05$). Bilgi-beceri alt boyut puanında ise hemşirelik bakım yeterli bulan hastaların bilgi-beceri alt

boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde hemşirelik bakımını yeterli bulmayan hastaların puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0,014$) (Çizelge 4.14).

Çizelge 4.15. Hastaların vermiş oldukları hemşirelik bakım puanı ile BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan korelasyonları (N=379)

	Alt Boyut Puanları								Toplam Puan	
	Güvence		Bilgi-Beceri		Saygılı Olma		Bağlılık		r	p
	r	p	r	p	r	p	r	p		
Hemşirelik Bakım Puanı	0,648	<0,001	0,644	<0,001	0,646	<0,001	0,652	<0,001	0,673	<0,001

Çalışmaya alınan hastaların hemşirelik bakım puanı ile BDÖ-24 alt boyut ve toplam puanı arasındaki korelasyonlar Çizelge 4.15’de sunulmuştur. Buna göre tüm alt boyutlar ve toplam puan ile hemşirelik bakım puanı arasında pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle hemşirelik bakım puanı arttıkça alt boyut puanları ve toplam puan artış göstermektedir (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.16. Hemşirelerin çalıştıkları servisteki hemşirelik bakım puanı ile BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan korelasyonları (N=70)

	Alt Boyut Puanları								Toplam Puan	
	Güvence		Bilgi-Beceri		Saygılı Olma		Bağlılık		r	p
	r	p	r	p	r	p	r	p		
Hemşirelik Bakım Puanı	0,228	0,058	0,280	0,019	0,131	0,279	0,267	0,026	0,250	0,037

Çalışmaya alınan hemşirelerin çalıştıkları serviste verilen hemşirelik bakım puanı ile BDÖ-24 alt boyut ve toplam puanı arasındaki korelasyonlar Çizelge 4.16’te sunulmuştur. Buna göre Bilgi-beceri, Bağlılık alt boyutları ve toplam puan ile hemşirelik bakım puanı arasında zayıf pozitif korelasyonlar bulunmuştur. Diğer bir

ifadeyle hemşirelik bakım puanı arttıkça bu alt boyut puanları ve toplam puan artış göstermektedir (Çizelge 4.16).

5.TARTIŞMA

5.1. Çalışmaya Alınan Hasta ve Hemşirelerin BDÖ-24'e İlişkin Bulguları ve BDÖ-24 Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu çalışmada hasta grubunun BDÖ-24' ün Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları, toplam ölçek için = 0,98, alt boyutları için =0,91 ile 0,95 arasında, hemşire grubunda ise, toplam ölçek için = 0,93, alt boyutları için =0,72 ile 0,82 arasında olduğu görülmüş olup, bu ölçeğin alt boyut ve toplam iç tutarlılık katsayılarının güvenilirliğinin yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir (Çizelge 4.6). Çalışmada kullanılan ölçeğin kısa formu (24 maddeli ve 5 boyutlu) Wu et al. tarafından geliştirilmiştir. Bu çalışmaya göre, BDÖ-24'ün Cronbach Alpha katsayısı; hemşirelerde güvence boyutu 0,92, bilgi-beceri boyutu 0,83, saygılı olma boyutu 0,92, bağlılık boyutu 0,87, toplam ölçek için 0,96 hastalarda ise güvence boyutu 0,92, bilgi-beceri boyutu 0,87, saygılı olma boyutu 0,91, bağlılık boyutu 0,82, toplam ölçek için 0,96 olarak bulmuşlardır (77).

Bu çalışmada hastaların BDÖ-24'ün alt boyut ve toplam puanları sırasıyla güvence boyutu $5,19 \pm 0,97$, bilgi ve beceri boyutu $5,13 \pm 1,0$, saygılı olma boyutu $4,97 \pm 1,03$, bağlılık boyutu $4,96 \pm 1,04$ ve ölçek toplamı $5,08 \pm 0,97$ olarak elde edilmiştir. Hemşirelerin alt boyut ve toplam puanları sırasıyla güvence boyutu $5,32 \pm 0,46$, bilgi ve beceri boyutu $5,51 \pm 0,44$, saygılı olma boyutu $5,24 \pm 0,54$, bağlılık boyutu $5,05 \pm 0,62$ ve ölçek toplamı $5,28 \pm 0,45$ olarak bulunmuştur (Çizelge 4.7).

Wu et al. çalışmasında ise, hastaların BDÖ-24'ün güvence alt boyutundan 4,34, bilgi-beceri alt boyutundan 4,59, saygılı olma boyutundan 4,34, bağlılık alt boyutunda 3,93 ve toplam ölçekten 4,29, hemşirelerin ise güvence alt boyutundan 4,19, bilgi-beceri alt boyutundan 4,40, saygılı olma boyutundan 4,19, bağlılık alt boyutunda 3,69 ve toplam ölçekten 4,10 puan bulmuşlardır (77).

Hemşirelerde tükenmişlik, iş memnuniyeti ve bakım algılarının karşılaştırılmasının değerlendirildiği bir çalışmada hemşirelerin BDÖ-24 ölçek alt boyutlarından, güvence=5,36, bilgi-beceri=5,56, saygılı olma=5,16 ve bağlılık=4,89; toplam ölçek puanı ise 5,25 olduğunu saptamışlardır (80).

Kurşun genel cerrahi hastaları ve hemşirelerine Bakım Davranışları Ölçeğini kullandığı bir geçerlilik güvenilirlik çalışmasında hastaların, güvence alt boyutundan 5,12, bilgi-beceri alt boyutundan 5,30, saygılı olma alt boyutundan 4,67, bağlılık alt boyutundan 4,59 ve toplam ölçekten 4,94, hemşirelerin ise, güvence alt boyutundan 5,20, bilgi-beceri alt boyutundan 5,49, saygılı olma alt boyutundan 5,00, bağlılık alt boyutundan 4,79 ve toplam ölçekten 5,12 puan aldıklarını saptamıştır (4). Diğer benzer bir çalışmada da hastaların güvence alt boyutundan 4,33, bilgi-beceri alt boyutundan 4,55, saygılı olma alt boyutundan 4,32, bağlılık alt boyutundan 4,22 ve toplam ölçekten 4,33, hemşirelerin ise güvence alt boyutundan 4,19, bilgi-beceri alt boyutundan 4,35, saygılı olma boyutundan 4,05, bağlılık alt boyutunda 3,89 ve toplam ölçekten 4,11 puan aldıkları belirlenmiştir (79).

Palese et al. Avrupa'da cerrahi hastaları üzerindeki çalışmasında hastaların güvence alt boyutundan 4.9, bilgi-beceri alt boyutundan 5.3, saygılı olma boyutundan 4.6, bağlılık alt boyutunda 4.5 ve toplam ölçekten 4,57 puan aldıkları görülmüş olup Avrupa'daki ülkeler arasında da hastaların hemşirelik bakım algılarının farklı olduğunu tespit etmişlerdir (16).

Hasta bireyler hastanedeki bakımları ile ilgili çeşitli beklentilerle girerler ve beklentilerinin karşılanma düzeyi yalnız bakım kalitesi ile ilgili algılamalarını değil, kurumun ve bir bütün olarak sağlık sisteminin kalitesi ile ilgili algılamalarını da etkiler (76). Literatürde hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili algılamalarının, hasta bakımında odaklanılması gereken temel nokta olduğu ve hasta bakımının hastanın bakış açısı ile görülmesinin gerektiği ifade edilmektedir (81).

Bu çalışmada hasta ve hemşirelerin BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırıldığında; hasta ve hemşirelerin BDÖ-24'ün güvence ve bağlılık alt boyut puanları arasında fark olmadığı (sırasıyla $p=0,085$ ve $p=0,329$), bilgi-beceri ve saygılı olma boyutlarında ise hastaların puanlarının hemşirelerin aldığı puandan düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu (sırasıyla $p<0,001$ ve $p=0,002$), hastaların BDÖ-24 toplam puan ortalamalarının hemşirelerin toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derece daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,005$) (Çizelge 4.7). Literatürde çalışmamızla benzer sonuçların bulunduğu çalışmalara rastlanmıştır (4, 71). Bunun yanısıra başka bir çalışmada, hemşirelik bakım memnuniyetinin algılanmasına

ilişkin hasta ve hemşireler arasında anlamlı bir fark olduğu, çalışmamızın aksine hastaların memnuniyet puanının (5,11) hemşirelerden (4,52) daha yüksek olduğu belirtilmiştir (72). Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım algılamalarına yönelik yapılan çalışmalarda, bakımın algılanmasında gruplar arasında farklılık olduğunu gösteren sonuçlar da bulunmaktadır (11, 71, 73.).

Gür ve ark. hastane hizmetlerine ilişkin hasta, doktor ve hemşireler arasındaki hizmet algılarının birbirinden farklı olduğunu tespit etmişlerdir (82).

Suhonen et al., Avrupa' da farklı ülkelerde ortopedi ve travma hastaları üzerine yapılan bakım algısı çalışmalarında hastaların bakım algısı sonuçlarının ülkeler arasında farklı olduğu saptanmıştır (25).

Hem bu çalışma, hem de yukarıda ifade edilen diğer çalışma sonuçlarından anlaşılacağı gibi hasta ve hemşirelerin bakım algılarında farklılıklar olduğu görülmektedir. Bu farklılıkların kültürel, sosyo-ekonomik durum, dini inanışlar, ülkelerin hemşirelik eğitim programları ve bakım standartlarının aynı olmaması, bireylerin kişisel özellikleri gibi faktörlerden kaynaklanabileceği söylenebilir.

Hasta ve hemşirelerin bakım algılarının ölçüldüğü çalışmalarda bakıma ilişkin önem verilen alanlar farklılık gösterebilmektedir. Suliman et al. ve arkadaşları çalışmalarında, hastalar tarafından en önemli hemşirelik davranışının hastanın ağrısının azaltılması olduğunu saptamışlardır (64). Bu çalışmanın güvence alt boyutunda hemşireler tarafından hastanın ağrısının azaltılması hastalar tarafından ise tedavi ve ilaçların zamanında uygulanması en yüksek puanlanan madde olmuştur (Çizelge 4.8). Bu sonuç Holroyd et al. çalışması ile benzerlik göstermektedir (75). Chang et al. çalışmasında ise bu madde (tedavi ve ilaçların zamanında uygulanması) hem hastalar hem de hemşireler tarafından yüksek oranda önemli bulunmuştur (83).

Bu çalışmada bilgi ve beceri alt boyutunda hasta ve hemşireler tarafından enjeksiyon ve intravenöz girişimlerin nasıl uygulanacağını bilmesi birinci dereceden önemli görülürken (Çizelge 4.9), bu sonuç Zamanzadeh et al. kanser hastaları ile yaptığı çalışması ile paralellik göstermektedir (84). Chang et al. çalışmasında ise bu madde ikinci derecede önemli bulunmuştur (83).

Bu çalışmada saygılı olma alt boyutunda hastalar tarafından hemşirenin hastayı dinlemesi en önemli alan olarak görülürken, hemşireler tarafından ise hastaya bir birey olarak davranma daha önemli bulunmuştur (Çizelge 4.10). Bu çalışmadan farklı olarak

hastayı dinleme diğer bazı çalışmalarda hemşireler tarafından en yüksek oranda önemli olarak gösterilmiştir. Larson ve Mayer' in bireysel olarak kanser hastaları ile yaptıkları çalışmalarında genellikle hastalar tarafından düşük oranda gösterilen “hemşirelerin hastaları dinlemesi” ifadesinin (74), Özer ve Çetinkaya hastaların öğrenci hemşirelerden memnun olmaları üzerine yaptığı çalışmasında en yüksek oranda (%88.4) gösterilmiştir (85). Alaca ve ark. yoğun bakım hastaları ve hemşireleri ile yaptığı çalışmalarında hastaların önemli bir oranı (%69) hemşirelerin kendilerini anlamadığını, iş merkezli çalıştıklarını, kendileri ile konuşmadıklarını ve dinlemediklerini ifade etmişlerdir (86). Yani hastalar genellikle hemşirelerin kendilerine yardımcı olmadığı görüşündedirler. Oysa aynı çalışmada hemşirelerin önemli bir oranı (%84.4), yaşadığı sıkıntılar konusunda hastalara yardımcı olabildiklerini düşünmektedirler (86). Zamanzadeh et al. çalışmalarında hemşirelerin hastayı bütüncül bir bakımla yaklaşmak yerine hastanın sadece fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasına öncelik tanıdıkları sonuçlarını elde etmişlerdir (84). Suliman et al. farklı kültürel yapıya sahip üç bölge hastanesinde yaptıkları çalışmalarında ise hastalar tarafından en düşük oranda gösterilen “hemşirenin bireyin hissettiklerini anlayabilmesi” sonucu bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (64) (Çizelge 4.10).

Hemşirelerin bakım algıları üzerine yapılan başka bir çalışmada ise, hemşireler tarafından hastanın bakıma dahil edilmesi, eğitim verilmesi, hasta ve ailesi ile iyi iletişim halinde olunmasının verilen hemşirelik bakımının kalitesini arttıracığı dolayısıyla hasta tarafından algılanan hemşirelik bakımını da etkileyeceği gösterilmiştir (7). Benzer olarak bu ifadeler hemşireler tarafından yüksek kaliteli hemşirelik bakım davranışları arasında gösterilmiştir.

Bu çalışmanın bağlılık alt boyutunda ise hemşireler tarafından “hastaya zaman ayırma”, hastalar tarafından ise “sabırlı ve anlayışlı olma” öncelikli bakım davranışı olarak gösterilmiştir (Çizelge 4.11). Brunton ve Beaman hemşirelerin bakım algılarını ölçtükleri çalışmalarında, hemşirelerin önemli gördükleri bakım davranışlarını sırasıyla; insan olarak hastanın değerliliği, hastaya saygının gösterilmesi, hastaya karşı duyarlı olma, hastayla konuşma, hastadan edinilen bilgilerin gizliliğine önem verme, birey olarak hastaya özel davranma ve hastayı dikkatlice dinlemek olarak belirtmişlerdir (87).

Tan'ın çalışmasında cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerine bakıldığında, en yüksek düzeyde hemşirelerin hasta mahremiyetine özen

göstermeleri, en düşük düzeyde ise hemşirenin hastanın genel durumu hakkında bilgi vermesi olduğu saptanmıştır (15). Ahmad ve Alasad'ın dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastalarda yaptığı çalışmasında ise, hastalar tarafından en önemli hemşirelik bakım davranışının hemşirenin mesai saatlerinde hastaya kendisi ile ilgili neler yapılacağı konusunda bilgi vermesi gösterilirken, en az önemli olan davranışın hasta ile ilgili yanlış giden durumlar hakkında hastanın kendisine bilgi vermesi gösterilmiştir (14).

Literatürde, hasta ve hemşire etkileşimlerinin bakım ortamına (evde bakım, hastane) göre değişebildiği örneğin, rehabilitasyon hemşirelerinin fiziksel bakımı önemli görürken, kanser hemşirelerinin duygusal davranışlar üzerinde durdukları görülmektedir (30, 75). Hasta ve hemşirelerin bakım algısındaki farklılığını ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda ifade davranışlarını hemşireler (10, 27, 29, 30, 76), enstrümental davranışları ise hastalar en önemli (28, 30, 31, 32, 84) olarak göstermektedirler.

Chang et al. kanser hastalarıyla yapmış oldukları çalışmalarında hem hasta hem de hemşireler arasında “erişilebilir olma” boyutu en önemli olarak gösterilmiş olup, aralarında pozitif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (83).

Alaca ve ark.'nın yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar ile hemşirelerin hastalık sürecinde yaşadığı deneyimleri ile ilgili çalışmalarında ise hastalar hemşirelerin genellikle somut ve fiziksel sıkıntılara yardımcı olduklarını, ancak psikososyal sorunların farkında olmadıklarını belirtilmişlerdir (86). Algier ve ark. dahili ve cerrahi kliniklerdeki hasta ve hemşireler ile yürüttüğü çalışmasında, çalışan hemşirelerin zamanlarının çoğunu fizyolojik ve güvenlik boyutlarında yer alan hemşirelik girişimlerine ayırdıkları saptanmıştır (11). Yapılan bu iki çalışmanın sonuçları bu çalışmayla (hemşirelerin hastaların fizyolojik gereksinimlerini karşılamaya öncelik vermesi açısından) benzerlik göstermekle birlikte bu çalışmada ölçeğin bazı maddelerinde hemşireler ifade davranışlarını hastalara göre (hastaya duygularını açıklamasına izin verme, hasta ile konuşma vb.) daha önemli olarak algılamışlardır (Çizelge 4.8, 4.9, 4.10, 4.11).

Khademian ve Vizeshfâr CARE-Q skalasını kullanarak öğrencilerin bakım algısını ölçtüğü çalışmasında en yüksek olarak algılanan bakım davranışının hastanın takibinin yapılması, tedavi ve ilaçların zamanında yapılması, en düşük olarak algılanan

bakım davranışının ise hastanın istekte bulunduğu küçük şeyleri yerine (kağıt, su vs.) getirme olduğu görülmüştür (88).

Hemşire ve hastalar arasındaki çeşitli hemşirelik davranışlarının farklı sonuçlar vermesi, hasta ve hemşireler arasındaki iletişim zayıflığı, hasta ve hemşirelerin kişisel özellikleri, yaşam deneyimleri, beklenti ve algılama düzeylerindeki farklılıklardan kaynaklanabilmektedir (30). Eğer iyi bir bakım isteniliyorsa hemşirelik uygulamalarının hedefi olarak algılanan ihtiyaçların karşılanması önemlidir.

5.2. Çalışmaya Alınan Hasta ve Hemşirelerin Serviste Verilen Hemşirelik Bakımı ile İlgili Görüşlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Bu çalışmada hastaların hemşirelik bakımını yeterli bulma düzeylerine bakıldığında, hastaların %87'sinin hemşirelerin verdikleri bakımı yeterli buldukları ve yetersiz bulanların en fazla hemşire sayısının azlığından şikayetçi olduğu (%23), bunu hemşirenin ilgisiz ve vakit ayırmamasının (%10) takip ettiği tespit edilmiştir. (Çizelge 4.12). Aynı soruya hemşirelerin verdikleri yanıtlar değerlendirildiğinde ise; hemşirelerin %37'sinin verdikleri bakımı yeterli buldukları, %41'inin kısmen yeterli bulduğu, %21'inin ise yeterli bulmadığı, yetersiz bulan hemşirelerin yetersiz gördüğü durumlar arasında hemşire sayısının azlığı (%47), hemşire başına düşen hasta sayısının (%40) ve evrak işlerinin fazla olması (%13) gibi nedenler gösterilmiştir (Çizelge 4.13). Başka bir çalışmada ise, hastaların %84.7'si, hemşirelerin %28.2'si verilen hemşirelik bakımını yeterli bulduğu belirtilmiştir. Verilen bakımı yeterli bulmayan hastalar bunun nedeni olarak hemşirenin iş yükünün, hemşireler ise hasta bakımı dışındaki işlerin fazla olmasını göstermişlerdir (4). Diğer benzer çalışmalarda da hemşire sayısının az (13, 87, 89,) ve iş yükünün fazla olması (89), ifadeleri hemşirelik bakımını etkileyen etmenlerin başında gösterilmiştir. Hemşire sayısının hasta sayısına ve kliniğin özelliği ve iş yüküne göre belirlenmesi hastaların daha nitelikli bir bakım alması açısından önemlidir (4).

Bu çalışmada hastaların hemşirelik bakımını yeterli bulma durumuna göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, Bilgi-beceri alt boyutu dışındaki tüm puan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (bilgi-beceri alt boyutu dışındaki tüm puanlar için ($p>0,05$) ($p=0,014$) (Çizelge 4.13). Karaman ve Özlü'nün çalışmasında, cerrahi servislerinde

sağlanan hemşirelik bakımını “mükemmel” olarak değerlendiren hastaların bakım memnuniyet puanının, bakımı “yetersiz” bulan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (90)

Kurşun’un çalışmasında bakımı yeterli bulan hastaların bakım kalitesini algılamalarının diğer gruba göre yüksek olduğu belirlenmiş olup, hemşirelik bakımına verdikleri puanın 10 üzerinden 8,63 olduğu ve BDÖ-24 alt boyut ve toplam puanları ile arasında pozitif yönde, güçlü ve çok anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (4). Bu çalışmada da hastaların hemşirelik bakımına verdikleri puan ortalamasının $8,49 \pm 1,72$ (Çizelge 4.12) olduğu ve BDÖ-24 alt boyut ve toplam puanları arasında pozitif yönde, güçlü ve çok anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle hemşirelik bakım puanı arttıkça alt boyut puanları ve toplam puan artış göstermektedir (Çizelge 4.15).

Bu çalışmada hastanede verilen hemşirelik hizmetini yeterli bulan hemşirelerin bağlılık alt boyutu puanı istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek bulunmuştur ($p=0,045$) (Çizelge 4.14). Hemşirelerin serviste sağlanan hemşirelik bakımını 1 ile 10 arasında puanlandırması istendiğinde, verdikleri puanın $7,01 \pm 1,69$ (Aralık: 3-10) (Çizelge 4.13) olduğu saptanmıştır. Buna göre Bilgi-beceri, Bağlılık alt boyutları ve toplam puan ile hemşirelik bakım puanı arasında zayıf pozitif korelasyonlar tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle hemşirelik bakım puanı arttıkça bu alt boyut puanları ve toplam puan artış göstermektedir (Çizelge 4.16). Kurşun çalışmasında genel cerrahi servisi hemşirelerinin, hemşirelik bakımına verdikleri puanın bakım kalitesini etkilediğini, bakıma verilen puan arttıkça bakım kalitesi algılamalarının da arttığını belirlemiştir (4).

Yapılan bu çalışma ve benzer çalışmalar değerlendirildiğinde elde edilen bu sonuçların hemşirelerin aldıkları eğitime bağlı olarak, verdikleri bakımın değerlendirme kriterlerini hastalardan daha iyi bilmeleri ve değerlendirebilmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada hastaların hastaneye yatmadan önce ve sonra hemşirelerle ilgili görüş değişiklikleri incelenmiştir. Görüş değişikliği yaşadığını belirten hastaların %57’si görüşlerinde olumlu yönde bir değişim yaşadığını ve hemşirelerin “daha ilgili, güler yüzlü, iyi bir bakım ve tedavi verdikleri” ifade etmişlerdir (Çizelge 4.12). Hastalardaki olumlu yöndeki bu değişimin artan hemşirelik eğitimi kalitesinin bir göstergesi olduğu düşünülebilir. Oflaz ve Vural’ın çalışmasında da bu çalışma ile

paralel olarak hastaların hemşireler ile ilgili daha önce yaşadıkları geçmiş deneyimlerin hastaların hemşirelik bakımı algısı üzerine etkisi olduğu ve bu sonucunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (91).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Bu çalışmada;

- Hasta ve hemşirelerin yanıtları doğrultusunda, hastaların büyük bir kısmının ve hemşirelerin az bir kısmının hemşirelik bakımını yeterli bulduğu,
- Hastalara göre, “hemşire sayısının az olması” , “hemşirenin ilgisiz ve vakit ayırmaması”, hemşirelere göre ise, “hemşire sayısının azlığı”, “hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olması” ve “evrak işlerinin fazla olması” hemşirelik bakımının yeterliliğini etkilediği,
- Hastaların güvence ve bağlılık alt boyutlarının hemşirelerin aldığı puandandan düşük olduğu fakat arasında fark olmadığı, bilgi ve beceri, saygılı alt boyutları arasında ise farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu, toplam ölçek puanlarının hemşirelerin toplam puanlarından anlamlı derecede düşük olduğu,
- Hemşirelere “Size ve hastalara göre en yüksek kaliteli hemşirelik bakım davranışı örneği nedir” şeklinde yöneltilen soruya, hemşirelerin en yüksek oranda verdikleri yanıt “tedavi ve bakım verme” olduğu,
- Hastaların daha önce cerrahi girişim geçirme ve hemşirelik bakımın yeterli bulma durumunun hemşirelik bakım davranışı algısını etkilediği,
- Hemşirelerin cinsiyet, medeni durum ve mesleği severek yapma, hemşirelik hizmetini yeterli bulma durumunun hemşirelik bakım davranışını algılama düzeyini etkilediği belirlendi.

6.2. Öneriler

- Hemşirelere bakım algısı ve bakım algısını etkileyen faktörler ve hasta ile iletişimin bakım algısı üzerine etkisi konusunda hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Yönetmelik düzeyde bakım kalitesini arttıracak kurumsal düzenlemelerin yapılması, bu düzenlemelerin yasal boyutta incelenmesi konusunda gerekli çalışmaların yapılması
- Hemşirelerin algılanan bakım kalitesini arttırmaya yönelik kanıta dayalı araştırmalara yönlendirilmesi
- Hasta ve hemşirelerin dönem dönem bakım algılarının değerlendirilmesi
- Bakım kalitesini etkileyen kurumsal engellere (çalışma saatleri, vardiya sistemi, hasta başına düşen hemşire sayısı) yönelik çalışmaların yapılması.
- Hemşirelerin mesleki açıdan motivasyonlarının artırılmasının sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Erdil F, Elbaş NÖ.** *Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği*. 4. Baskı, Ankara: Aydoğdu Ofset, **2001**:97-137.
2. **Gürsoy AA.** Ameliyat Öncesi Hastaların Kaygı Düzeyleri ve Kaygıya Neden Olabilecek Etmenlerin Belirlenmesi. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, **2001**; 1:23-29.
3. **Dönmez CY.** “Kaliteli Perioperatif Hemşirelik Bakım Skalası (Good Perioperative Of Nursing Care Scale)”nın Türk Hemşire ve Hastaları İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2006**.
4. **Kurşun Ş.** Genel cerrahi servisinde hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım kalitesinin algılanması. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2010**.
5. **Yıldız D.** Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hastaların Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşe, **2011**.
6. **Coşkun H, Akbayrak N.** Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001**; 5(2):63-68.
7. **Molazem Z, Ahmadi F, Mohammadi E, Bolandparvaz S.** Improvement in the nursing care quality in general surgery wards: Iranian nurses' perceptions. *Scand J Caring Sci*, **2011**; 25:350–356.
8. **Velioğlu P.** *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Yenilenmiş 2. Baskı, İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2012**.
9. **Demirel NB, Taşpınar A, Akış Ş, Tosun A, Atlan Ö.** Manisa İlinde Kamuya Ait Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Hemşirelik İşlevlerini Algılama Durumları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, **2001**; 4(4-5):62-65.
10. **Christopher K, Hegedus K.** Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviours. *Eur J Oncol Nurs*, **2000**; 4:196–204.
11. **Algier L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S.** Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 9(1):33-41.

12. **Çoban Gİ, Kaşıkçı M.** Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, **2008**; 16(63):165-171.
13. **Tınmaz ŞG.** Acil servislere başvuran hasta ve hasta yakınlarının memnuniyet durumlarının değerlendirilmesi ve bir uygulama örneği. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, **2008**.
14. **Ahmad MM, Alasad JA.** Predictors of patients' experiences of nursing care in medical-surgical wards. *International Journal of Nursing Practice*, **2004**; 10:235-241.
15. **Utlü Tan N.** Cerrahi hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, **2006**.
16. **Palese A, Tomietto M, Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Merkouris A, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Karlou C, Balogh Z, Papastavrou E.** Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses caring behaviors: A descriptive and correlational study in six european countries. *Journal of Nursing Scholarship*, **2011**; 43(4):341-350.
17. **Chan JNH, Chau J.** Patient satisfaction with triage nursing care in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, **2005**; 50(5):498-507.
18. **Austgard K.** What characterises nursing care? A hermeneutical philosophical inquiry. *Scand Journal Caring Science*, **2008**; 22:314-319.
19. **McCance TV, McKenna HP, Boore RP.** Caring: dealing with a difficult concept. *International journal of Nursing Studies*, **1997**; 34(4):241-248.
20. **Pearcey P.** 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *International Journal of Nursing Practice*, **2010**; 16:51-56.
21. **Rolfe G.** Some further questions on the nature of caring. *International Journal of Nursing Studies*, **2009**; 46:143-146.
22. **Potter PA, Perry AG.** Caring in nursing practice, *Fundamentals of nursing*, 6th ed. America: Mosby Inc, **2005**:107-112.
23. **Watson, J.** Caring Science. **2010**.,Erişim:(www.watsoncaringscience.org/j_watson/index.html) Erişim tarihi:14.01.2014
24. **Mlinar S.** First and third-year student nurses' perceptions of caring behaviors. *Nursing Ethics*, **2010**; 17(4):491-500.
25. **Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Schmidt L A, Va"lima"ki M, Leino-Kilpi H.** European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care:a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, **2009**;18:2818-2829.

26. **Lundgren SM, Berg L.** The meanings and implications of receiving care. *Scand J Caring Sci*, **2011**; 25:235–242.
27. **Von Essen L, Sjoden PO.** Patient and staff perceptions of caring: review and replication. *J Adv Nurs*, **1991**; 16:1363-1374.
28. **Larsson G, Widmark Peterson V, Lampic C, Von Essen L, Sjoden P.** Cancer patient and staff ratings of the importance of caring behaviours and their relations to patient anxiety and depression. *J Adv Nurs*, **1998**; 27:855–64.
29. **Wichowski HC, Kubsch SM, Ladwig J.** Patients' and nurses' perceptions of quality nursing activities. *British Journal of Nursing*, **2003**; 12(19):1122-1129.
30. **Von Essen L, Sjoden PO.** The importance of nurse caring behaviours as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *Int J Nurs Studies*, **2003**; 28:267-268.
31. **Widmark-Petersson V, von Essen L, Sjoden P.** Perceptions of caring: patients and staffs' associations to CARE-Q behaviours. *Journal of Psychosocial Oncology*, **1998**; 16(1):75-96.
32. **Von Essen L, Sjoden PO.** Perceived occurrence and importance of caring behaviors among patients and staff in psychiatric, medical and surgical care. *J Adv Nurs*, **1995**; 21:266- 276.
33. **Hegedus KS.** Providers' and Consumers' Perspective of Nurses' Caring Behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, **1999**; 30(5):1090-1096.
34. **Eti Aslan F.** Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009**;12(1):104-113.
35. **Karayağız F, Altuntaş M, Güçlü YA, Yılmaz TT, Öngel K.** Cerrahi servisinde yatan hastalarda görülen anksiyete dağılımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, **2011**; 1:22-26.
36. **Erdemir, F.** *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 7. Baskı, İstanbul: Nobel Kitabevi, **2005**.
37. **Cimilli C.** Cerrahi Anksiyete. *Klinik Psikiyatri*, **2001**; 4:182-186.
38. **Özbayır T, Demir F.** Hastaların perioperatif döneme ilişkin izlenimlerinin incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2003**; 6(1):14-23.
39. **Hatipoğlu S.** Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, **2002**; 44(4):475-479.
40. **Akdemir N, Birol L.** *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*.3. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, **2005**.

41. **Oyum Y.** (ykocagoz@asg.com.tr). Cerrahi Hemşireliği Hakkında. Erişim:(http://www.acibademhemsirelik.com/edergi/yeni_tasarim/files/Cerrahi%20Hem%C5%9Fireli%C4%9Fi_E%20dergi-%20yasemin.pdf) Erişim tarihi:25.12.2013.
42. **Karaöz S.** Cerrahi Hemşireliği ve Etik. C.Ü. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2000**;4(1):1-8.
43. **Altıok H Ö, Şengün F, Üstün B.** Bakım: Kavram analizi. *DEUHYO ED*, **2011**; 4(3):137-140.
44. **Atalay M.** Evrensel Olarak Bakım Kavramı. 13. Uluslararası Hemşirelik Kongresi. Şanlıurfa-Türkiye, 19-21 Ekim **2011**:12-17.
45. **Püsküllüoğlu A.** *Arkadaş Türkçe Sözlük*, Ankara: Arkadaş yayınevi **2003**:163.
46. **Dalpezzo NK.** Nursing care: A concept analysis. *Nursing Forum*, **2009**; 44(4):256-264.
47. **Engster D.** Rethinking Care Theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia*, **2005**; 20(3):50-74.
48. **Öztunç G.** Hemşireliğin Doğası. Atabek Aştı T, Karadağ A. ed. *Hemşirelik Esasları*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2012**:26-28.
49. **Dinç L.** Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2010**; 17(2):74-82.
50. **Akça Ay F.** Kuram Nedir? Mesleki Kuram ve Teorisyenler. Akça Ay F. ed. *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2011**:30-44.
51. **Sabuncu N.** Hemşirelikte Temel Kavramlar. Sabuncu N ed. *Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar*. Ankara: Kalkan Matbaası, **2008**:30-33.
52. **Öz F.** *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. 2. Baskı, Ankara: Mattek Matbacılık, **2010**:43.
53. **Özcan A.** *Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim*. 2.Baskı, Ankara: Sistem ofset basın yay. San. Tic., **2006**.
54. **Babadağ K, Atabek Aştı T.** *Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi*. 1. Baskı, İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd. Şti.**2008**.
55. **Madenoğlu Kıvanç M.** Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. Atabek Aştı T, Karadağ A. ed. *Hemşirelik Esasları*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2012**:26-28.

56. **Wilkin K, Slevin E.** The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, **2004**; 13:50-59.
57. **Karaöz S.** Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Education Today*, **2005**; 25:31-40.
58. **Kaya H, Yalçın Atar N, Eskimez Z.** Hemşirelik Model ve Kuramları. Atabek Aştı T, Karadağ A. ed. *Hemşirelik Esasları*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2012**:80-90.
59. **Oksay ŞA.** Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi ile İlgili Bir Çalışma. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, **2006**.
60. **Brilowski GA, Wendler MC.** An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, **2005**; 50(6):641-650.
61. **Schacter D.** *Psychology*. Worth Publishers. Erişim: (<http://tr.wikipedia.org/wiki/Alg%C4%B1>) **2011**. Erişim tarih: 12.02.2104.
62. **Cüceloğlu D.** *İnsan ve Davranışı*, Psikolojik Temel Kavramları, 10. Baskı, İstanbul: Remzi Kitabevi, **2000**:577.
63. **Fosbinder D.** Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence, *Journal of Advanced Nursing*, **1994**; 20:1085-1093.
64. **Suliman WA, Welmann E, Omer T, Thomas L.** Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *Journal of Nursing Research*, **2009**; 17(4):293-299.
65. **Parsaie FA, Golchin M, Asvadi I.** A Comparisan of Nurse and Patient Perceptions of Chemotherapy Treatment Stressors. *Cancer Nursing*, **2000**; 23(5):371-374.
66. **Radwin L, Alster K, Rubin KM.** Development and tesing of the oncology patients perceptions of the quality of nursing care scale. *Oncology Nursing Forum*, **2003**; 30(2):283-290.
67. **Yam BMC, Rossiter JC.** Caring In Nursing: Perceptions Of Hong Kong Nurses. *Journal Of Clinical Nursing*, **2000**; 9:293-302.
68. **Chang E, Chenoweth L, Hancock K.** Nursing Needs of Hospitalized Older Adults: Consumer and Nurse Perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, **2003**; 29(9):32-41.
69. **Bassett C.** Nurses' Perceptions Care and Caring. *International Journal of Nursing Practice*, **2002**; 8: 8-15..

70. **King, L.** Comments on The Importance of Nurse Caring Behaviours as Perceived by Swedish Hospital Patients and Nursing Staff, International. *Journal of Nursing Studies*, **2003**; 40(5):499-502.
71. **Zhao SH, Akkadechanunt T, Xue XL.** Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing*, **2009**; 18(12):1-7.
72. **Lee MA, Yom YH.** A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital: a questionnaire survey. *International Journal of Studies*, **2007**; 44:545-555.
73. **Leinonen T, Leino-Kilpi H, Stahlberg MR, Lertola K.** Comparing patient and nurse perceptions of perioperative care quality. *Applied Nursing Research*, **2003**; 16:29-37.
74. **Patistea E, Siamanta HA.** Literature review of patients compared with nurses perceptions of caring implications for practice and research. *Journal of Professional Nursing*, **1999**; 15(5):302-312.
75. **Holroyd E, Yue-kuen C, Sau-wai C, Fung-shan L, Wai-wan W.** A Chinese cultural perspective of nursing care behaviours in an acute setting. *Journal of Advanced Nursing*, **1998**; 28(6):1289-1294.
76. **Lynn M, McMillan B.** Do nurses know what patients think is important in nursing care? *Journal Nursing Care Quality*, **1999**; 13(5):65-74.
77. **Wu Y, Larrabee JH, Putman HP.** Caring Behaviors Inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*, **2006**; 55(1):18-25.
78. **Beck ÇT.** Quantitative measurement of caring. *Journal of Advanced Nursing*, **1999**; 30(1):24-32.
79. **Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA, Ambrose MS.** Dimensions of nurse caring. *Image J Nurs Sch*, **1994**; 26(2):107-111.
80. **Burtson PL, Stichler JF.** Nursing work environment and nurse caring: relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*, **2010**; 66(8):1819-1831.
81. **Williams AM.** The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. *Journal Advanced Nursing*, **1998**; 27:808-816.
82. **Gür HÜ, Ateş M, Bektaş G, İrban A.** Hastane Hizmetleri Hakkında Sağlık Çalışanlarının Algıları ile Hastaların Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 3(1):32-39.

83. **Chang Y, Lin YP, Chang HJ, Lin, CC.** Cancer Patient and Staff Ratings of Caring Behaviors: Relationship to Level of Pain Intensity. *Cancer Nursing*, **2005**; 28(5):331-339.
84. **Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A, Valizadeh L.** Onkoloji patients and Professional nurses perceptions of important nurse caring behaviors. *BMC Nursing*, **2010**; 9(10):1-9.
85. **Özer N, Çetinkaya F.** Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Öğrenci Hemşirelerden Memnuniyeti. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2010**; 13(1):58-65.
86. **Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A.** Yoğun bakımda yatan hastaların hastalık süresinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, **2011**; 2(2):69-74.
87. **Brunton B, Beaman M.** Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, **2000**; 72(11):451-456.
88. **Khademian Z, Vızeshfar F.** Nursing students' perceptions of the importance of caring behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, **2008**; 61(4):456-462.
89. **Bircan H, Baycan S.** Sağlık sektöründe verimlilik ve kalite sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği. *C.Ü. Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2004**;28(2):173-185.
90. **Karaman-Özlu Z.** Erzurum İlinde Farklı Hastanelerdeki Cerrahi Kliniklerde Yatmış Olan Hastaların Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2006**.
91. **Oflaz F, Vural H.** The evaluation of nurses and nursing activities through the perceptions of inpatients. *International Nursing Review*, **2010**; 57:232-239.

EKLER

EK1- Ek Çizelgeler

Çizelge 4.17. Hemşireler tarafından ifade edilen hastaların yüksek ve düşük kaliteli olarak gördükleri hemşirelik bakım davranışı örnekleri(N=70)

	Sayı (%)
<hr/>	
Hastaların yüksek kaliteli hemşirelik bakımı olarak algıladıkları	
Hastanın ağrısını dindirmek	5 (%7)
Hastanın tedavi ve bakımını yerine getirmek	14 (%20)
Hastanın çağrısına zamanında yanıt vermek	12 (%17)
Hastaya zaman ayırmak dinlemek	12 (%17)
Hastanın şikayetlerini dinleme ve azaltma	3 (%4)
Güler yüzlü olma	10 (%14)
Hasta ile iyi iletişim kurma	2 (%3)
Hastanın sorularını yanıtlamak	6 (%9)
Hastayı bilgilendirme ve eğitim verme	6 (%9)
<hr/>	
Hastaların düşük kaliteli hemşirelik bakımı olarak algıladıkları	
Hastanın ağrısını dindirmemek	5 (%7)
Asık suratlı olmak ve sinirli davranmak	10 (%14)
Hastaya bağırma	3 (%4)
Hastanın isteklerini yerine getirmemek	11 (%16)
Etik ilkelere uymamak	6 (%9)
Hastayı dinlememek	17 (%24)
Hastanın çağrısına yanıt vermemek	14 (%20)
Kötü iletişim kurma	1 (%1)
Sorulan sorulara cevap vermeme	3 (%4)
<hr/>	

Çalışmaya alınan hemşirelere göre hastaların yüksek ve düşük kaliteli hemşirelik bakım algıları Çizelge 4.17’de verilmiştir. Buna göre hastalar yüksek kaliteli hemşirelik bakımı olarak %20 ile hastanın tedavi ve bakımını yerine getirme, %17 ile hastanın çağrısına zamanında yanıt verme ve yine %17 ile hastaya zaman ayırma ve hastayı dinleme olarak belirtmiştir. Düşük kalite hemşirelik bakımı olarak ise, %24 ile hastayı

dinlememe, %20 ile hastanın çağrısına yanıt vermeme ve %16 ile hastanın isteklerini yerine getirmeme olarak belirtmiştir (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.18. Hemşirelere göre yüksek kaliteli hemşirelik bakım örnekleri (N=70)

	Sayı (%)
Yüksek kaliteli hemşirelik hizmeti örneği	
Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olmak	4 (%6)
Hastaya eğitim verme ve bilgilendirme	7 (%10)
Güler yüzlü olma	11 (%16)
Etik ilkelere uyma	2 (%3)
Hemşirelik girişimlerine karar verebilme	6 (%9)
Acil durumlarda ne yapacağına karar verebilme	8 (%11)
Hastanın kendisini ifade etmesine izin verme	3 (%4)
Hasta ile iyi iletişim kurma	6 (%9)
Araç gereçleri doğru kullanma	4 (%6)
Hastayı dinleme tresini azaltma, güven verici davranış bulunma	5 (%7)
Hastayı kendi bakımına katma	1 (%1)
Hastayı gözlem altında tutuma	1 (%1)
Tedavi ve bakım verme	12 (%17)
Yüksek kaliteli hemşirelik hizmeti örneği	
Hasta ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmak	1 (%1)
Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olmak	7 (%10)
Hastaya eğitim verme ve bilgilendirme	7 (%10)
Güler yüzlü olma	6 (%9)
Etik ilkelere uyma	2 (%3)
Hemşirelik girişimlerine karar verebilme	4 (%6)
Acil durumlarda ne yapacağına karar verebilme	5 (%7)
Hastanın kendisini ifade etmesine izin verme	6 (%9)
Hasta ile iyi iletişim kurma	10 (%14)
Araç gereçleri doğru kullanma	3 (%4)
Hastayı dinleme tresini azaltma, güven verici davranış bulunma	4 (%6)
Hastayı kendi bakımına katma	4 (%6)
Hastayı gözlem altında tutuma	1 (%1)
Tedavi ve bakım verme	10 (%14)

Çalışmaya alınan hemşirelerden yüksek kaliteli hemşirelik hizmeti örnekleri istendiğinde, ilk örnek olarak %17 ile tedavi ve bakım verme, %16 ile güler yüzlü olma ve %11 ile acil durumlarda ne yapacağına karar verebilmeyi örnek verirken, ikinci örnek olarak %14 ile hasta ile iyi iletişim kurma, %14 ile tedavi ve bakım verme ve

%10 ile hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma ile hastaya eğitim verme ve bilgilendirme olarak belirtmişlerdir (Çizelge 4.18).

Çizelge 4.19. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=379)

Gruplar	Alt Boyut Puanları				Toplam Puan
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Cinsiyet					
Erkek	5,17±0,98	5,11±1,01	4,96±1,03	4,92±1,02	5,05±0,96
Kadın	5,22±0,96	5,15±0,99	4,99±1,04	5,00±1,06	5,10±0,98
t değeri	-0,470	-0,382	-0,308	-0,748	-0,487
p	0,639	0,703	0,758	0,455	0,627
Yaş grubu					
17-35 yaş	5,16±0,96	5,06±1,00	4,92±1,01	4,90±1,03	5,03±0,95
40-64 yaş	5,16±1,01	5,13±1,00	4,95±1,09	4,95±1,08	5,06±1,01
65 yaş ve üzeri	5,51±0,73	5,36±0,97	5,27±0,75	5,23±0,79	5,36±0,73
F değeri	2,154	1,246	1,830	1,532	1,832
p	0,117	0,269	0,162	0,217	0,162
Medeni durum					
Evli	5,22±0,97	5,17±0,97	5,00±1,03	4,99±1,03	5,11±0,96
Bekar	4,98±1,05	4,94±1,11	4,76±1,09	4,74±1,12	4,87±1,04
Dul	5,46±0,66	5,12±1,04	5,13±0,84	5,13±0,89	5,24±0,78
F değeri	2,424	1,396	1,693	1,869	1,942
p	0,090	0,249	0,185	0,156	0,145

Çizelge 4.19. Devam

Gruplar	Alt Boyut Puanları				Toplam Puan
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Eğitim durumu					
Okuryazar	5,05±1,11	5,01±1,08	4,82±1,12	4,85±1,11	4,95±1,08
İlköğretim	5,27±0,91	5,20±0,95	5,06±0,98	5,02±0,99	5,15±0,91
Lise	5,26±0,84	5,18±0,88	4,97±0,94	4,96±0,99	5,11±0,86
Üniversite	5,16±0,99	5,1±1,19	5,02±1,14	4,99±1,16	5,08±1,06
F değeri	1,258	0,865	1,279	0,657	1,086
p	0,288	0,459	0,281	0,579	0,355
Çalışma durumu					
Çalışıyor	5,23±0,94	5,20±0,95	5,05±0,99	5,04±1,00	5,14±0,93
Çalışmıyor	5,17±0,99	5,09±1,02	4,92±1,05	4,91±1,06	5,04±0,99
t değeri	0,523	1,076	1,148	1,120	0,964
p	0,601	0,283	0,252	0,264	0,335
Yaşadığı yer					
İl	5,19±0,98	5,13±1,01	4,99±1,05	4,98±1,04	5,09±0,98
İlçe	5,18±0,92	5,08±0,99	4,91±0,98	4,88±1,03	5,03±0,91
Köy	5,23±1,04	5,20±0,93	4,94±1,07	4,99±1,08	5,10±0,99
F değeri	0,039	0,215	0,208	0,297	0,126
p	0,962	0,806	0,812	0,743	0,881

Çalışmaya alınan hastaların cinsiyetlerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.19).

Hastaların yaş gruplarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, grupların gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.19).

Hastaların medeni durumlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.19).

Hastaların eğitim durumlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.20).

Hastaların çalışma durumlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.20).

Hastaların yaşadıkları yere göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.20. Hastaların geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsüne göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=379)

Gruplar	Alt Boyut Puanları				Toplam Puan
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Kronik hastalık					
Var	5,18±0,98	5,15±1,01	4,94±1,04	4,94±1,05	5,06±0,98
Yok	5,20±0,97	5,12±0,99	4,98±1,03	4,96±1,04	5,08±0,97
t değeri	-0,232	0,267	-0,403	-0,153	-0,164
p	0,816	0,789	0,687	0,879	0,870
Daha önce hastaneye yatma					
Var	5,21±0,97	5,13±0,97	4,99±0,99	4,97±1,01	5,09±0,94
Yok	5,16±0,98	5,12±1,05	4,94±1,10	4,94±1,09	5,05±1,02
t değeri	0,536	0,123	0,475	0,276	0,401
p	0,592	0,902	0,635	0,783	0,689
Daha önce cerrahi girişim geçirme durumu					
Var	5,31±0,86	5,18±0,89	5,05±0,93	5,02±0,94	5,16±0,86
Yok	5,07±1,06	5,07±1,10	4,88±1,13	4,89±1,13	4,99±1,07
t değeri	2,352	1,040	1,601	1,277	1,722
p	0,019	0,299	0,110	0,202	0,086

Çalışmaya alınan hastaların geçmiş ve şimdiki sağlık öyküsüne göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırma sonuçları Çizelge 4.20 ve 4.21’de sunulmuştur.

Hastaların kronik hastalığı olup olmamasına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.20).

Hastaların daha önce hastaneye yatıp yatmamasına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.20).

Hastaların daha önce cerrahi girişim geçirme durumuna göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, güvence alt boyutu dışındaki tüm puan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (güvence alt boyutu dışındaki tüm puanlar için $p>0,05$). Güvence alt boyut puanında ise daha önceden cerrahi girişim geçiren hastaların güvence alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha önceden cerrahi girişim geçirmeyen hastaların puanlarından yüksek bulunmuştur. ($p=0,019$) (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.20. Devam

Gruplar	Alt Boyut Puanları				Toplam Puan
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Hastanede yatış süresi					
1-7 gün	5,18±0,97	5,08±0,99	4,91±1,03	4,91±1,05	5,03±0,97
8-14 gün	5,33±0,83	5,38±0,83	5,15±0,91	5,16±0,91	5,26±0,82
15 gün ve üzeri	5,12±1,10	5,05±1,13	4,96±1,12	4,91±1,12	5,02±1,08
F değeri	0,949	2,797	1,450	1,719	1,635
p	0,388	0,062	0,236	0,181	0,196
Hemşirelerle ilgili görüş değişikliği					
Oldu	5,52±0,75	5,56±0,78	5,39±0,76	5,36±0,87	5,46±0,75
Kısmen oldu	5,24±0,76	5,28±0,76	5,04±0,85	4,84±0,87	5,11±0,75
Olmadı	5,13±1,01	5,04±1,03	4,89±1,07	4,90±1,07	5,00±1,00
F değeri	3,765	6,677	5,394	4,735	5,234
p	0,024	0,001	0,005	0,009	0,006

Hastaların yatış sürelerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.20).

Hastaların hemşirelerle ilgili görüşlerinde değişik olup olmamasına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, tüm puan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (tüm puanlar için $p<0,05$). Tüm puanlarda hemşirelik ile ilgili görüş değişikliği olan hastaların tüm puanları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde hemşirelik ile ilgili görüş değişikliği olmayan hastaların puanlarından yüksek bulunmuştur (Çizelge 4.20).

Çizelge 4.21. Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=70)

Gruplar	Alt Boyut Puanları				Toplam Puan
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Cinsiyet					
Erkek	5,44±0,40	5,61±0,41	5,39±0,55	5,32±0,62	5,44±0,43
Kadın	5,28±0,48	5,47±0,45	5,18±0,53	4,95±0,59	5,23±0,45
t değeri	1,245	1,177	1,430	2,309	1,751
p	0,217	0,243	0,157	0,024	0,085
Yaş grubu					
20-29 yaş	5,36±0,40	5,53±0,38	5,29±0,51	5,09±0,60	5,32±0,40
30-39 yaş	5,26±0,57	5,46±0,55	5,14±0,59	4,97±0,65	5,21±0,53
t değeri	0,868	0,682	1,076	0,773	0,990
p	0,389	0,498	0,286	0,442	0,326
Medeni durum					
Evli	5,22±0,48	5,42±0,48	5,10±0,52	4,88±0,54	5,16±0,44
Bekar-Dul	5,40±0,44	5,58±0,40	5,35±0,54	5,19±0,65	5,38±0,44
t değeri	-1,721	-1,458	-1,905	-2,186	-2,099
p	0,090	0,149	0,061	0,032	0,040
Eğitim düzeyi					
SML	5,25±0,51	5,55±0,41	5,12±0,68	4,95±0,91	5,22±0,56
Önlisans	6,00±0,00	6,00±0,00	5,67±0,00	5,80±0,28	5,88±0,06
Lisans	5,31±0,46	5,49±0,45	5,23±0,54	5,03±0,6	5,27±0,44
F değeri	2,308	1,309	0,726	1,602	1,836
p	0,107	0,277	0,488	0,209	0,167

Çalışmaya alınan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırma sonuçları Çizelge 4.21’de sunulmuştur.

Hemşirelerin cinsiyete göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bağıllık alt boyutu dışındaki tüm puan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (bağıllık alt boyutu dışındaki tüm puanlar için $p>0,05$). Bağıllık alt boyut puanında ise erkek hemşirelerin bağıllık alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde kadın hemşirelerin puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0,024$) (Çizelge 4.21).

Hemşirelerin yaş gruplarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.21).

Hemşirelerin medeni duruma göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, bağıllık alt boyutu ve toplam puan tüm puanlar dışındaki karşılaştırmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (bağıllık alt boyutu ve toplam puan dışındaki tüm puanlar için $p>0,05$). Bağıllık alt boyut ve toplam puanlarında ise bekar/dul olan hemşirelerin bağıllık alt boyut puanı ve toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde evli hemşirelerin puanlarından yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0,032$ ve $p=0,040$) (Çizelge 4.21).

Hemşirelerin eğitim düzeyine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.21).

Çizelge 4.22. Hemşirelerin mesleki yaşamlarına göreBDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması (N=70)

Gruplar	Alt Boyut Puanları				Toplam Puan
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Mesleği severek yapma					
Evet	5,35±0,48	5,51±0,46	5,30±0,54	5,09±0,62	5,32±0,47
Hayır	5,20±0,37	5,49±0,37	4,98±0,46	4,86±0,56	5,13±0,37
t değeri	1,135	0,214	2,045	1,287	1,405
p	0,260	0,831	0,045	0,202	0,165
Hemşire olarak çalışma süresi					
1 yıldan az	5,23±0,32	5,44±0,36	5,10±0,30	4,84±0,61	5,16±0,24
1-5 yıl	5,39±0,45	5,52±0,43	5,35±0,52	5,21±0,57	5,37±0,43
6-10 yıl	5,10±0,43	5,52±0,39	4,94±0,50	4,68±0,58	5,06±0,40
11-15 yıl	5,41±0,59	5,52±0,62	5,31±0,53	5,03±0,61	5,33±0,53
16 yıl ve üzeri	5,50±0,71	5,30±0,99	5,08±1,29	5,10±1,27	5,27±1,03
F değeri	1,285	0,145	1,795	2,350	1,431
p	0,285	0,965	0,140	0,063	0,234
Bulunduğu serviste çalışma süresi					
1 yıldan az	5,36±0,56	5,53±0,48	5,30±0,58	5,16±0,65	5,34±0,51
1-5 yıl	5,30±0,43	5,46±0,42	5,18±0,51	5,00±0,61	5,24±0,43
6-10 yıl	5,30±0,37	5,84±0,17	5,43±0,46	5,08±0,46	5,40±0,29
11-15 yıl	5,42±0,52	5,47±0,76	5,22±0,95	4,93±0,95	5,28±0,73
F değeri	0,105	1,116	0,439	0,352	0,323
p	0,957	0,349	0,726	0,788	0,809
Şu andaki çalışma pozisyonu					
Servis hemşiresi	5,30±0,45	5,49±0,43	5,23±0,53	5,04±0,60	5,27±0,44
Sorumlu hemşire	5,47±0,53	5,67±0,51	5,30±0,63	5,07±0,73	5,38±0,55
t değeri	-1,042	-1,148	-0,365	-0,109	-0,714
p	0,301	0,255	0,716	0,914	0,478

Çalışmaya alınan hemşirelerin mesleki yaşamlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırma sonuçları Çizelge 4.22’de sunulmuştur.

Hemşirelerin mesleği sevme durumuna göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, saygılı olma alt boyutu dışındaki tüm puan karşılaştırmalarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (saygılı olma alt boyutu dışındaki tüm puanlar için $p>0,05$). Saygılı olma alt boyut puanında ise mesleğini severek yapan hemşirelerin saygılı olma alt boyut puanı istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde mesleğini sevmeden yapan hemşirelerin puanlarından yüksek bulunmuştur ($p=0,045$) (Çizelge 4.22).

Hemşirelerin hemşire olarak çalışma sürelerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.22).

Hemşirelerin şuan ki servisteki çalışma sürelerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.22).

Hemşirelerin şuan ki servisteki çalışma pozisyonlarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.22).

Çizelge 4.22. Devam

Gruplar	Alt Boyut Puanları				Toplam Puan
	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık	
	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS	Ort± SS
Çalışma şekli					
Gündüz	5,44±0,42	5,58±0,45	5,24±0,55	5,05±0,58	5,34±0,44
Gece	5,32±0,42	5,77±0,39	5,44±0,40	5,10±0,80	5,40±0,45
Her ikisi	5,29±0,49	5,45±0,44	5,21±0,56	5,04±0,62	5,25±0,46
F değeri	0,657	1,583	0,503	0,027	0,417
p	0,522	0,213	0,607	0,973	0,660
Servisin yatak sayısı					
11-20	5,38±0,35	5,52±0,43	5,18±0,59	5,04±0,53	5,29±0,43
21-30	5,36±0,49	5,53±0,41	5,30±0,56	5,11±0,64	5,33±0,46
31 ve üzeri	5,21±0,44	5,44±0,53	5,12±0,47	4,90±0,60	5,17±0,45
F değeri	0,718	0,251	0,720	0,724	0,759
p	0,491	0,779	0,491	0,489	0,472
Serviste yapılan günlük cerrahi girişim sayısı					
1-4	5,37±0,34	5,61±0,36	5,28±0,49	5,05±0,52	5,33±0,36
5-7	5,34±0,49	5,47±0,48	5,19±0,57	4,97±0,62	5,25±0,47
8 ve üzeri	5,27±0,52	5,47±0,46	5,25±0,56	5,12±0,69	5,28±0,50
F değeri	0,287	0,684	0,157	0,395	0,172
p	0,751	0,508	0,855	0,675	0,842

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.22).

Hemşirelerin çalıştıkları servisteki yatak sayılarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.22).

Hemşirelerin çalıştıkları servisteki yapılan girişim sayılarına göre BDÖ-24 alt boyut ve toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (tüm puanlar için $p>0,05$) (Çizelge 4.22).

EK2-Gönüllü Bilgilendirme Formu (Hastalar için)

"Cerrahi Girişim Geçirmiş Hastalar İle Aynı Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Hemşirelik Bakımı Algılarının Karşılaştırılması " konulu bir çalışma yapmaktayız.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacaktır. Daha sonra, size doldurmanız için bir form verilecektir. Bu form sizinle, hastalığınızla ilgili ve hemşirelik bakımıyla ilgili sorulardan oluşmaktadır. Çalışmamız bir anket formu ile gerçekleştiğinden herhangi bir risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışmanın uygulanması sırasında bakım ve tedavinizde herhangi bir aksama olmayacaktır. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacılar: Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu

Y.L. Öğrencisi: Meryem KILIÇ Hemşirelik Anabilim Dalı

Katılımcının adı-soyadı:

İmzası:

EK3-Gönüllü Bilgilendirme Formu (Hemşireler için)

" Cerrahi Girişim Geçirmiş Hastalar İle Aynı Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Hemşirelik Bakımı Algılarının Karşılaştırılması " konulu bir çalışma yapmaktayız.

Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, size, araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak, sizden araştırmaya katılım izni alınacak ve doldurmanız için soru formu verilecektir. Bu form sizinle ilgili ve hemşirelik bakımıyla ilgili sorulardan oluşmaktadır. Bu uygulamalar yaklaşık 5-10 dakikanızı alacaktır. Bu çalışmaya, katılmama ve katıldığınız takdirde yazılı onay vermiş olmanıza rağmen çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılma hakkına sahipsiniz. Ayrıca sizin isteğinize bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabiliyorsunuz. İsmi saklı tutulacaktır ancak etik kurullar ve resmi makamlar size ait bilgilere ulaşabilir. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacılar: Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu

Y.L. Öğrencisi: Meryem KILIÇ Hemşirelik Anabilim Dalı

Katılımcının adı-soyadı:

İmzası:

EK4-Hasta Tanıtım Formu

Anket No:

Değerli katılımcı

Bu çalışmanın amacı cerrahi kliniklerinde tedavi görmekte olan hastaların ve aynı kliniklerde çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım algılarını karşılaştırmaktır. Sorulara içtenlikle vereceğiniz cevaplar size sunduğumuz hemşirelik bakımını geliştirmemiz için bize yol gösterici olacaktır. Vereceğiniz cevaplar hiçbir şekilde amacı dışında kullanılmayacaktır. Katkılarınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Araştırmacının Adı ve Soyadı: Meryem KILIÇ

Sorumlu Araştırmacının Adı ve Soyadı: Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

Yattığı servis:

Tanı:

Yatış tarihi:

A)Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın

3. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2. Bekar 3. Dul

4. Eğitim Durumunuz:

1.Okur-yazar 2.İlköğretim 3.Lise 4. Üniversite

5. Mesleğiniz:

6. Çalışma durumunuz: 1. Çalışıyor 2. Çalışmıyor

7. Yaşadığınız yer: 1.İl 2.İlçe 3.Köy

B)Sağlık ve Hastalık Durumuna İlişkin Bilgiler

8. Hastanede yatış süresi(gün):.....

9. Ameliyat türü:

10. Kronik bir hastalığınız var mı?

11. Belirtiniz. 2. Hayır

12. Daha önce hastaneye yattınız mı? 1.Evet 2.Hayır

13. Daha önce cerrahi girişim(ameliyat) geçirdiniz mi? Ne ameliyatı oldunuz?

1.Evet(belirtiniz)..... 2.Hayır

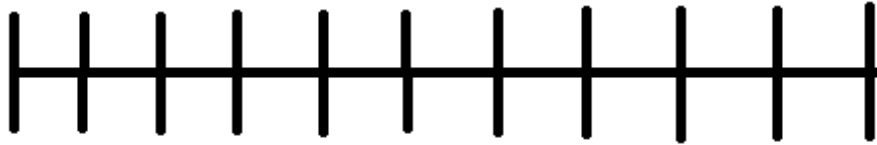
14. Sizce bu hastanede verilen hemşirelik bakımı yeterli midir?

1.Evet 2. Kısmen 3.Hayır

15. Yanıtınız hayır ise sizce nedeni ne olabilir?

.....

16. Hemşirelik bakımına verdiğiniz puanı ölçek üzerinde gösteriniz?(sayı olarak belirtiniz)



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Hiç

(çok

memnun değilim)

memnunum)

17. Hastaneye yatmadan önce ve yattıktan sonra hemşirelerle ilgili görüşlerinizde bir değişiklik oldu mu?

1.Oldu 2.Kısmen oldu 3.Olmadı

18. Oldu ise hangi açıdan görüşünüz değişti? Açıklar mısınız?

.....

C) Bakım Davranışları Ölçeği-24

EK5-Hemşire Tanıtım Formu

Anket No:

Değerli meslektaşım,

Bu çalışmanın amacı cerrahi kliniklerinde tedavi görmekte olan hastaların ve aynı kliniklerde çalışan siz hemşirelerin hemşirelik bakım algılarını karşılaştırmaktır. Bilgiler gizli kalacaktır ve araştırmanın amacı dışında hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

Araştırmacının Adı ve Soyadı: Meryem KILIÇ

Sorumlu Araştırmacının Adı ve Soyadı: Prof. Dr. Gürsel ÖZTUNÇ

Çalışılan Servis:

A) Sosyodemografik Özellikler

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: 1.Erkek 2.Kadın

3. Medeni durumunuz: 1.Evli 2. Bekar 3. Dul

4. Eğitim durumunuz:

1.SML 2.Ön lisans 3.Lisans 4.Yüksek lisans ve doktora

5. Hemşire olarak çalışılan süre(yıl):.....

6. Hemşirelik mesleğini isteyerek yapma durumu:

1.Evet 2. Hayır

7. Şimdiki servisinizde çalışma süreniz.....

8. Şu andaki pozisyonu:

1.Servis Hemşiresi 2.Sorumlu Hemşire 3.Diğer(yazınız).....

9. Çalışma Şekli:

1. Gündüz 2. Gece 3. Her ikisi 3.Diğer(yazınız).....

10. Haftalık ortalama çalışma saati:.....

11. Servisin yatak sayısı:

12. Servisin hemşire sayısı:

13. Serviste yapılan günlük cerrahi girişim sayısı:

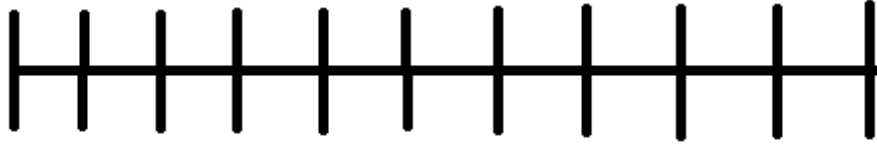
14. Sizce hastanenizde verilen hemşirelik bakımı yeterli midir?

1.Evet 2. Kısmen 3.Hayır

15. Yanıtınız hayır ise nedeni ne olabilir?

.....

16. Kliniğinizdeki hemşirelik bakımına verdiğiniz puanı ölçek üzerinde gösteriniz?(sayı olarak belirtiniz)



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(Hiç

(çok

memnun değilim)

memnunum)

17.Sizce **hastalar** hangi hemşirelik davranışını **yüksek kaliteli hemşirelik** bakımı olarak algırlarlar ? Bir örnek veriniz.

.....

18.Sizce **hastalar** hangi hemşirelik davranışını **düşük kaliteli hemşirelik** davranışı olarak algırlarlar? Bir örnek veriniz.

.....

19.Yüksek kaliteli hemşirelik bakımını gösteren **iki hemşirelik davranışı** örneği verir misiniz?

Örnek 1:

Örnek 2

B) Bakım Davranışları Ölçeği- 24

EK6 Bakım Davranışları Ölçeği-24

Maddeler	Asla(1)	Hemen hemen asla(2)	Bazen(3)	Genellikle(4)	Çoğu zaman(5)	Her zaman(6)
1. Hastayı dikkatle dinleme						
2. Hastayı eğitime ya da bilgilendirme						
3. Hastaya bir birey olarak davranma						
4. Hastaya zaman ayırma						
5. Hastaya destek olma						
6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma						
7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma						
8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma						
9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme						
10.Hastaya güven verme						
11.Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme						
12.Araç-gereci beceriyle kullanma						
13.Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme						
14.Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama						
15.Hastaya ait bilgileri gizli tutma						
16.Hastaya istekle gitme						

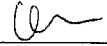


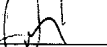
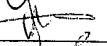
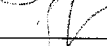
17.Hastayla konuşma						
18.Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme						
19.Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama						
20.Hastanın çağırısına hemen yanıt verme						
21.Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme						
22.Hastaya ilgi gösterme						
23.Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama						
24.Hastanın semptomlarını hafifletme						

EK7 - Etik Kurul İzni

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
13		8 Kasım 2012

KARAR NO 1- Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Doç. Dr. Gürsel Öztunç yönetiminde, Meryem Kılıç tarafından yürütülmesi öngörülen, "Cerrahi girişim geçiren hastalar ile aynı hastalara bakım veren hemşirelerin hemşirelik bakımı algularının karşılaştırılması" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Mülkiye Kasap Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

**EK8 – Gaziantep Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Baştabipliği Etik Kurul
İzni**



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

Sayı: Hemşirelik Hiz.2012-1311

11099

03/12/2012

Konu: Meryem KILIÇ

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İlgi: 30/11/2012 tarih ve B.30.2.ÇKO.0.42.00.00/06-1479 sayılı yazınız;

İlgi tarihli yazı ile ilgili Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Meryem KILIÇ'ın "Cerrahi Girişim Geçiren Hastalar ile Aynı Hastalarda Bakım Veren Hemşirelerin Hemşirelik Bakımı Algılarının Karşılaştırılması" konulu tez projesini hastanemiz servislerinde yapması uygun mütalaa edilmiştir.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Levent ELBEYLİ
Başhekim

03.11.2012 B.Deniz ŞENER (Hemş.Eğt.Org.Sor.)

04.11.2012 Eda YAVUZKURT (Hastane Müdür Yrd.V.)

Tel : 0 (342) 360 60 60 (pbx)

Faks : 0 (342) 360 39 28

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında İstanbul'da doğdu. İlkokul, Ortaokul, Liseyi İzmir'de bitirdi. 2002 yılında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu'nda lisans eğitimine başladı. 2007- 2009 yılları arasında Gaziantep' te özel bir klinikte Diyabet hemşiresi olarak görev yaptı. 2010 yılında Kilis 7 Aralık Üniversitesi'nde Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım bölümünde Öğretim görevlisi olarak çalışmaya başlamış olup, 2011 de Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Kilis 7 Aralık Üniversitesindeki görevini yürütmekte ve Gaziantep ilinde ikamet etmektedir.