



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIMDA HEMŞİRELERİN BİLİNÇLİ
FARKINDALIĞININ PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİĞİNİ
YORDAYICILIĞI**

ESMERAY TEMUR KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Dr. Öğrt. Üyesi Özgü TEKİN ULUMAN

KARS-2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIMDA HEMŞİRELERİN BİLİNÇLİ
FARKINDALIĞININ PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİĞİNİ
YORDAYICILIĞI

ESMERAY TEMUR KAYA

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Dr. Öğrt. Üyesi Özgü TEKİN ULUMAN

KARS-2023

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim ve araştırma sürecim boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, samimiyetini, güler yüzünü, bilgi birikimini ve akademik tecrübelerini benimle paylaşan rol model aldığım çok değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Özgü TEKİN ULUMAN'a sonsuz teşekkürlerimi ve saygımı sunuyorum.

Yüksek lisans ders dönemim boyunca bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen çok değerli hocalarıma teşekkürlerimi ve saygımı sunuyorum.

Beni yetiştiren, attığım adım ve kararlarda beni yalnız bırakmayıp destekleyen canım annem Nafiye Timur'a ve beni her zaman sevdiğine emin olduğum canım babam Doğan Timur'a, her koşulda beni dinleyen, anlayan, sabır ve sevgi gösteren sevgili yol arkadaşım Tugay Kaya'ya sonsuz teşekkürlerimi ve saygımı sunuyorum.

Ve son olarak araştırmama gönüllü olarak katılmayı kabul ederek bana destek olan tüm hemşire meslektaş ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunuyorum.

ÖZET

Bu araştırma ağrılı hastaya yaklaşımda hemşirelerin bilinçli farkındalığı ve psikososyal bakım yetkinliği rolü ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma kesitsel olarak gerçekleştirildi. Araştırma online ortamda farklı kurum ve birimlerde çalışan ağrılı hastaya bakım veren 207 hemşire ile gerçekleştirdi. Hemşirelere ‘Google Formlar’ aracılığıyla link gönderilerek, çalışmanın verileri elde edildi. Araştırmada veri toplama araçları olarak, sosyo-demografik bilgi formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi kullanıldı. Araştırma verilerinin analizinde t-test, One-Way ANOVA Analizi, Kruskal Wallis-H, Pearson Korelasyon Analizi ve Doğrusal Regresyon Analizi kullanıldı. Hemşirelerin, Bilinçli Farkındalık Ölçeğinden $56,83 \pm 12,09$ ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinden $65,05 \pm 12,43$ puan aldıkları belirlendi. Lisans ve lisansüstü mezunların ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranışları anketi puanı lise mezunlarından daha yüksek bulundu. Katılımcıların cinsiyetinin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Semptom Tanımlama ve Bilgiyi Kullanma alt boyutlarına göre toplam puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($p<0,05$). Hemşirelerin eğitim düzeyine göre cinsiyetinin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Mücadele alt boyut puanının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($p<0,05$). Bilinçli Farkındalığın Psikososyal Bakım Yetkinliğini anlamlı ve pozitif yönlü ($\beta=,259$; $p:000<0,05$) yordadığı bulundu. Ağrıya yaklaşımda hemşirelerin bilinçli farkındalığını ve psikososyal bakım yetkinliğini destekleyici eğitim ve uygulamalara yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Hemşirelik, Bilinçli Farkındalık, Psikososyal Bakım Yetk

SUMMARY

This study is conducted to determine the role of nurses' mindfulness and psychosocial care competence and related factors in the approach to patients with pain. The research is carried out as descriptive and relationship-seeking and online with 207 nurses working in different institutions and units and caring for patients with pain. The data of the study are obtained by sending a link to the nurses via 'Google Forms'. Socio-demographic information form, Mindfulness Scale, Psychosocial Care Competency Self-Assessment Scale and Pain-Related Nurse Knowledge and Behaviors Questionnaire are used as data collection tools in the study. T-test, One-Way ANOVA Analysis, Non-Parametric Kruskal Wallis-H, Pearson Correlation Analysis and Linear Regression Analysis are used in the analysis of the research data. It is determined that the nurses score 56.83 ± 12.09 from the Mindfulness Scale and 65.05 ± 12.43 from the Psychosocial Care Competency Self-Assessment Scale. Nurse knowledge and behaviors questionnaire scores related to pain are found to be higher than high school graduates. It is found that the total score of the gender of the participants according to the Psychosocial Care Competence Self-Assessment Scale Symptom Identification and Information Use sub-dimensions show a statistically significant difference ($p < 0.05$). It is found that the gender of the nurses according to their education level show a statistically significant difference in the Psychosocial Care Competency Self-Assessment Scale Struggle sub-dimension score ($p < 0.05$).

Mindfulness was found to be a significant and positive predictor of Psychosocial Care Competence. It is recommended to include training and practices that support nurses' mindfulness and psychosocial care competence in the approach to pain.

Keywords: Pain, Nursing, Mindful Attention Awareness, Psychosocial Care Competenc

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
SUMMARY.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR CETVELİ.....	ix
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Ağrı Kavramı.....	3
2.2. Ağrı Çeşitleri.....	4
2.2.1. Fizyolojik Mekanizmasına Göre Ağrılar:.....	4
2.2.1.1.Nöropatik Ağrı.....	4
2.2.1.2.Nosiseptif Ağrı.....	4
2.2.1.3.Deafferantasyon Ağrısı.....	4
2.2.1.4.Reaktif Ağrı.....	5
2.2.1.5.Psikosomatik Ağrı.....	5
2.2.2.Süresine Göre Ağrılar:.....	5
2.2.2.1.Akut Ağrı.....	5
2.2.2.2.Kronik Ağrı.....	5
2.2.3.Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrılar:.....	6
2.2.3.1.Somatik Ağrı.....	6
2.2.3.2.Visseral Ağrı.....	6
2.2.3.3.Sempatik Ağrı.....	6
2.3.Ağrı ile İlgili Teoriler.....	6
2.3.1. Kapı Kontrol Teorisi.....	7
2.3.2.Spesifite Teorisi.....	7
2.3.3.Patern Teorisi.....	7
2.4.Ağrı Tedavi Yolları.....	8
2.4.1.Ağrıda Farmakolojik Tedavi.....	8
2.4.2.Ağrıda Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri.....	8
2.4.2.1.Periferik Teknikler.....	8

2.4.2.2. Bilişsel-Davranışsal Teknikler.....	9
2.4.3. Diğer Yöntemler	9
2.5. Ağrı ve Hemşirelik	10
2.5.1. Ağrı ile İlişkili Hemşirelik Tanıları.....	11
2.5.2. Hemşirelik Girişimleri.....	12
2.6. Bilinçli Farkındalık Kavramı	12
2.6.1. Hemşirelikte Bilinçli Farkındalık	14
2.7. Psikososyal Bakım Kavramı	14
2.7.1. Hemşirelikte Psikososyal Bakım	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Değişkenleri	18
3.2. Araştırmanın Verilerin Elde Edilme Süreci.....	18
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	18
3.4. Veri Toplama Araçları.....	19
3.4.1. Bilgi Formu.....	19
3.4.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği	19
3.4.3. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği	20
3.4.4. Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi:	21
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	21
3.6. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları	21
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	22
4. BULGULAR.....	23
4.1 Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Dağılımları ile İlgili Bulgular	24
4.2. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi Puanının Karşılaştırılması	25
4.3. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması	27

4.4. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanının ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması.....	28
4.4.1. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Semptom Tanımlama Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması	29
4.4.2. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Bilgiyi Kullanma Alt Boyutu Toplam Puanının Karşılaştırılması	30
4.4.3. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Müdahale Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması	32
4.4.4. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Tanılama Alt Boyutu Toplam Puanının Karşılaştırılması	33
4.5. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeklerinin ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	34
4.6. Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği üzerindeki Yordayıcı Rolü	36
5.TARTIŞMA	37
5.1. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi Toplam Puan Bulgularının Tartışılması.....	38
5.2.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanın Bulgularının Tartışılması	39
5.3.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Toplam Puanının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgularının Tartışılması.....	42
5.3.1.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Semptom Tanımlama Alt Boyut Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması.....	46

5.3.2.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Bilgiyi Kullanma Alt Boyut Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması.....	49
5.3.3.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Müdahale Alt Boyut Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgularının Tartışılması	53
5.3.4.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Tanılama Alt Boyut Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgularının Tartışılması.....	57
5.4.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanının Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı Üzerindeki Yordayıcı Rolüne Ait Bulguların Tartışılması.....	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	62
6.1. Sonuçlar	62
6.2.Öneriler	63
6.2.1. Araştırmacılara/ Eğitimcilere Öneriler	63
6.2.2. Klinisyenlere Öneriler	64
7. KAYNAKLAR.....	66
8.EKLER.....	76

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Ölçekler ve Alt Boyutlara Ait Güvenilirlik Katsayıları	20
Tablo 2: Veri Toplama Araçlarının Çarpıklık Basıklık Dağılımı	24
Tablo 3: Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Puanının Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4: Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	27
Tablo 5: Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 6: Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Semptom Tanımlama Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması	29
Tablo 7: Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirmenin Ölçeği Bilgiyi Kullanma Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması	30
Tablo 8: Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Müdahale Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	32
Tablo 9: Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Tanılama Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 10: Bilinçli Farkındalık, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeklerinin ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	34
Tablo 11: Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği üzerindeki Yordayıcılığını İncelemek Amacıyla Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları	36

KISALTMALAR CETVELİ

ACT	: Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi (Cognitive Behavioral Therapy)
BİFÖ	: Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Mindful Awareness Scale)
F	: Anova Testi
HST	: Helfer Skin Tap Tekniği
IASP	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (The International Association for the Study of Pain)
KW	: Kruskalwallis H Testi
KLP	: Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
MAAS	: The Mindful Attention Awareness Scale
n	: Örneklem Büyüklüğü
p	: Probility; Olasılık
PBYÖDÖ	: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği (Psychosocial Care Competence Self-Assessment Scale)
r	: Korelasyon Analizi
R2	: Determinasyon Katsayısı
SPSS	: Statistical Package For Social Science
SS	: Standart Sapma
t	: t testi
TDK	: Türk Dil Kurumu
TENS	: Transkütan Elektiriksel Sinir Stimülasyonu
Ort	: Ortalama
VIF	: Varyans Genişlik Faktörü
ß	: Beta Katsayısı

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (The International Association for the Study of Pain-IASP) Taksonomi Komitesi tarafından ağrı şöyle tanımlanmıştır: ‘Vücudun belli bir bölümünden kaynaklanan, bireyin geçmiş deneyimlerinden etkilenen, doku harabiyetine bağlı olabilen yada olmayan , hoş olmayan bir emosyonel duyum, bir davranış biçimi’ dir (Çavdar ve Akyüz 2017). Yapılan literatür taraması sonucunda; Çelik ve arkadaşlarının 2018 yılında yaptığı ve Yılmaz ve Atay’ın 2014 yılında yaptığı çalışmalara göre hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin ağrı algısı ve yönetimlerinde eksiklikleri olduğunu göstermektedir. Bu ağrılı hastaya yaklaşımın spesifik bir konu olmasından kaynaklanmaktadır. Bu problemin önemi ise artan bakım maliyet ve sürelerinin yanında hastaların kaliteli ve bütüncül bakım alamamasıdır. Mindfulness (bilinçli farkındalık), şimdiki an içerisinde gerçekleşenlere dikkat etmek, bu dikkatin niteliğini fark etmek ve tüm bu fark edilenleri acele ile yargılamaksızın kabul etmeyi içermektedir (Atalay 2018). Aynı zamanda bilinçli farkındalık; açık bir merak ve kabul ile içinde bulunulan anın deneyimine dikkatlice odaklanmak olup, hemşirelerin hemşirelik bakımı vermelerini etkileyen konulardan birisidir (Asık ve Albayrak 2021). Sağlık bakım hizmetinin de etkili ve kaliteli olabilmesi, sağlık çalışanlarının bilinçli farkındalık yeteneklerinin olmasını gerektirir. Hastaya verilen bakım kalitesinin etkili olabilmesi, hastanın fizyolojik sorunun yanında psikososyal durumunun da değerlendirilmesini gerektirir. Psikososyal tepkilerin özelliklerini anlama ve hastanın beklentilerini bilme, hemşirelerin hastaları için daha iyi bakım vermelerine yardımcı olacaktır (Gorman, 2014). Psikososyal bakımın amacı, bireyin tanı ve tedavisine uyum sağlayabilmesi, yaşadığı bu süreçte psikolojik tepkileri yönetebilmesi, mevcut durumunu gerçekçi olarak değerlendirebilmesi, kabullenmesi, yaşam planını ve önceliklerini oluşturabilmesi, yaşam kalitesini iyileştirebilmesi ve umudunu koruyabilmesidir (Kocaman ve Yıldırım, 2015).

Sağlık çalışanları psikososyal bakım yetkinliğine sahip olması gereken önemli bir gruptur. Sağlık çalışanlarının psikososyal bakım yetkinlikleri ve bilinçli farkındalıklarının çeşitli parametrelerle ölçülmesi ağrılı hastaya verilen bakımın kalitesinin artmasına ve sorunun çözümlenmesinin kolaylaşmasına sebep olacaktır.

Bu araştırmada, ağrılı hastaya yaklaşımda hemşirelerin bilinçli farkındalığı ve psikososyal bakım yetkinliğinin rolü ve ilişkili faktörleri belirlemek amaçlandı.

Araştırma kapsamında; Araştırmaya katılan hemşirelerin demografik özellikleri nelerdir?

- Araştırmaya katılan hemşirelerin ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranış puanı nedir?
- Araştırmaya katılan hemşirelerin bilinçli farkındalıkları düzeyleri nasıldır?
- Araştırmaya katılan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmeleri düzeyleri nasıldır?
- Araştırmaya katılan hemşirelerin bilinçli farkındalığı ve psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmelerinin ağrılı hastaya bakım vermedeki rolü nedir?
- Araştırmaya katılan hemşirelerin bilinçli farkındalığının psikososyal bakım yetkinliğine yordayıcı etkisi var mıdır? sorularına cevap arandı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Ağrı Kavramı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (The International Association for the Study of Pain-IASP) Taksonomi Komitesi tarafından ağrı şöyle tanımlanmıştır: ‘Vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, bireyin geçmiş deneyimlerinden etkilenen, doku harabiyetine bağlı olabilen yada olmayan, hoş olmayan bir emosyonel duyum, bir davranış biçimi’ dir (Çavdar ve Akyüz 2017).

Ağrı eski çağlardan itibaren devamlı değişerek günümüze kadar gelmiştir. Bu sebeple ağrıyı tanımlamak zordur. Ağrı subjektif olarak da sorgulandığından yani bireylerin algılarına göre değişiklik gösterdiğinden tanımlamalar da değişkenlik gösterir. Diğer bir deyişle ağrı, çeken kişi tarafından aktarılan çok boyutlu subjektif bir deneyimdir(Akyürek ve ark 2006).

TDK ya göre ağrı, vücudun herhangi bir bölgesinde duyulan şiddetli acı anlamına gelmektedir. (www.tdk.org) E.T:11.12.2022. Ağrı çoğunlukla hastaların sağlık bakım hizmetine müracaat ettikleri ilk belirtidir. İlk aşama sağlık hizmeti veren birimler için hem tanıda hem de tedavide bir zorluk oluşturur. Ağrının ifade edilmesi yalnızca hoşlanılmayan bir duyuma sebep olan anormal duyusal uyaranlar sonucu değil, buna ek olarak somatik rahatsızlığın tanınmasıyla bu tedirginliğe verilen duyusal tepkinin bir birleşimidir. Ağrı algısı probleme ve varsa fiziksel bir engelliliğin boyutuna, kültürel bir geçmişe, daha önceki tecrübeler, durumsal faktörlere ve eşlik eden psikiyatrik hastalıklara göre değişebilir (Wang & Mullally 2020).

Ağrı bireye özgü bir durum olduğundan kişiye özel tanımlanır, sağlıklı veya hasta bireylerin deneyimlerini barındırdığından fiziksel yada kimyasal olarak tam anlamıyla ölçülebilmesi pek mümkün değildir. Bununla beraber literatür de mevcut bulunan çalışmalar bize ağrının kişiye has, rahatsızlık veren hoş olmayan bir duygu olduğunu ve bunun genellenemeyeceğini özetle bildirmektedir (Törüner ve Büyükgönenç 2018 ve Aslan 2020).

2.2. Ağrı Çeşitleri

Ağrı süresine, fizyolojik mekanizmasına ve kaynaklandığı bölgeye göre 3 bölümde ele alınabilir (Yağcı ve Saygın 2019).

2.2.1. Fizyolojik Mekanizmasına Göre Ağrılar:

2.2.1.1.Nöropatik Ağrı

Ağrının fizyolojik mekanizma sınıflandırılmasında bulunan ve önemli bir hasta kesimini oluşturan nöropatik ağrılar, santral veya çevresel sinir sistemi hasarı ya da fonksiyon bozukluğundan kaynaklanır. Genellikle keskin ve yanıcı olarak tarif edilir. Bu ağrıyı, diğer ağrı türlerinden ayırt etmek zordur çünkü bozulmuş duyuşal ayırım vardır ve bu ağrı yaralanmalardan uzun bir zaman geçtikten sonrada başlayabilir ayrıca vücutta öncesinde oluşmuş herhangi bir nörolojik hasarda nöropatik ağrı tanımlanmasını güçleştirebilir(Watson ve Sandroni 2016, Yağcı ve Saygın 2019).

2.2.1.2.Nosiseptif Ağrı

Nosiseptif ağrıyı anlamak için öncelikle nosisepsiyonu anlamamız gerekir. Nosisepsiyon: Vücudun herhangi bir yerinde oluşan doku zedelenmesi uyarılarının merkezi sinir sistemine transfer edilmesi, ağrının üst merkezlerde algılanıp tepki olarak konulmasını içeren kompleks elektriksel olayların tamamıdır. Bu ağrı türü de nosisepsiyon sürecini içeren kavrama olayı olup periferik nosiseptörlerin aktivasyonlarıyla ilerleyen ve ağrılı uyarana karşı savunma mekanizması oluşturan bir uyarı yöntemidir. Dokulardaki zedelenme neticesiyle oluşan bu ağrı somatik yada visseral kaynaklı olabilir(Yektaş ve Alagöl 2015, On, A.2017, Uyar ve Köken 2017).

2.2.1.3.Deafferantasyon Ağrısı

Deafferantasyon ağrısı, nosiseptif yollar boyunca sinirlere verilen hasar anormal ağrıya neden olduğunda ortaya çıkar. Bu ağrı, periferik sinirlerin, omurilik içinden çıkan yolların, derin serebral yapıların veya serebral hemisferlerin yaralanmasından kaynaklanabilir. Deafferantasyon ağrısı nöropatik ağrıdan farklıdır çünkü periferik bir siniri içermesi gerekmez, ancak merkezi sinir sistemi içindeki

duyu sinirleri kaybindan kaynaklanabilir. Deafferentasyonla ilişkili ağrı, normalden farklı ve uyumsuzdur çünkü ya kendiliğinden ya da zararlı olmayan minimal uyaranlara yanıt olarak ortaya çıkar (Daroff ve Aminoff 2014).

2.2.1.4.Reaktif Ağrı

Nosiseptörlerin sempatik duyu sinirleri veya motor duyu sinirlerinin tepke aktivasyonu ile uyarılması sonucunda ortaya çıkan miyofasyal ağrı modelidir (Aydın 2002).

2.2.1.5.Psikosomatik Ağrı

Psikosomatik ağrı; kişide bulunan fizyolojik hastalığın duygusal ve psikolojik etkenlerden oluştuğunu şeklinde algılanan ağrı türüdür (Aydın 2002, Menkü ve Çoşar 2021).

2.2.2.Süresine Göre Ağrılar:

2.2.2.1.Akut Ağrı

Akut ağrı karakteristik olarak birden başlayan sınırlı ve belli bir süresi olan ağrı tipidir. Herhangi bir yaralanma ya da hastalığın tetiklemesiyle ortaya çıkar. Cerrahi bir işlem sonrası ortaya çıkan hoş olmayan rahatsızlık veren duyu bir çeşit akut ağrıdır ve ameliyat edilen bölgenin kesi tipi ve boyutuyla direkt ilişkilidir ve genellikle cerrahi insizyon bölgesiyle lokalizedir (Aslan E. ve Korkmaz 2021). Aynı zamanda akut ağrı yara iyileşmesi ile orantılı olarak azalır ve kaybolur.

2.2.2.2.Kronik Ağrı

Kronik ağrı, tedavi edilmesine rağmen en az 3 ay süre var olan ve iyileşme sürecinden bağımsız kişiye rahatsızlık veren bir durum olarak tanımlanır. Doku zedelenmesiyle ortaya çıkan ağrılar, sinirlerin ağrı iletim sistemlerinde ortaya çıkan ağrılar ya da kompleks ağrılar kronik ağrı olabilir. Gelişmesine sebep olan mekanizmalar ağrının algılanma sürecini de değiştirir. Kronik ağrı genellikle yaşlı insanlarda daha çok görülmekle beraber yetişkin insanların neredeyse yarısını etkiler. Kronik ağrı bireylerin günlük yaşam aktivitelerini ve işlevselliklerini olumsuz

manada etkileyip yaşam kalitesinde bozulmalara yol açar (Uyar ve Köken 2017, McQuay ve ark. 2018).

2.2.3.Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrılar:

2.2.3.1.Somatik Ağrı

Somatik ağrılar; motor ve duyu sinirlerden kaynaklanıp travmalar, kırık, çıkık ve ameliyat gibi vücut bütünlüğünü bozan durumlar sonucunda ortaya çıkan ağrılardır. Kas iskelet sistemi ve vücut dokularında ağrı reseptörlerinin aktivasyonunda kaynaklanır keskindir ve iyi lokalize edilir. Somatik ağrı genelde postoperatif dönemde insizyon bölgesinde zorlanma, güçlü bir şekilde gerilme gibi etkenlerden dolayı artar. İstirahatle azalır ortadan kalkar (Aydın 2002, Aslan 2020).

2.2.3.2.Visseral Ağrı

İç organlar, yaralanma ya da zarar gördüğü durumlarda ağrılı uyarılarını otonom sisteme ait duyu sinirleri aracılığıyla üst sistemlere taşır. Bunun sonucunda hissedilen ağrı visseral ağrı olarak tanımlanır. Visseral ağrı somatik ağrının aksine anlaşılması güçtür. İç organlardaki yaralanma ya da hasar şeklinde ifade edilse de göğüs bölgesi bunun dışındadır. Daha çok mide, böbrek, safra, idrar kesesi ve bağırsaklar gibi organlardaki sorunlardan ortaya çıkar (Aydın 2002, Aslan 2020).

2.2.3.3.Sempatik Ağrı

Sempatik ağrı; sempatik sinir sistemi aktivasyonlarıyla oluşan ağrıdır. Sempatik ağrının başlaması diğer ağrılardan farklı olarak mevcut primer bir hastalığın bitmesinden sonraki süre içerisinde olur. Öyle ki bu süre günler hatta aylar sürebilir. Hasta birey sempatik ağrıyı tanımlarken vücudunda bir yanma ve üşüme arasında bir şeyler olduğunu belirtir. Dolayısıyla ağrı bölgesinde solukluk ve üşüme gibi belirtiler verir(Aydın 2002, Eti Aslan ve Uslu 2014).

2.3.Ağrı ile İlgili Teoriler

Ağrının gerçek manada geçiş sistemi ve algılanması geçmişten günümüze kadar tartışma konusu olmuştur. Henüz tam olarak bilinmemekle birlikte şu ana

kadar ağrıyla alakalı teoriler öne sürülmüştür. Bu teorilerin bulunmasına psikolojik, nörofizyolojik ve sosyal araştırmalar katkıda bulunmuşlardır. Ancak bu teorilerden hiçbiri genel doğru kabul edilmemiştir. Ağrıyla ilgili teoriler: (Akyol 2008, Chen 2011, Eti Aslan ve Yıldız 2017).

1. Kapı Kontrol Teorisi
2. Spesifite Teorisi
3. Patern Teorisi

2.3.1. Kapı Kontrol Teorisi

Kapı kontrol teorisi 1965 yılında Melzack ve Wall adlı bilim adamları tarafından öne sürülmüştür. Melzack ve Wall' un yaptığı deneysel çalışmalar sonucunda, omuriliğin dorsal bölümlerinde bazı özel sinir hücrelerinin varlığı ortaya çıkmıştır ve bu hücelere T hücreleri yani transmission cells-iletim hücreleri ismini vermişlerdir. Teoriye göre T hücreleri omurilik ağrı kapısının önemli yapı taşlarıdır. Hafif dokunmaya karşı duyarlı kalın miyelinli hücreler ve ağrının iletilmesinden görevli ince, miyelinsiz liflerin T hücreleri üstündeki etkisine göre kapı ya açık kalır yani ağrı beyne ulaşır ve bu sayede hissedilebilir ya kapanır ağrı beyne ulaşamaz ve hissedilemez veya kapı kısmen açık kalır ve ağrı hafif hissedilir(Tulgar ve ark. 1998, Yılmaz ve Ergin, 2006).

2.3.2.Spesifite Teorisi

Bu teoriye göre beyinde ağrı iletimine özel reseptörler bulunur ve bu özel reseptörlerin uyarılması ile ağrı deneyimi yaşanır (Eti Aslan ve Yıldız 2017).

2.3.3.Patern Teorisi

Patern teorisine göre ağrı uyarını taşıyan sinir implusları omuriliğe gelip ağrı duyusunun meydana gelebilmesi için toplanmaya başlarlar. Eğer bu birikim yeterli düzeye ulaşp limiti aşarsa ağrı duyulur. Sinir hücresinin yardımcı kısmı sinirin tekrar uyarılması için sıklıkla uyarılır. Bu olumlu geri bildirim sistemi sayesinde sinir hücresi devamlı deşarj halinde olur (Karanikolas ve Swarm, 2000).

2.4.Ağrı Tedavi Yolları

2.4.1.Ağrıda Farmakolojik Tedavi

Ağrı çeşidi ne olursa olsun bireye rahatsızlık veren onun günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan ve işlevselliğini olumsuz etkileyen bir duydur. Ağrı tedavisi de her bireyin en temel hakkıdır. Ağrı yönetiminde farmakolojik tedavi yaklaşımları ve müdahaleleri gelişmesine rağmen henüz yeterli düzeye ulaşamamıştır. Ağrı yönetiminde farmakolojik yaklaşımlar COX inhibitörleri, opioidler, antidepresanlar, nöroepileptikler, antikonvülsanlar, kortikosteroidler ve lokal anesteziğin sistemik verilmesi olarak sıralanır(Önal 2004, Reisli ve ark. 2021).

2.4.2.Ağrıda Nonfarmakolojik Tedavi Yöntemleri

Ağrı kişiyi fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül olarak etkilediğinden, ağrı tedavisi kişilerin yaşam kalitesinin yükselmesine, günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmelerine ve hastanede kalış sürelerinin kısalmasına neden olur. Ağrı tedavisinde her zaman farmakolojik yöntemler kullanılamaz bu gibi durumlarda farmakolojik olmayan ağrı yöntemlerinin kullanılması tedavinin etkinliğini artırabilir. Farmakolojik olmayan ağrı yöntemlerinin amaçları analjezik ilaçların kullanım oranını düşürerek, hastanın korku, sıkıntı ve kaygılarını azaltmak ve hastaya kontrol duygusunu sağlamaktır. Farmakolojik olmayan tedavi yöntemlerinden hastaya uygun olanına karar verilirken; hastanın yaşı, gelişimsel düzeyi, tıbbi geçmişi ve beklentileri vb. durumlar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu tedavi yöntemlerinin faydaları farmakolojik yöntemlere göre daha ucuz ve güvenli olmalarıdır(Özveren 2011, El Geziry ve ark. 2018).

2.4.2.1.Periferik Teknikler

Analjezi oluşturan deri stimülasyonu; ağrıyı azaltmak veya sonlandırmak amacı ile hastanın derisinin hastaya zarar vermeden uyarılması şeklinde açıklanmaktadır. Bu yöntemin en önemli yararlarından biri; hastaya bakım veren hemşire tarafından basit bir biçimde uygulanabilir olması ve bununla beraber hastaya ve yakınına da öğretilmesidir. Bu yöntemler doğru ve uygun bir biçimde uygulandığında akut ağrının kontrol edilebilmesini sağlamaktadır. Periferik teknikler

arasında: terapötik dokunma, sıcak-soğuk uygulama, masaj, mentol uygulama, TENS(Transkütan Elektiriksel Sinir Stimülasyonu), insizyon yerini destekleme , vibrasyon yer almaktadır.(Özveren, 2011; Kol ve ark., 2012 ,Eşer ve ark. 2008, Brockopp ve ark. 2004).

2.4.2.2. Bilişsel-Davranışsal Teknikler

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), faydasız veya irrasyonel düşünme ve tepki kalıplarını tanımayı, belirlemeyi ve sonrasında hastanın bu kalıplara yararlı veya daha pratik cevaplarla değiştirmesine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Davranış ve duygunun değişmesi için genellikle düşüncenin değiştirilme yolunun benimsense de zaman zaman doğrudan davranışa yönelik müdahalelerle düşünce ve duygunun değişimi sonucuna ulaşılabilir. BDT, psikoterapilerin en hızlısı kabul edilir (Türkçapar, 2018).

2.4.3.Diğer Yöntemler

Ağrı bireyi sadece fiziksel yönden değil psikolojik ve sosyal yönden de olumsuz etkiler. Psikolojik ve sosyal yönden bu olumsuz etkilenme ağrıyı çeken hastanın depresyon, anksiyete bozuklukları ve post travmatik stres bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklara eğilimini artırır. Aslında ağrı ve depresyon arasında çift yönlü bir ilişki olasıdır. Bu yüzden psikiyatrik bir depresif bozukluğun varlığı, ağrının akuttan kroniğe geçmesinde risk etkeni olarak açıklanmıştır. Psikolojik müdahalelerden en yaygın kullanılanları şunlardır: BDT, ACT(Kabul ve Kararlılık Terapisi), rehberli imgelem, farkındalık temelli stres azaltma ve biyofeedbacktir (El Geziry ve ark. 2018). Bunun yanı sıra yapılan literatür taraması sonuçlarına göre ağrıyı yönetmede farklı yöntemler de denenmiş ve olumlu sonuçlar gözlemlenmiştir. Bu yöntemlerden bazıları şunlardır;

Orhan(2020) tarafından yapılan randomize kontrollü deneysel bir araştırmada, çocuk hastalarda kan alma işlemi sırasında sanal gerçeklik gözlüğünün kullanımı, çocukların dikkatlerini farklı bir alana yöneltebildiğinden ağrıyı azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Orhan 2020).Hemşire Joanne Kieffer Helfer tarafından geliştirilen HST (Helfer Skin Tap) tekniği ile enjeksiyon alanına ritmik dokunuşlarla mekanik uyarı sağlanarak ağrı kontrolü sağlanmıştır. Herkes tarafından kolay

uygulanabilen ve zaman almayan ağrı giderici bir yöntemdir (Arora ve Jyoti, 2016; Khanra ve ark., 2018).Nur Kanbur 2021 de yaptığı bir çalışma sonucunda yenidoğanlarda topuk kanı alınma sırasında bebeğe dinletilen kalp sesi, beyaz gürültü (beyaz gürültü; çevreden gelen farklı ve dağınık frekanstaki seslerin bir araya gelmesi ile oluşan monoton devamlı seslerdir) ve müziğin ağrıyı azalttığı sonucuna varılmıştır (Nur Kanbur, 2021, Çakşak, 2017).İntramüsküler enjeksiyonda ağrıyı azaltmak için kullanılan noninvaziv plastik bir araç olan ShotBlocker kullanımı kolay, ekonomik ve ilaç özelliği taşımadığından herhangi bir yan etkisi olmaması sebebiyle her yaş grubuna da uygulanabildiğinden dolayı önerilen nanfarmakolojik bir başka yöntemdir (Çetin ve Çevik, 2019).

2.5. Ağrı ve Hemşirelik

Hemşireler aldıkları eğitim modülü sebebiyle farklı kliniklerde çalışabilmektedirler ve çalıştıkları hemen hemen her klinikte ağrı problemiyle karşılaşır. Bu nedenle hemşireler, ağrının etkili ve doğru yönetilmesinden sorumlu sağlık çalışanlarındandır. Hemşirenin etkin bir şekilde ağrıyı yönetebilmesi için öncelikle doğru bilgi, tutum ve davranışa sahip olması ve beraberinde klinik karar verebilme, değerlendirebilme yetisinin de etkin olması gerekir. Etkin bir ağrı yönetiminde öncelik doğru ağrı değerlendirmesidir. Ancak ağrı değerlendirilmesi kişilerin ağrı algıları ve ağrıya verdikleri yanıtla değişkenlik gösterdiğinden anlaması oldukça güçtür. Ağrı değerlendirmesi ağrı kontrolünün ilk şartı olduğundan hemşirelik bakımının da ana faktörlerinden biridir. Hastayı doğru değerlendirebilmek için ağrısının kontrolünde oldukça etkili yöntemler belirlenmelidir. Bununla beraber ağrı değerlendirilmesinden sonra ağrının kontrol altında tutabilmesi ve hastanın rahatlayıp yaşam kalitesinin yükseltilmesi oldukça önemlidir. Bu hastanede kalış süresini de azaltabilir. Fakat bazı çalışmalar hemşirelerin ağrı değerlendirmesiyle hastaların ağrı düzeyleri arasında önemli derecede farklılıklar olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin kendi tutumları ve ağrıyı hastanın belirttiğinden farklı algılamaları, ağrı yönetimi konusundaki kararlarını etkilemektedir. Bu sebeple ağrı değerlendirmelerinde birtakım eksikliklerinin ve önyargılarının olduğu çalışma sonuçları görülmektedir. Bu bilgiler çerçevesinde hemşirelerin ağrı yönetimine

ilişkin olumlu davranış sergilemelerinin epeyce önemli olduğu göze çarpmaktadır (Namık, 2020).

Ağrının hemşirelik sürecinde; tanımlanması, amaçların belirlenmesi ve etkin bir biçimde yönetilip değerlendirilebilmesi için hemşirelere önemli rol ve sorumluluklar düşmektedir. Hemşire ağrısı olan bireyi ilk olarak ağrının çeşidine göre değerlendirmeli ve ağrı tipini karar vermelidir. Ağrı tipinin; yeri, sıklığı, yayılımı, şiddeti, niteliği, artıran ve azaltan faktörler, hasta bireye göre ağrının tanımlanmasını uygun ağrı ölçekleri yardımıyla belirlemelidir. Belirlenen ağrı tipine uygun amaçlara yönelik hemşirelik girişimleri geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. Uygulanan hemşirelik girişimleri girişimin çeşidine göre uygun zaman aralıklarıyla değerlendirilmeli ve sonuçların amaca uygun olup olmadığına karar verilmelidir. Amaca uygun olmayan sonuçlar için hastadan alınan veriler tekrar gözden geçirilip ve yeni planlamalar yapılmalıdır.

2.5.1. Ağrı ile İlişkili Hemşirelik Tanıları

Hemşirelik tanısı NANDA tarafından geliştirilmiş ve şu şekilde tanımlanmıştır: “kişi, aile, bir grup veya toplum tarafından sağlık durumları yada yaşam süreçlerine verilen yanıt veya bu durumla ilgili klinik bir yargı”. (Basit ve Korkmaz, 2019). NANDA’ nın geliştirmiş olduğu hemşirelik tanıları içerisinde ağrı ile ilişkili olan tanımlar şu şekildedir: (Carpenito M, 2012).

- Akut Ağrı
- Kronik Ağrı
- Anksiyete ve Korku
- Fiziksel Hareketlerde Azalma
- Beden Gereksinimden Az Beslenme
- Etkisiz Başetme
- Uyku Bozukluğu
- Sosyal İzolasyon
- Düşünme Sürecinde Bozulma

2.5.2. Hemşirelik Girişimleri

- Hastanın bilgisizliği azaltılır: Ağrının sebepleri, ne kadar süreceği, artıran ve azaltan faktörler analjezik ilaçların etkileri ve olası yan etkileri hasta bireye ve aile bireylerine açıklanır.
- Ağrılı işlem veya akut ağrı sırasında basit yöntemlerle hastanın dikkati dağıtılarak ağrı düşüncesinden uzaklaşması sağlanır.
- Ağrılı bireyin ağrısının az olduğu zamanlarda uyku ve dinlenmesi sağlanır. Olumsuz çevre faktörleri ses, ışık ve gürültü gibi mümkün olabildiğince azaltılır.
- Hasta ve aileye, sıcak banyo, masaj, sırt ovma, derin nefes alıp- verme gibi gevşeme yöntemleri anlatılır ve cesaretlendirilir.
- Hastaya ağrıyı azaltan soğuk ve sıcak uygulamalar öğretilir ve uygulanması için teşvik edilir.
- Hekimin order ettiği analjezikler hastaya verilir ve sonrasında analjezinin etkileri değerlendirilir.
- Hasta bireye hayal kırıklıkları ve öfkesini mahramiyet içinde ifade etmesi için fırsat verilir ve durumun güçlüğüne hemşire tarafından kabul edildiği bildirilir.
- Kronik ağrının bireyin yaşamı üzerindeki etkileri değerlendirilir (Carpenito M. 2012).

2.6. Bilinçli Farkındalık Kavramı

Farkındalık kavramı Türk Dil Kurumunca “farkında olma/ görülmesi veya bilinmesi gereken şeylerden haberi bulunmak, kavranması gereken bir şeye dikkat etmek” şeklinde tanımlanmaktadır (www.tdk.org) E.T:11.12.2022

Bilinçli farkındalık, bireyin herhangi bir ön yargısı olmadan “şimdi ve burada’ya” odaklanması ve bu durumu kabul etmesi olarak tanımlanmaktadır (Arslan, 2018).

Bilinçli farkındalık kavramı yaşadığımız anın içinde kaybolmayı, bize üzüntü veren duygu ve düşüncelerle özdeşleşmeyi kapsamamaktadır. İnsanlar genellikle olumsuz duygu ve düşünceleri yargılamadan kabul edici bir halden ziyade bu

düşünce ve duygular ile özdeşleşerek daha çok olumsuz tecrübeler yaşamaktadırlar. Bilinçli farkındalıkta ise bu olumsuz duygu ve düşünceler fark edilir ve bununla birlikte onlara mesafeli, kabullenici ve yargılamadan bir duruş sergilenir. Kişi, kendisini olumsuz etkileyen duyguları, düşünceleri anlayabilir ve bundan dolayı da iç gözü kazanabilmektedir (Kınay, 2013). Bilinçli farkındalık, içsel tecrübelerin gözlemlenmesini, dikkatin şimdiki ana odaklanmasını ve bunları yaparken yargılamadan belli bir niyetle kabul etmeyi içeren bir beden ve zihin pratiğidir. Aynı zamanda bilinçli farkındalık; yalnızca şuan içerisinde olanları fark etmekle kalmaz fark edileni karşılama biçimini de görmeyi gerektiren bir kavramdır. Bu sebeple bilinçli farkındalık için algılama ve algılananı da kabul etme yaklaşımı denilebilir. Şöyle ki bireylerin günlük hayattaki yaşantılarından çok onu nasıl algıladıkları ile ilgilidir. Hayata dair algıları etkileyen birden fazla etmen geçmiş ya da gelecekle ilişkili olduğundan, bilinçli farkındalık da ‘bu an’ içinde bulunan en gerçek ve somut an olarak kabul edilmektedir. Kişilerin zor duygu ve durumlar ile karşılaştıklarında geçmişe veya geleceğe gitme eğiliminde olmaları olağandır. Fakat kısa vadede geçmişe veya geleceğe gitme durumu iyi olabilirken bu zamanlarda saplanıp kalmak, bedensel veya düşünsel olarak zamanının büyük kısmını buna harcamak, bu andaki gerçekliği kaçırmak demektir. Bununla beraber bilinçli farkındalık şu iki kavramı: ‘anı yaşamak’ ve ‘an için yaşamak’ birbirinden ayırmaktadır. ‘An için yaşamak’ daha çok mutluluğa ve hazzıya yönelmek, olumsuz hoşıya gitmeyen durumları görmeme eğiliminde olma durumudur. Bilinçli farkındalık ise ‘anı yaşamayı’ yani bu an içinde bulunan hoşıya giden ya da gitmeyen tüm durumları olduğu haliyle yaşayabilmeyi temel almaktadır (Kabat Z. 2005, Kabat Z 2009, Kabat Z, 2013 ve Van den B. ve ark. 2021).

Aslında farkındalık çok eski bir Budist uygulamasıdır ve bilişsel terapiler de kaynağını Budizm’den alır. Bilişsel terapilerde tıpkı Budizm düşüncesi gibi, kişilerin düşüncelerinin nasıl ortaya çıktığını ve belli türdeki istek ve düşüncelerle başa çıkabilmek için zihnin nasıl eğitileceği konusunda yol gösterir (Özyeşil, 2011). Farkındalık uygulamaları ile bilişsel- davranışçı terapiler dikkat düzenleme, üstbiliş, duygu düzenleme konusunda benzer bakış açısına sahiptirler (Çatak ve Ögel, 2010). Son zamanlarda bilinçli farkındalık artan biçimde, sıklıkla davranışsal ve bilişsel

terapilere ek olarak klinik psikolojik alanında da kullanılmaktadır (Cash ve Whittingham, 2010).

2.6.1. Hemşirelikte Bilinçli Farkındalık

Farkındalık hemşirelere neler kazandırır, nasıl yardımcı olur? Günümüzde hemşireler genellikle kendilerini tatminsiz ve stresli hissediyorlar. Travmatik ve stresli bir durum yaşayan bir bireyin eğilimi üzüntü, gerginlik, öfke ve hastalığa yol açabilecek stresin düşüncelerine ve duygularına dalmış olmaktır. Hemşire liderleri personelinin olumsuz duygu ve düşüncelerinin yönlendirilmesin ve bu zor durumları yeniden çerçevelemesine yardımcı olabilmek adına farkındalık programlarını savunabilir (Penque, 2019). Farkındalık, klinik ortamda, hastanın durumunu daha iyi değerlendirilmesine, hemşirenin dikkatinin daha az dağılmasına ve dolayısıyla klinik hata riskinin azalmasına sebep olur. Aynı zamanda sağlık ekibi üyelerinin hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimine de olumlu anlamda katkılar sağlar. Bireylerle iletişimde dikkatli olunması özellikle kriz durumlarında etkili bir iletişimi ve beraberinde etkili klinik sonuçları getirir. Yapılan araştırma sonuçları hemşirelere verilen farkındalık eğitiminin, mesleki tükenmişlik riskini azalttığını ve stresle etkin bir biçimde başa çıkmada etkili olduğunu göstermiştir. Şefkatli ve akıllı bir bakım için: Farkındalığı düzenli farkındalık uygulamaları ile öğrenebilir ve geliştirebilirsiniz. Stresin azalması ve beraberinde tükenmişliğin en aza indirgenebilmesi için farkındalığı kişisel bakım planınıza entegre etmelisiniz. Fazla dikkatli olmak ve olup bitenler karşısında alıcı olmak, meslektaşlarınızla olan ilişkilerinizi, klinik durumları ve en nihayetinde kendinizle ilgili anlayışınızı derinleştirebilir. Bu anlayış ile kendiniz ve hastalarınız için daha şefkatli ve akıllı bir bakım sağlayabilirsiniz. Howland, L. C., & Bauer-Wu, S. (2015) yaptıkları çalışma sonucunda 8 haftalık bir farkındalık eğitimine katılan hemşirelerin, kontrol grubundaki hemşirelere göre gevşeme, farkındalık, dikkat ve gelişmiş aile ilişkilerinin artması ile beraber tükenmişlik semptomlarının önemli oranda azaldığı görülmüştür (Howland, L. ve Bauer-Wu, 2015).

2.7. Psikososyal Bakım Kavramı

Psikososyal bakım kavramı, psikiyatrik ya da fiziksel bir hastalığa, yaralanmaya karşı tepki gösteren ve bunun ile mücadele etmeye çalışan bireye

kapsamlı bir bakım ve tam bir destek sağlamayı içerir. (Çam ve Engin, 2016). Bununla beraber psikososyal bakım hastalıklar sonucunda oluşan krizle baş etmede zorluk çeken hastalara destek veren uygulamalardan oluşur (Aydemir ve Çetin, 2019). Psikososyal bakım süreci bireyin duygusal, ruhsal, sosyal, kültürel ve fiziksel gereksinimlerini belirlemeyi ve karşılamayı içermektedir (Eskiyurt ve Özkan, 2017). Hastane ortamı ve hastaların yaşadığı olumsuz deneyimler hasta bireyleri biyolojik, fiziksel, psikolojik gibi anlamlarda farklı seviyelerde etkileyebilmektedir (Özçetin ve Hiçdurmaz, 2015). Hasta bireylere bütüncül bakımdan uzak bir yaklaşımda bulunulduğunda hastalar ve yakınlarında öfke, anksiyete, ümitsizlik, ölüm korkusu, tedaviye olan inanç kaybı gibi olumsuz problemler oluşabilir. Oluşan bu problemler hem hastaya hem yakınlarına hem de bakım veren ekibe yeni zorluklar ortaya çıkarır. Psikopatolojik tepkiler, hasta bireylerin duygusal ve fizyolojik kaynaklarına ulaşımı güçleştirerek hastalığın ilerlemesine neden olur, tedaviye olan uyumu da kötü etkileyerek hastalığın prognozunu etkiler. Dolayısıyla hastanede kalış süresi, morbidite ve mortalite artar beraberinde yaşam kalitesi de düşer (Gorman, 2014).

2.7.1.Hemşirelikte Psikososyal Bakım

Psikososyal bakımın amacı bireyin genel iyi oluşunu ve psikososyal uyumunu artırmak, hastalık yaşantısını anlamlandırmak, baş etme becerilerini geliştirmek, hasta bireyin umudunu ve yaşam kalitesini artırmaktır(İnan, 2021). Hemşirelerin hastanın fizyolojik ihtiyaçlarının yanında psikososyal ihtiyaçlarının da belirlemesi oldukça önemlidir (Harrad ve ark., 2019; Arslan ve Yazıcı, 2021). Hasta bakımının olumlu yönde gelişim göstermesi, bakım ortamının düzenlenmesi ve psikososyal tepkilerin en aza indirgenebilmesi ile ilişkilidir. Bu durumun sağlanabilmesinde hemşirelerin de önemli bir payı vardır(Arslan ve Yazıcı, 2021).

Hemşirenin psikososyal boyutta bir bakım sunabilmesi, bireyin yaşam deneyiminden anlam bulmasına ve güçlenmesine katkı sağlar. Psikososyal bakımda hemşire, bireyi merkeze alan bir anlayışla, duyarlılık, saygı, bireyin gereksinim ve değerlerini önemseme, hasta birey ve ailesi açısından ulaşılabilir olma, bütüncül ve iyileşmeye odaklanan bir anlayış benimsemelidir. Buna ek olarak hemşire hastanın bakımından önce kendi düşüncelerine, duygularına ve davranışlarına da odaklanabilmeli ve stres/anksiyete düzeyini kontrol altında tutabilmelidir (Walters

2018). Yapılan işlemler hakkında bilgi verilmeli, uyaranlar azaltılarak hasta için rahatlatıcı bir ortam hazırlanmalı, yaşadığı anksiyeteleri anlamaya çalışmalı ve duygularını ifade edebilmesi için teşvik edilmelidir (McCaffrey 2019). Hemşireler hastanın psikososyal bakımını şu soruları sorarak değerlendirmelidir:

Hastanın davranışlarında ve konuşmalarında psikolojik belirti var mı?

Hastanın ne gibi endişeleri var?

Hasta bu durumla nasıl başa çıkıyor? (Yücel 2011).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP), ağrıyı vücudun bir bölümünden kaynaklanan gerçek ya da potansiyel doku hasarı ile ilişkili olan veya olmayan, bireyin yaşamışlıkları ile de ilişkili duygusal, duyusal bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (Çavdar ve Akyüz 2017). Hemşireler, ağrının etkili ve doğru yönetilmesinden sorumlu sağlık çalışanlarındandır. Litaratür bulguları göz önüne alındığında yapılan çalışmalar hemşirelerin ağrı değerlendirmesiyle hastaların ağrı düzeyleri arasında önemli derecede farklılıklar olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin kendi tutumları ve ağrıyı, hastanın belirttiğinden farklı algılamaları, ağrı yönetimi konusundaki kararlarını etkilemektedir Bu bilgiler çerçevesinde hemşirelerin ağrı yönetimine ilişkin olumlu davranış sergilemelerinin epeyce önemli olduğu göze çarpmaktadır (Namık, 2020). Bilinçli farkındalık, bireyin herhangi bir ön yargısı olmadan “şimdi ve burada’ya” odaklanması ve bu durumu kabul etmesi olarak tanımlanmaktadır.(Arslan, 2018). Bilinçli farkındalık için algılama ve algılananı da kabul etme yaklaşımı da denilebilir (Kabat Z, 2013, Kabat Z 2009, Van den B. ve ark. 2021, Kabat Z. 2005). Farkındalık uygulamaları özellikle stresin aktif olduğu durumlarda, dikkatinizi yoğunlaştırma ve gerçekte neler olduğunu fark edebilme yeteneğinizi geliştirebilir. Durumları daha net görebilme ve onları dikkatli bir şekilde fark etme, olaylara tepki vermek yerine düşünerek yanıt vermeye yardımcı olur. Farkındalık uygulamalarının geliştirdiği bu değişimler hemşireler için öz bakım ve hastalar için ise optimal bakım açısından önemlidir(Howland, L. ve Bauer-Wu, 2015).Psikososyal bakım kavramı, psikiyatrik ya da fiziksel bir hastalığa, yaralanmaya karşı tepki gösteren ve bunun ile mücadele etmeye çalışan bireye kapsamlı bir bakım ve tam bir destek sağlamayı içerir. (Çam ve Engin, 2016) Psikososyal bakım süreci bireyin duygusal, ruhsal, sosyal, kültürel ve fiziksel

gereksinimlerini belirlemeyi ve karşılamayı içermektedir (Eskiyurt ve Özkan, 2017). Hemşirenin psikososyal boyutta bir bakım sunabilmesi, bireyin yaşam deneyiminden anlam bulmasına ve güçlenmesine katkı sağlar. Psikososyal bakımda hemşire, bireyi merkeze alan bir anlayışla, duyarlılık, saygı, bireyin gereksinim ve değerlerini önemseme, hasta birey ve ailesi açısından ulaşılabilir olma, bütüncül ve iyileşmeye odaklanan bir anlayış benimsemelidir (Walters,2018). Yapılan literatür taraması sonuçlarında hemşirelerin ağırlı hastaya bakımda bilinçli farkındalık ve psikososyal bakımın kullanıldığı çalışmalara pek rastlanmamıştır. Bu bilgiler ışığında bu çalışmada ağırlı hastaya bakım veren hemşirelerin bilinçli farkındalık ve psikososyal bakım yetkinliklerini ölçmek hedeflenmiştir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, ağırlı hastaya yaklaşımda, hemşirelerin bilinçli farkındalığı, psikososyal bakım yetkinliğinin rolü ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, çalışmakta olduğu kurumun çeşidi, çalışmakta olduğu birim, çalışma şekli, meslekte çalışma yılı ve çalışılan birim, Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi puanı Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları

Bağımlı değişkenler; Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puanı,

3.2. Araştırmanın Verilerin Elde Edilme Süreci

Araştırma verileri Nisan 2022 -Haziran 2023 tarihleri arasında https://docs.google.com/forms/d/105LFN0LirVOVovM71jm0nT28eulfAT0VTd7q3GSIN0/edit?usp=forms_home&ths=true linki'nin Whattsap, instangram, facebook, Messenger sosyal iletişim ağlarında paylaşılması ile elde edildi.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ağırlı hastaya bakım veren hemşireler oluşturmaktadır. Araştırmada “G. Power-3.1.9.2” programı kullanılarak, %95 güven düzeyinde örneklem büyüklüğü hesaplandı. Analiz sonucunda $\alpha=0.05$ düzeyinde, standardize etki büyüklüğü daha önce yapılan çalışmalar baz alındığında 0.3215 olarak bulundu ve 0.95 teorik power ile minimum örneklem sayısı 128 olarak hesaplandı. Araştırmaya katılan 205 hemşireden 1 tanesi gönüllülük seçeneğinde “ HAYIR” seçeneğini işaretlediği için örneklemden çıkarıldığından araştırmanın örneklemi 204 hemşire oluşturdu.

Örneklem Seçim Kriterleri:

- Ağrılı hastaya bakım veren hemşire olmak
- İletişim engeli olmamak

Örneklem Dışlama Kriterleri:

- Ağrılı hastaya bakım vermemek
- İletişim engeli olmak

Örneklemden Çıkarma Kriterleri:

- Verilerin eksik doldurulması
- Verilerin rastgele cevaplanmış olması (Örn: hep aynı seçeneğin işaretlenmiş olması)

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Bilgi Formu

Araştırmacıların ilgili literatür incelemesi doğrultusunda hazırladığı katılımcıların yaş,

cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışmakta olduğu kurumun çeşidi, çalışmakta olduğu birim, çalışma şekli ve çalışma yılı gibi sorulardan oluşan bir tanesi açık uçlu 7 tanesi çoktan seçmeli olmak üzere 8 soruluk formdur (Özyeşil ve ark.2011, Karataş ve Kelleci ve Kelleci,2021).

3.4.2. Bilinçli Farkındalık Ölçeği

BİFÖ orijinal adıyla The Mindful Attention Awareness Scale-MAAS Brown ve Ryan tarafından 2003' te geliştirilmiştir. Ölçek 15 maddeden oluşan, bireyin günlük yaşamındaki dikkati ve şimdiki zaman farkındalığını ölçer. Ölçek bir bileşenli yapıdadır yani tek bir toplam puan verir. 6 aşamalı likert tipi bir ölçektir. Ölçek toplam puanı ve bilinçli farkındalık arasında doğru orantılı bir ilişki vardır. Alınan yüksek puanlar yüksek bilinçli farkındalığa sahip olduğunu gösterir. Ölçeği Türkçe' ye Özyeşil ve arkadaşları 2011'de Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BİFÖ) adı altında uyarlamıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.82 ve test-

tekrar test korelasyon 0.81 olarak hesaplanmıştır (Brown ve Rayn 2003, Özyeşil ve ark. 2011)

3.4.3. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği

Genel kliniklerde çalışan hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirilmelerine yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek amacıyla 2020 yılında Karataş ve Kelleci tarafından geliştirilmiştir. Geçerli ve güvenilir 18 maddeden oluşan ve “semptom tanımlama”, “bilgiyi kullanma”, “müdahale” ve “tanılama” olarak adlandırılan dört boyutlu ölçek 5’li likert tipindedir. Ölçekte yer alan her bir ifade “Beni hiç tanımlamıyor” (1 puan), “Beni biraz tanımlıyor” (2 puan), “Kararsızım” (3 puan), “Beni iyi tanımlıyor” (4 puan), “Beni çok iyi tanımlıyor” (5 puan) şeklinde değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenirliği için madde, iç tutarlılık, test tekrar test analizleri kullanılmış ve iç tutarlılık kat sayısının 0.93 ve alt boyutlarının 0.80 - 0.93 arasında olduğu saptanmıştır (Karataş ve Kelleci 2020).

Ölçeklere Dair Güvenirlik Kat Sayıları

Tablo 1: Ölçekler ve Alt Boyutlara Ait Güvenirlik Katsayıları

	İfade Sayısı	Güvenirlik
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	15	0,883
Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği	18	0,948
Semptom Tanımlama Ölçeği	5	0,904
Bilgiyi Kullanma Ölçeği	5	0,904
Müdahale Ölçeği	4	0,774
Tanımlama Ölçeği	4	0,818

Ölçeklere ait güvenirlik katsayılarının 0,529-0,948 arasında değişkenlik gösterdiği (Tablo 1). Ölçeklerin yeterli güvenirliğe sahip olduğu görüldü.

3.4.4.Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi:

Hemşirelerin ağrılı hastalara yönelik ağrı yönetimi konusundaki bilgi ve davranışlarını incelemek üzere Ferrel ve McCaffery (2008) tarafından geliştirilip Özer ve arkadaşları (2006) tarafından Türkçe'ye çevirilen 16 soruluk anket soruları kullanıldı. Doğru/ yanlış şeklinde yanıtlanan soruları içermektedir. Ağrı bilgi ve davranışları anketinde yer alan sorulara doğru yanıt için 1, yanlış yanıt için 0 puan verilerek bilgi ve davranış toplam puanı elde edilmektedir. Bu doğrultuda 5.9200'dan az puan düşük, 5.9201-11.3800 puan aralığı orta, 11.3801 ve üzerindeki puan yüksek bilgi ve davranış skoru olarak yorumlanmaktadır (Ferrel ve McCaffery, 2008, Özer ve arkadaşları, 2006).

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS-27 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyo-demografik sorular için frekans tablosu oluşturulmuştur. Değişkenlerin grup ortalamalarındaki farklılıkları görebilmek için 2 gruplu değişkenlerde bağımsız örneklem t-test, 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde One-Way ANOVA Analizi uygulanmıştır. Parametrik testler için yeterli gözlem sayısı olmadığında 3 ve daha fazla gruplu değişkenlerde non-parametrik Kruskal Wallis-H analizi uygulanmıştır. Ölçeklerin birbirleri arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü tespit edebilmek için pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken üzerindeki etkisini görmek için doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Analizler alfa=0,05 seviyesinde uygulanmıştır.

3.6. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları

Araştırmanın Genellenebilirliği:

- Araştırmalara online katılma tutumu sergileyen, ağrılı hastaya bakım veren hemşirelere genellenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları:

- Araştırmaya online katılan, ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerle sınırlıdır.

- Araştırma ağırlı hastaya bakım veren hemşirelerin online ortamda Bilgi Formu, Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği, Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Soru Formu'na verilen cevaplardan elde edilen bulgularla sınırlıdır.
- Hemşireler; iş yoğunluğunda vakit kaybı, araştırmalardan geri bildirim alamamaları, soru sayısını fazla bulmaları, çok fazla online çalışmaya katılımcı olarak davet edilmeleri gibi nedenlerle çalışmaya katılmaya istekli olmadıklarını sözel ve yazılı mesaj yoluyla belirtmişlerdir. Bu nedenlere bağlı olarak araştırmanın veri toplama süreci yeterli katılımcıya ulaşabilmek “amacıyla 1 yıl sürdü.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

- T.C. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı (Ek 1)
- Bilgi Formu (Ek 2)
- Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi (Ek 3)
- Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Ek 4)
- Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği (Ek 5)
- Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketinin kullanım izni (Ek 6)
- Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin kullanım izni (Ek 7)
- Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin kullanım izni (Ek 8)
- Bilgilendirilmiş Onam Formu (Ek 9)

4. BULGULAR

Bu bölümde;

1. Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin bireysel faktörleri ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi puanının karşılaştırılması ile ilgili bulgular,
2. Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin bireysel faktörleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği toplam puanının karşılaştırılması ile ilgili bulgular
3. Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin bireysel faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği toplam puanının ve alt boyutlarının puan karşılaştırmalarına ait ilgili bulgular,
4. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Dağılımları ile ilgili bulgular,
5. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeklerinin ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması ile ilgili bulgular,
6. Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği toplam puanının Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği toplam puanı üzerindeki yordayıcı rolüne ait bulgular sunuldu.

4.1 Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Dağılımları ile İlgili Bulgular

Tablo 2: Veri Toplama Araçlarının Çarpıklık Basıklık Dağılımı

Ölçekler	Min	Max	Ort.	SS	Çarpıklık	Basıklık
Bilinçli Farkındalık	15,00	88,00	56,83	12,09	-0,034	0,363
Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme	18,00	90,00	65,05	12,43	-0,818	0,739
Semptom Tanımlama	5,00	25,00	18,20	4,02	-0,790	0,158
Bilgiyi Kullanma	5,00	25,00	19,07	4,12	-0,972	0,732
Müdahale	4,00	20,00	13,92	2,93	-0,600	0,488
Tanımlama	4,00	20,00	13,85	2,93	-0,476	-0,081
Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi	0,00	12,00	5,29	2,51	0,190	-0,469

Tablo 2’de sunulan veri toplama araçlarının çarpıklık ve basıklık değerlerinin kabul edilen ± 2 değerleri arasında (George ve Mallery, 2010) olması nedeniyle dağılımın normal olduğu tespit edildi. Katılımcıların Bilinçli Farkındalık Ölçeği puan ortalaması 56,83, standart sapması 12,09, çarpıklık değeri -0,034 ve basıklık değeri 0,363 olarak bulunmuştur. Katılımcıların Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması 65,05, standart sapması 12,43 çarpıklık değeri -0,818 ve basıklık değeri 0,739 olarak bulunmuştur. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme alt boyut ölçeklerinde ise Semptom Tanımlama Ölçeği puan ortalaması 18,20, Bilgiyi Kullanma Ölçeği puan ortalaması 19,07, Müdahale Ölçeği puan ortalaması 13,92 ve Tanımlama Ölçeği puan ortalaması 13,85 olarak bulundu. Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi puan ortalaması 5,29, standart sapması 2,51, çarpıklık değeri 0,190 ve basıklık değeri -0,469 bulundu.

4.2. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi Puanının Karşılaştırılması

Tablo 3: Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Puanının Karşılaştırılması

Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi		n	%	Ort.	Median	SS	t/F/KW	p
Yaş	24 Yaş ve Altı	29	14,2	5,24	5,00	2,27	KW:4,774	0,092
	24-35 Arası	144	70,6	5,49	5,00	2,63		
	35 Yaş ve Üzeri	31	15,2	4,45	4,00	1,98		
Cinsiyet	Kadın	139	68,1	5,40		2,36	t:0,862	0,390
	Erkek	65	31,9	5,07		2,81		
Eğitim Durumu	Lise (1)	27	13,2	3,81	3,00	2,07	KW:12,521	0,002* 2>1;3>1
	Lisans (2)	130	63,7	5,40	5,00	2,45		
	Yüksek Lisans ve Üstü (3)	47	23,1	5,87	6,00	2,62		
Çalışma Yılı	0-5 Yıl	136	66,7	5,39	5,00	2,58	KW:2,128	0,345
	6-10 Yıl	26	12,7	5,57	6,00	2,73		
	11 Yıl ve Üzeri	42	20,6	4,80	4,00	2,09		
Çalışmakta Olduğu Kurumun Çeşidi	ASM-Aile Sağlığı Merkezi	7	3,4	5,57	5,00	2,76	KW:0,906	0,824
	Devlet/Şehir Hastanesi	121	59,3	5,28	5,00	2,47		
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	67	32,8	5,40	6,00	2,63		
	Özel Hastane	9	4,4	4,55	4,00	2,29		
Çalışılan Birim	Acil Servis	43	21,1	4,83	5,00	2,13	KW:9,146	0,166
	Cerrahi/ Dahili Servisler	65	31,9	5,43	5,00	2,69		
	Psikiyatri Servisi	11	5,4	4,90	6,00	3,26		
	Kadın Doğum Servisi	7	3,4	5,71	7,00	1,70		
	Yoğun Bakım Servisi	38	18,6	6,28	7,00	2,62		
	Ameliyathane	27	13,2	4,66	5,00	2,07		
	Pediyatri Servisleri	13	6,4	4,69	5,00	2,39		
Medeni Durum	Evli	77	37,7	4,97		2,31	t:-1,441	0,151
	Bekar	127	62,3	5,49		2,61		
Çalışma Şekli	Nöbet	136	66,7	5,38		2,51	t:0,727	0,468
	Mesai	68	33,3	5,11		2,52		

Araştırmaya katılanların tanımlayıcı bilgileri Tablo 3’de belirtildi. Katılımcıların %70,6’sı 24-35 yaş arası, %15,2’si 35 yaş ve üzeri, %14,2’sinin 24 yaş

ve altı olduğu görüldü. Katılımcıların %68,1'inin kadın, %31,9'unun erkek olduğu görüldü. Katılımcıların %63,7'sinin lisans mezunu, %23,1'nin yüksek lisans ve üstü mezunu, %13,2'sinin lise mezunu olduğu görüldü. Katılımcıların %66,7'si 0-5 yıl arası, %20,6'sı 11 yıl ve üzeri, %12,7'si 6-10 yıl deneyime sahip olduğu görüldü. Katılımcıların %59,3'ü devlet/şehir hastanesinde, %32,8'i eğitim ve araştırma hastanesinde, %4,4'ü özel hastanede, %3,4'ü aile sağlığı merkezinde çalıştığı görüldü. Katılımcıların %31,9'u cerrahi/dahili servislerde, %21,1'i acil servislerde, %18,6'sı yetişkin/yeni doğan yoğun bakım servisinde, %13,2'si ameliyathanede, %6,4'ü pediatri servislerinde, %5,4'ü psikiyatri servisinde, %3,4'ü kadın doğum servisinde çalıştığı görüldü. Katılımcıların %62,3'ü bekar, %37,7'si evli olduğu görüldü. Katılımcıların %66,7'si nöbet, %33,3'ü mesai usulü çalıştığı görüldü.

Araştırmaya katılan hemşirelerde, yaşa göre (KW:4,774; p:0,092), cinsiyete göre (t:0,862; p:0,390), çalışma yılına göre (KW:2,128; p:0,345), çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre (KW:0,906; p:0,824), çalışılan birime göre (KW:9,146; p:0,166), medeni duruma göre (t:-1,441; p:0,151), çalışma şekline göre (t:0,727; p:0,468) ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranışları anketi puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. (KW:12,521; p:0,002). Ancak bireysel faktörlerden eğitim durumuna göre; ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranış anketi puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görüldü (KW:12,521; p:0,002). Çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre lisans ve yüksek lisansüstü mezunlarının ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranışları anketi puanı lise mezunlarından daha yüksektir.

Tablo 3'e göre Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi (ort:5,29 SS:2,51) skoru 5,92'den küçük olduğundan düşük bilgi ve davranış skoru olarak değerlendirilmiştir. (Ferrel ve McCaffery, 2008, Özer ve ark. 2006).

4.3. Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması

Tablo 4: Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması

Bilinçli Farkındalık Ölçeği		N	Ort.	Median	SS	t/F/KW	p
Yaş	24 Yaş ve Altı	29	59,58	59,00	12,35	KW:2,405	0,300
	24-35 Arası	144	56,54	57,00	11,81		
	35 Yaş ve Üzeri	31	55,58	57,00	13,19		
Cinsiyet	Kadın	139	56,30		11,39	t:-0,917	0,360
	Erkek	65	57,96		13,50		
Eğitim Durumu	Lise	27	57,62	58,00	14,26	KW:0,459	0,795
	Lisans	130	57,05	57,5	11,27		
	Yüksek Lisans ve Üstü	47	55,76	57,00	13,14		
Çalışma Yılı	0-5 Yıl	136	57,92	58,00	11,84	KW:2,649	0,266
	6-10 Yıl	26	54,46	56,00	13,67		
	11 Yıl ve Üzeri	42	54,76	54,50	11,71		
Çalışmakta Olduğu Kurumun Çeşidi	ASM-Aile Sağlığı Merkezi	7	54,57	48,00	10,17	KW:3,293	0,349
	Devlet/Şehir Hastanesi	121	58,00	59,00	11,89		
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	67	55,67	55,00	12,74		
	Özel Hastane	9	51,44	54,00	10,26		
Çalışılan Birim	Acil Servis	43	56,13	57,00	9,23	KW:10,176	0,117
	Cerrahi/ Dahili Servisler	65	55,20	55,00	11,58		
	Psikiyatri Servisi	11	56,81	59,00	10,42		
	Kadın Doğum Servisi	7	49,42	49,00	10,93		
	Yetişkin / Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi	38	57,78	55,00	14,78		
	Ameliyathane	27	58,59	60,00	12,71		
	Pediyatri Servisleri	13	64,84	65,00	12,65		
Medeni Durum	Evli	77	55,88		11,55	t:-0,873	0,384
	Bekar	127	57,40		12,42		
Çalışma Şekli	Nöbet	136	57,44		12,23	t:1,027	0,306
	Mesai	68	55,60		11,82		

* $p < 0,05$; KW: Kruskalwallis; F: Anova; t: T testi

Hemşirelerin yaşına göre: (KW:2,405; p:0,300), cinsiyetine göre: (t:-0,917; p:0,360), eğitim durumuna göre: (KW:0,459; p:0,795), çalışma yılına göre: (KW:2,649; p:0,266), çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre: (KW:3,293; p:0,349), çalışılan birime göre: (KW:10,176; p:0,117), medeni duruma göre: (t:-0,873; p:0,384) ve çalışma şekline göre : (t:1,027; p:0,306) Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

4.4. Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanının ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 5: Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği		N	Ort.	Median	SS	t/F/KW	p
Yaş	24 Yaş ve Altı	29	65,79	67,00	12,23	KW:0,664	0,717
	24-35 Arası	144	64,56	67,00	12,51		
	35 Yaş ve Üzeri	31	66,67	70,00	12,45		
Cinsiyet	Kadın	139	65,97		12,13	t:1,538	0,126
	Erkek	65	63,10		12,93		
Eğitim Durumu	Lise	27	67,29	72,00	13,59	KW:3,170	0,212
	Lisans	130	64,10	65,00	11,88		
	Yüksek Lisans ve Üstü	47	66,42	70,00	13,19		
Çalışma Yılı	0-5 Yıl	136	64,10	65,00	12,15	KW:2,561	0,278
	6-10 Yıl	26	65,61	71,00	15,06		
	11 Yıl ve Üzeri	42	67,80	69,50	11,39		
Çalışmakta Olduğu Kurumun Çeşidi	ASM-Aile Sağlığı Merkezi	7	66,28	71,00	6,65	KW:3,022	0,388
	Devlet/Şehir Hastanesi	121	66,07	69,00	12,16		
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	67	62,86	64,00	13,08		
	Özel Hastane	9	66,77	72,00	14,11		
Çalışılan Birim	Acil Servis	43	64,09	66,00	11,05	KW:2,903	0,821
	Cerrahi/ Dahili Servisler	65	64,04	66,00	13,95		
	Psikiyatri Servisi	11	65,90	72,00	13,04		
	Kadın Doğum Servisi	7	66,28	69,00	12,78		
	Yetişkin / Yenidoğan Yoğun Bakım Servisi	38	65,55	69,50	11,92		
	Ameliyathane	27	65,62	69,00	12,94		
	Pediyatri Servisleri	13	69,30	71,00	9,64		
Medeni Durum	Evli	77	67,05		11,66	t:1,792	0,075
	Bekar	127	63,85		12,76		
Çalışma Şekli	Nöbet	136	64,42		12,46	t:-1,027	0,305
	Mesai	68	66,32		12,36		

* $p < 0,05$; KW: Kruskalwallis; F: Anova; t: T test

Hemşirelerin yaşına göre: (KW:0,664; p :0,717), cinsiyetine göre: (t:1,538; p :0,126), eğitim durumuna göre: (KW:3,107; p :0,212), çalışma yılına göre:

(KW:2,561; p:0,278), çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre: (KW:3,022; p:0,388), çalışılan birime göre: (KW:2,903; p:0,821), medeni duruma göre: (t:1,792; p:0,075), çalışma şekline göre: (t:-1,027; p:0,305) Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü.

4.4.1. Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Semptom Tanımlama Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması

Tablo 6: Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Semptom Tanımlama Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması

Semptom Tanımlama		N	Ort.	Median	SS	t/F/KW	P
Yaş	24 Yaş ve Altı	29	18,00	20,00	3,75	KW:0,098	0,952
	24-35 Arası	144	18,25	20,00	3,98		
	35 Yaş ve Üzeri	31	18,19	20,00	4,57		
Cinsiyet	Kadın	139	18,58		3,89	t:2,006	0,046*
	Erkek	65	17,38		4,20		
Eğitim Durumu	Lise	27	18,29	20,00	3,88	KW:2,473	0,290
	Lisans	130	17,96	19,50	4,02		
	Yüksek Lisans ve Üstü	47	18,82	20,00	4,14		
Çalışma Yılı	0-5 Yıl	136	18,08	20,00	3,94	KW:0,491	0,782
	6-10 Yıl	26	18,15	20,00	4,23		
	11 Yıl ve Üzeri	42	18,61	20,00	4,24		
Çalışmakta Olduğu Kurumun Çeşidi	ASM	7	19,42	20,00	0,97	KW:2,848	0,416
	Devlet/Şehir Hastanesi	121	18,52	20,00	4,03		
	Eğ. ve Araş. Hastanesi	67	17,61	20,00	4,09		
	Özel Hastane	9	17,33	17,00	4,69		
Çalışılan Birim	Acil Servis	43	17,95	19,00	3,92	KW:6,954	0,325
	Cerrahi/ Dahili Servisler	65	18,16	20,00	4,43		
	Psikiyatri Servisi	11	19,00	20,00	4,38		
	Kadın Doğum Servisi	7	19,42	19,00	3,30		
	Yoğun Bakım Servisi	38	18,55	20,00	3,10		
	Ameliyathane	27	17,00	18,00	4,58		
	Pediyatri Servisleri	13	19,38	20,00	3,50		
Medeni Durum	Evli	77	18,68		4,19	t:1,335	0,184
	Bekar	127	17,91		3,90		
Çalışma Şekli	Nöbet	136	18,14		4,01	t:-0,294	0,769
	Mesai	68	18,32		4,08		

*p<0,05; KW: Kruskalwallis; F:Anova; t:T testi

Katılımcıların yaşı (KW:0,098; p:0,952), eğitim durumu (KW:2,473; p:0,290), çalışma yılı (KW:0,491; p:0,782), çalışmakta olduğu kurumun çeşidi (KW:2,848; p:0,416), çalışılan birim (KW:6,954; p:0,325), medeni durum (t:1,335;

p:0,184), çalışma şekli (t:-0,294; p:0,769)'ne göre semptom tanımlama ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Cinsiyete göre Semptom Tanımlama Ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görüldü (t:2,006; p:0,046). Kadınların Semptom Tanımlama puanı erkeklere göre daha yüksek bulundu.

4.4.2. Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Bilgiyi Kullanma Alt Boyutu Toplam Puanının Karşılaştırılması

Tablo 7: Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirmenin Ölçeği Bilgiyi Kullanma Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması

Bilgiyi Kullanma		N	Ort.	Median	SS	t/F/KW	p
Yaş	24 Yaş ve Altı	29	19,24	20,00	3,96	KW:1,123	0,570
	24-35 Arası	144	18,89	20,00	4,15		
	35 Yaş ve Üzeri	31	19,74	20,00	4,17		
Cinsiyet	Kadın	139	19,56		3,95	t:2,501	0,013*
	Erkek	65	18,03		4,31		
Eğitim Durumu	Lise	27	19,40	20,00	4,55	KW:0,963	0,707
	Lisans	130	18,99	20,00	3,90		
	Yüksek Lisans ve Üstü	47	19,10	20,00	4,53		
Çalışma Yılı	0-5 Yıl	136	18,70	20,00	4,04	KW:4,380	0,112
	6-10 Yıl	26	18,96	20,00	5,02		
	11 Yıl ve Üzeri	42	20,33	20,00	3,59		
Çalışmakta Olduğu Kurumun Çeşidi	ASM-	7	19,28	20,00	1,49	KW:3,992	0,262
	Devlet/Şehir Hastanesi	121	19,47	20,00	4,10		
	Eğ. ve Araş. Hastanesi	67	18,20	20,00	4,28		
	Özel Hastane	9	19,88	20,00	4,07		
Çalışılan Birim	Acil Servis	43	18,86	20,00	3,91	KW:3,088	0,798
	Cerrahi/ Dahili Servisler	65	18,80	20,00	4,52		
	Psikiyatri Servisi	11	18,36	20,00	4,34		
	Kadın Doğum Servisi	7	19,42	20,00	3,77		
	Yoğun Bakım Servisi	38	18,73	20,00	4,25		
	Ameliyathane	27	19,96	20,00	3,81		
	Pediyatri Servisleri	13	20,69	20,00	2,86		
Medeni Durum	Evli	77	19,67		3,72	t:1,690	0,093
	Bekar	127	18,70		4,32		
Çalışma Şekli	Nöbet	136	18,86		4,16	t:-1,008	0,315
	Mesai	68	19,48		4,03		

*p<0,05; KW: Kruskalwallis; F:Anova; t:T testi

Katılımcıların yaşı (KW:1,123; p:0,570), eğitim durumu (KW:0,693; p:0,707), çalışma yılı (KW:4,380; p:0,112), çalışmakta olduğu kurumun çeşidi (KW:3,992; p:0,262), çalışmakta olduğu kurumun çeşidi (KW:3,992; p:0,262), medeni durum (t:1,690; p:0,093), çalışma şekli (t:-1,008; p:0,315) 'ne göre Bilgiyi Kullanma ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Cinsiyete göre ise Bilgiyi Kullanma Ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görüldü (t:2,501; p:0,013). Kadınların bilgiyi kullanma puanı erkeklere göre daha yüksek bulundu.



4.4.3. Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Müdahale Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması

Tablo 8: Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Müdahale Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması

Müdahale		N	Ort.	Median	SS	t/F/KW	p
Yaş	24 Yaş ve Altı	29	13,93	15,00	3,01	KW:1,141	0,565
	24-35 Arası	144	13,78	14,00	2,95		
	35 Yaş ve Üzeri	31	14,54	15,00	2,76		
Cinsiyet	Kadın	139	13,84		2,96	t:-0,568	0,571
	Erkek	65	14,09		2,87		
Eğitim Durumu	Lise (1)	27	15,03	16,00	3,09	KW:7,281	0,026* 1>2
	Lisans (2)	130	13,53	14,00	2,90		
	Yüksek Lisans ve Üstü (3)	47	14,34	15,00	2,74		
Çalışma Yılı	0-5 Yıl	136	13,61	14,00	2,89	KW:5,121	0,077
	6-10 Yıl	26	14,53	15,00	3,51		
	11 Yıl ve Üzeri	42	14,54	14,50	2,56		
Çalışmakta Olduğu Kurumun Çeşidi	ASM	7	14,00	16,00	2,51	KW:1,832	0,608
	Devlet/Şehir Hastanesi	121	14,10	15,00	2,80		
	Eğ. ve Araş. Hastanesi	67	13,49	14,00	3,17		
	Özel Hastane	9	14,55	16,00	3,20		
Çalışılan Birim	Acil Servis	43	13,69	14,00	2,59	KW:6,211	0,400
	Cerrahi/ Dahili Servisler	65	13,43	14,00	3,21		
	Psikiyatri Servisi	11	14,54	15,00	1,91		
	Kadın Doğum Servisi	7	13,71	15,00	3,68		
	Yoğun Bakım Servisi	38	14,10	15,00	2,96		
	Ameliyathane	27	14,70	16,00	3,19		
	Pediyatri Servisleri	13	14,53	15,00	1,98		
Medeni Durum	Evli	77	14,40		2,79	t:1,834	0,068
	Bekar	127	13,62		2,98		
Çalışma Şekli	Nöbet	136	13,72		2,99	t:-1,336	0,183
	Mesai	68	14,30		2,78		

* $p < 0,05$; KW: Kruskalwallis; F: Anova; t: T testi

Katılımcıların yaşına göre (KW:1,141; $p > 0,565$), cinsiyete göre (t:-0,568; $p > 0,571$), çalışma şekline göre (t:-1,336; $p > 0,183$), çalışma yılına göre (KW:5,121;

p:0,077), çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre (KW:1,832; p:0,608), çalışılan birime göre Müdahale Ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:6,211; p:0,400), medeni duruma göre (t:1,834; p:0,068) müdahale ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Eğitim durumuna göre ise müdahale ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görüldü (KW:7,281; p:0,026). Çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre lise mezunlarının Müdahale puanı lisans mezunlarından daha yüksektir.

4.4.4. Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Tanılama Alt Boyutu Toplam Puanının Karşılaştırılması

Tablo 9: Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin Tanılama Alt Boyut Toplam Puanının Karşılaştırılması

Tanılama		N	Ort.	Median	SS	t/F/KW	P
Yaş	24 Yaş ve Altı	29	14,62	15,00	2,88	KW:3,029	0,220
	24-35 Arası	144	13,63	14,00	2,93		
	35 Yaş ve Üzeri	31	14,19	15,00	2,90		
Cinsiyet	Kadın	139	13,97		2,81	t:0,857	0,392
	Erkek	65	13,60		3,17		
Eğitim Durumu	Lise	27	14,55	16,00	3,25	KW:4,064	0,131
	Lisans	130	13,60	14,00	2,77		
	Yüksek Lisans ve Üstü	47	14,14	15,00	3,15		
Çalışma Yılı	0-5 Yıl	136	13,69	14,00	2,89	KW:1,415	0,493
	6-10 Yıl	26	13,96	15,00	3,52		
	11 Yıl ve Üzeri	42	14,30	15,00	2,67		
Çalışmakta Olduğu Kurumun Çeşidi	ASM	7	13,57	15,00	2,63	KW:2,008	0,571
	Devlet/Şehir Hastanesi	121	13,95	14,00	2,87		
	Eğ. ve Araş. Hastanesi	67	13,55	13,00	3,00		
	Özel Hastane	9	15,00	16,00	3,57		
Çalışılan Birim	Acil Servis	43	13,58	14,00	2,55	KW:3,628	0,727
	Cerrahi/ Dahili Servisler	65	13,64	14,00	3,13		
	Psikiyatri Servisi	11	14,00	16,00	3,25		
	Kadın Doğum Servisi	7	13,71	14,00	3,03		
	Yoğun Bakım Servisi	38	14,15	15,00	2,79		
	Ameliyathane	27	13,96	14,00	3,35		
	Pediyatri Servisleri	13	14,69	15,00	2,62		
Medeni Durum	Evli	77	14,28		2,83	t:1,628	0,105
	Bekar	127	13,59		2,97		
Çalışma Şekli	Nöbet	136	13,68		2,91	t:-1,199	0,232
	Mesai	68	14,20		2,96		

*p<0,05; KW: Kruskalwallis; F:Anova; t:T testi

Yaşa göre (KW:3,029; p:0,220), cinsiyete göre (t:0,857; p:0,392), eğitim durumuna göre (KW:4,064; p:0,131), çalışma yılına göre (KW:1,415; p:0,493), çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre (KW:2,008; p:0,571), çalışılan birime göre (KW:3,628; p:0,727), medeni duruma göre (t:1,628; p:0,105) ve çalışma şekline göre (t:-1,199; p:0,232) tanılama ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü.

4.5. Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeklerinin ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 10: Bilinçli Farkındalık, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeklerinin ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketinin Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7
1.Bilinçli Farkındalık Ölçeği	-						
2.Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği	0,259**	-					
3.Semptom Tanımlama Ölçeği	0,221**	0,890**	-				
4. Bilgiyi Kullanma Ölçeği	0,258**	0,888**	0,693**	-			
5. Müdahale Ölçeği	0,214**	0,842**	0,633**	0,654**	-		
6. Tanılama Ölçeği	0,218**	0,925**	0,788**	0,753**	0,780**	-	
7. Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi	0,125	0,026	0,058	-0,018	0,007	0,050	-

*p<0.05; **p<0.01;

Korelasyon analizleri ile iki ya da daha fazla değişken arasındaki korelasyon incelenerek, veri setleri arasındaki ilişkinin gücü incelenmektedir. r değerinin $-1 < r < 1$ aralığındadır ve r değerinin 0'a yaklaşması değişkenler arasında zayıf ilişkinin varlığını göstermektedir. 2 değişken arasında anlamlı yönde güçlü bir ilişkinin olması r değerinin 0.8'den büyük olması ile açıklanmakta, r değerinin 0.5'den küçük olması ise değişkenler arasında zayıf ilişkinin olması ile açıklanmaktadır. Eğer her iki değişken birlikte artış gösterirse aralarında pozitif, eğer değişkenlerden bir artıyor biri azalıyor ise aralarında negatif yönlü ilişki olduğu bilinmektedir (Keskin ve

Özsoy,2004; Özkan 2019; https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/62029/mod_resource/content/0/4.%20hafta.pdf Erişim Tarihi:19.06.2022).

Tablo 10 'da belirtilen korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=,259$, $p<0,001$), Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Semptom Tanımlama arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,221$, $p<0,002$), Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Bilgiyi Kullanma arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,258$, $p<0,001$), Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Müdahale arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,214$, $p<0,002$), Bilinçli Farkındalık Ölçeği ile Tanılama arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,218$, $p<0,002$), Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ile Semptom Tanımlama arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,890$, $p<0,001$), Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ile Bilgiyi Kullanma arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,888$, $p<0,001$), Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ile Müdahale arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,842$, $p<0,001$), Psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ile Tanılama arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,925$, $p<0,001$), Semptom Tanımlama ile Bilgiyi Kullanma arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,693$, $p<0,001$), Semptom Tanımlama ile Müdahale arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,633$, $p<0,001$), Semptom Tanımlama ile Tanılama arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,788$, $p<0,001$), Bilgiyi Kullanma ile Müdahale arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,654$, $p<0,001$), Bilgiyi Kullanma ile Tanılama arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,753$, $p<0,001$), Müdahale ile Tanılama arasında istatistiksel yönden anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,780$, $p<0,001$), bir ilişki bulundu.

4.6. Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği üzerindeki Yordayıcı Rolü

Tablo 11: Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği üzerindeki Yordayıcılığını İncelemek Amacıyla Yapılan Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	P	VIF	Beta	F	Model (p)	Adjusted R2
Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği	(Sabit)	49,936	12,307	,000*			14,518	,000*	,062
	Bilinçli Farkındalık Ölçeği	,266	3,810	,000*	1,000	,259			

F: Anova Testi; t: t Testi; β : Beta Katsayısı; VIF: Varyans Genişlik Faktörü; R2: Determinasyon katsayısı

Tablo 11’de Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği üzerindeki Yordayıcılığını İncelemek Amacıyla Yapılan Regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Yapılan regresyon analiz sonucuna göre, F değerine karşılık gelen anlamlılık seviyesine bakıldığında kurulan modellerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Bağımsız değişkene ait beta katsayı değerine, t değerine ve anlamlılık seviyesine bakıldığında; Bilinçli Farkındalık Ölçeği toplam puanının Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisinin ($\beta=,259$; $p:000<0,05$) olduğu görüldü. Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin % 6,2’sini açıklamaktadır.

5.TARTIŞMA

Bu bölümde;

- Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin bireysel faktörleri ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranış Anketi puanının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması,
- Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin bireysel faktörleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği toplam puanının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması,
- Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin bireysel faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği ve alt ölçeklerinin toplam puanının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması,
 - Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Semptom Tanımlama Ölçeği toplam puanının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması,
 - Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Bilgiyi Kullanma Ölçeği toplam puanının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması,
 - Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Müdahale Ölçeği toplam puanının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması,
 - Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Tanılama Ölçeği toplam puanının karşılaştırılması ile ilgili bulguların tartışılması,
- Ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği toplam puanı üzerindeki yordayıcı rolüne ait bulguların tartışılması sunuldu.

5.1. Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi Toplam Puan Bulgularının Tartışılması

Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi (ort:5,29 SS:2,51) skoru 5,92'den küçük olduğundan düşük bilgi ve davranış skoru olarak bulundu. Özer ve ark. (2006) tarafından aynı anket aracılığı ile elde edilen bilgi ve davranış skoru ortalaması 8.65 olarak orta derecede değerlendirilmiştir. Kara'nın 2019'da yaptığı çalışmada hemşirelerin bilgi ve davranış skoru 8,78 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Çelik ve ark. (2018) çalışmasında 4.95 ± 2.16 çalışmamızdan daha düşük bilgi davranış skoru ortalamasına ulaşmıştır. Demir ve ark. 2012'deki çalışmasında hemşirelerin bilgi ve davranış skorunu 10.76 ± 1.98 orta düzeyde belirlenmiştir. Kargın ve ark. tarafından 2021 yılında bir üniversite hastanesinin yoğun bakım kliniğinde çalışan hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin bilgi ve davranış skoru 14.51 ± 2.19 olarak yüksek derecede bulunmuştur. Yüksel ve Çetinkaya'nın (2019) çalışmasında hemşirelerin bilgi ve davranış skoru lise mezunlarının 5.46 ± 1.88 ve lisans mezunu hemşirelerin 5.99 ± 2.41 olarak kaydedilmiştir. Ağrının etkin yönetimi sağlık ekibinin ağrı yönetimi ve bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmelidir. Ağrı yönetiminde hemşirenin, ağrının etyolojik faktörleri, süreci ve yönetimindeki etkili ve etkisiz yaklaşımları ele alarak ağrının giderilmesinde etkin rol oynaması gerekir (Çelik 2013, Yılmaz ve Güler 2011).

Ağrının giderilmesinde en kilit nokta ağrı yaşayan bireydir. Buna karşın klinik çalışanlarının ağrıyı belirlemede, ağrı yaşayan bireyden daha çok, sağlık çalışanlarının kendi klinik yargılarını öncelikli kullandıkları belirlenmiştir (Demir ve ark. 2012, Yıldırım ve ark. 2006). Ağrı yönetimi sadece hemşirenin kontrolünde olmayan çok boyutlu bir süreçtir. Hasta bildirimi, hekim yaklaşımı, servis işleyişi gibi hemşire bilgi ve davranışı dışında birçok parametre ağrı yönetiminde önemlidir. Bu çalışma ve literatürde aynı ölçüm aracı ile yapılan çalışmaların çoğunluğu hemşirelerin bilgi ve davranış skorunu düşük ya da orta düzeyde bulmuştur. Sadece yoğun bakım servisi çalışanı olan hemşirelerin olduğu bir çalışmada skor yüksek olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçları; hemşirelik eğitiminde ağrı yönetimine daha fazla ağırlık verilmesi, bu konuda alınacak en önemli önlemlerden birisidir. Klinik

alanlarda hizmet içi eğitimler aracılığı ile ağrının tanınması ve yönetimi konusunda birime özel ve güncel yaklaşımlarla hemşirelerin desteklenmesi diğer önemli yaklaşımdır.

Çalışmamızın sonucunda araştırmaya katılan hemşirelerde, yaşa göre (KW:4,774; p:0,092), cinsiyete göre (t:0,862; p:0,390), çalışma yılına göre (KW:2,128; p:0,345), çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre (KW:0,906; p:0,824), çalışılan birime göre (KW:9,146; p:0,166), medeni duruma göre (t:-1,441; p:0,151) ,çalışma şekline göre (t:0,727; p:0,468) ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranışları anketi puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Benzer şekilde Özer ve ark. (2006) ve Kara (2019) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde yaşa, cinsiyete, çalışma yılına ve çalışılan birime göre ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranışları anketi puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Eğitim durumuna göre ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranışları anketi puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görüldü (KW:12,521; p:0,002). Çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre lisans ve yüksek lisansüstü mezunlarının ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranışları anketi puanı lise mezunlarından daha yüksektir. Benzer şekilde Özer ve ark. (2006) ve Kara (2019) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde eğitim durumuna göre ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranışları anketi puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Lisans ve lisansüstü mezun hemşirelerin ağrı ile ilgili hemşire bilgi ve davranışları anketi puanlarının lise ve ön lisans eğitime sahip hemşirelerin puanlarına oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bulgulara dayanarak eğitim düzeyinin artışının ağrı ile ilgili bilgi ve davranışları olumlu yönde etkilediği yorumlanabilir. Araştırma sonuçları literatür ile benzer ve uyumludur.

5.2.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanın Bulgularının Tartışılması

Çalışmamız sonucunda hemşirelerin bilinçli farkındalık ölçeği puan ortalaması $56,83 \pm 12,0,9$ 'dır. Dubert ve ark. (2016) 80 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada, bilinçli-farkındalık puan ortalaması $52,2 \pm 0,73$, olarak bulunmuş olup, araştırma bulguları ile paralellik göstermektedir. Bilinçli farkındalık ölçeğinin kullanıldığı başka çalışmalarda ise; Sarıtaş ve Aktura (2020) 110 hasta ile yaptıkları

çalışmada bilinçli-farkındalık puan ortalaması 42.9 ± 7.7 bulunmuş. Ülkemizde hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerini ölçen, Gezer ve Özaydın'ın yoğun bakım ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri üzerine etkisi konulu çalışmasında; hemşirelerin BİFÖ puan ortalamaları $46,07 \pm 12,77$, bu araştırmadan düşük bulunmuştur. Asık ve Albayrak'ın (2021) idari ve dahili birimlerde çalışan hemşirelerin de dahil edildiği bilinçli farkındalık düzeyinin belirlendiği bir çalışmada ise Bilinçli Farkındalık Ölçeği puan ortalaması $63,98 \pm 12,41$, Azak (2018) 322 öğrenci ile yaptığı çalışmada bilinçli farkındalık ölçeği puan ortalaması 60.14 ± 11.43 , mevcut araştırmadan yüksek bulunmuştur. Bu çalışma ve literatürde aynı ölçüm aracı ile yapılan çalışmaların çoğunluğu hemşirelerin BİFÖ puan ortalamaları orta düzeyde ya da yüksek düzeyde bulmuştur.

Çalışmamızda araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyete göre bilinçli farkındalık ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Benzer şekilde Azak'ın (2018) cinsiyete göre bilinçli farkındalık puan ortalamaları karşılaştırıldığında farkın anlamlı olmadığı görülmüştür. Çelik ve Çetin'in (2014) yaptığı çalışmada da BİFÖ puan ortalamaları bakımından anlam ifade eden bir değişiklik görülmemiştir. Cengiz ve ark.'ın (2016) beden eğitimi öğrencilerinde yaptıkları çalışmada BİFÖ puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığı bulgusunu elde etmişlerdir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin yaşa göre bilinçli farkındalık ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Benzer şekilde de Gezer ve Özaydın'ın (2019) çalışmasına katılan hemşirelerin de bilinçli farkındalık düzeyi ile yaş ve kuşak arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatür sonuçları uyumludur.

Çalışmamızda medeni duruma göre bilinçli farkındalık ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Asık ve Albayrak'ın (2021) çalışmasında hemşirelerin medeni durum değişkeni ile BİFÖ puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak fark görülmemiştir. Gezer ve Özaydın'ın (2019) çalışmasında hemşirelerin medeni durum değişkeni ile BİFÖ puan ortalamaları bakımından da istatistiksel olarak fark görülmemiştir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre bilinçli farkındalık ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Gezer ve Özaydın'ın (2019) çalışmasında hemşirelerin eğitimleri ile BİFÖ puan ortalamaları bakımından fark bulunmamıştır. Asık ve Albayrak'ın (2021) çalışmasında da hemşirelerin eğitimleri ile BİFÖ puan ortalamaları bakımından fark bulunmamıştır. Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumludur.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışmakta olduğu kurumun çeşidi ve çalışılan birime göre bilinçli farkındalık ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Gezer ve Özaydın'ın (2019) çalışmasında da hemşirelerin çalıştıkları kurumda görevli olunan pozisyona göre BİFÖ puan ortalamaları bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumludur. Bu durum çalışmaya katılan hemşirelerin hemen tümünün pozisyonunun servis hemşiresi olmasından kaynaklanmış olabilir. Hastanede çalışan hemşirelerle yapılan bir çalışmada; yoğun bakım ünitesinde çalışmanın duyarsızlaşmayı artırdığı ve kişisel başarıyı azalttığı saptanmıştır (Özsoylu ve ark., 2017). Bu bilgiler ışığında yoğun bakımlar servisinde çalışmanın daha stresli ve daha zor olduğu düşünülmüş dolayısıyla bilinçli farkındalık düzeylerinde de farklılık olması beklenir. Çalışma koşullarını kötü olarak tanımlayan hemşirelerin çalışma koşullarını orta ve iyi olarak tanımlayan hemşirelere göre duygusal tükenme, duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek, kişisel başarı puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Kütükçü ve Kocataş 2019). Bu bilgiler ışığında cerrahi, acil, dahili, psikiyatri, kadın doğum ve ameliyathane gibi servislerin de yoğun çalışma koşullarına sahip olması da bu sonuca ulaşmada etkili olabilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışma yılına göre bilinçli farkındalık ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Gezer ve Özaydın'ın (2019) çalışmasına katılan hemşirelerin mesleklerindeki çalışma yılları değişkenine göre BİFÖ puan ortalamaları bakımından fark bulunmamıştır. Asık ve Albayrak'ın (2021) çalışmasında da hemşirelerin çalışma yılına göre Bilinçli Farkındalık Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Çalışma sonuçlarımız literatür ile uyumludur. Hemşirelerin mesleklerindeki çalışma yılları ile BİFÖ puanı arasında anlamlı bir fark çıkmasının,

çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma yıllarının birbirine yakın olmasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışma şekline göre bilinçli farkındalık ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Asık ve Albayrak'ın (2021) çalışmasına katılan hemşirelerin çalışma şekline göre gruplar arasında fark olduğu tespit edildi.

İki çalışma arasında farkın Asık ve Albayrak'ın (2021) çalışmasında katılımcılar üniversitesi hastanesinde çalışan hemşirelerle sınırlıyken bu çalışmada ise hemşirelerin farklı kurumlarda farklı çalışma yoğunluklarında olduğu dikkati çekmektedir. Tek merkezde yoğunlaşarak elde edilen bulguların mevcut farkı belirlemede bir etken olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda bireysel faktörler ile bilinçli farkındalık ölçeği puanları ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkilerin bulunmamasının hemşirelerin çalıştığı birim dağılımının diğer çalışmalara nazaran daha fazla klinik alanlarda dağılım göstermesi, verilerin online ortamda elde edilmiş olması, bilinçli farkındalık ile ilişkili daha karmaşık durumlardan kaynaklanabileceği düşünüldü.

5.3.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Toplam Puanının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulgularının Tartışılması

Çalışmamızda ağrılı hastaya bakım veren hemşirelerin bireysel faktörleri ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Toplam puanı $65,05 \pm 12,43$ olarak bulundu. Karataş ve Kelleci'nin (2019) yaptığı araştırmada ise Hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin (PBYÖDÖ) toplam puan ortalaması $72,06 \pm 9,36$ olarak bulunmuştur. Sancak ve Doğan'ın (2021) yaptığı çalışmada hemşirelerin PBYÖDÖ'den aldıkları toplam puan $61,43 \pm 13,28$ 'dir. Yapılan literatür incelemesinde bulguları araştırma sonucumuzla benzer çalışmalar olmakla birlikte; Davut ve Doğan'ın (2022) Hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliklerinin ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi başlıklı çalışmalarında Hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin (PBYÖDÖ) toplam puan ortalaması $\bar{x}:57.97 \pm 11.29$ ile bizim çalışmamızdan daha düşük sonuç elde edilmiştir.

Çalışmaların örneklem kapasitelerinin yakın olmasına rağmen aradaki farkın bu şekilde çıkmasının sebebi; Davut ve Doğan'ın (2022) çalışmalarının eğitim araştırma hastanesinde yapılmış olması, bizim çalışmamızın ise farklı kurumlarda yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Bu çalışmadaki sonuçlara paralel olarak; Saygın ve Kutlu'nun 2022 yılında Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'ni kullandığı araştırmasında hemşirelerin yaşa göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Ancak Karataş ve Kelleci'nin (2019) çalışmasında yaşa göre gruplar arasındaki Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Karataş'ın çalışmasında farkın 19-25 yaş grubu ile 40-46 yaş grubunun arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur. Bu çalışmada ise katılımcıların yaş aralığının %84.8'inin 35 yaş ve altı yaş aralığındaki gruptan oluştuğu görülmektedir. Aradaki farkın her iki çalışmadaki katılımcıların yaş aralığı dağılımındaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin cinsiyetine göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışmasında da cinsiyete göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Karataş ve Kelleci'nin (2019) ve Davut ve Doğan'ın (2022) çalışmalarında cinsiyete göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Çalışmanın yaş dağılımı, kurumsal çeşitlilik gibi diğer verileri düşünüldüğünde cinsiyet faktörünün kurumsal politika, yaş aralığındaki toplumsal cinsiyet rolleri gibi faktörlerle çok ilişkili olduğu bilinen bir gerçektir. Bu bağlamda yaş aralığı, kurumsal çeşitlilik değişkenlerinde psikososyal bakım yetkinliği ile anlamlı bir ilişki çıkmaması, cinsiyet değişkeninin de psikososyal bakım yetkinliği anlamlı ilişki çıkmaması sonucuyla örtüşmekte ve açıklamaktadır.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin eğitim durumuna göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Sancak ve Doğan (2021) çalışmasında da hemşirelerin

PBYÖDÖ toplam puanı ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık göstermediği görülmüştür. Benzer şekilde Karataş ve Kelleci (2019) çalışmasında da eğitim durumu ile psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Ancak Davut ve Doğan (2022) çalışmasında eğitim durumu ile PBYÖDÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu üç çalışma sonucunun benzer sonuçlarda çıkmasına karşın Davut ve Doğan (2022) çalışma sonucunun farklı çıkmasının sebebi çalışmanın örnekleminin eğitim araştırma hastanesi ile sınırlı olması ve çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun lisans ve lisansüstü eğitim almış olmaları, lise ve ön lisans düzeyindeki hemşire sayısının örneklem sayısı içerisinde az olması ile ilişkili olabilir (n=192/18). Lise ve ön lisans düzeyindeki hemşirelerin eğitim araştırma hastanesinde çalışmaya başlamaları, yoğun iş tempolarının olması ve beraberinde eğitimlerinin lisans veya lisansüstü derecesinde ki kadar kapsamlı olmaması sebepleri ile PBYÖDÖ toplam puanlarının lisans ve lisansüstü eğitim alan hemşirelere göre daha düşük çıkması ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin medeni duruma göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Davut ve Doğan (2022) çalışmasında da medeni durum ile PBYÖDÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Saygın ve Kutlu (2022) çalışmasına katılan hemşirelerin de medeni duruma göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (Saygın ve Kutlu 2022). Araştırma sonucumuz literatür sonuçları ile benzerdir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışma yılına göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışmasına katılan hemşirelerin çalışma sürelerine göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüş. Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışmasında da hemşirelerin PBYÖDÖ toplam ölçek puanı bulunduğu birimde çalışma sürelerine göre karşılaştırılmıştır. Ancak PBYÖDÖ toplam ölçek puanı ile bulunduğu birimde çalışma süreleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Bu iki araştırma sonucu bizim araştırma sonucumuz ile

uyumludur. Ancak Karataş ve Kelleci'nin (2019) çalışmasında meslekte çalışma süresine göre gruplar arasındaki Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Aradaki farkın 4-7 yıl çalışmış grup ile ($3.90 \pm .55$) ile 20 yıl ve üstü ($4.32 \pm .48$) yaş grubu arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Karataş ve Kelleci 2019). Çalışma sonuçlarımızın farklı çıkmasının sebebinin araştırmaların veri toplama süreci ve metodolojisindeki farklılıklardan kaynaklanabileceğini düşündürdü.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Yapılan literatür taraması sonucunda ülkemizde PBYÖDÖ ile yapılan çalışmalarda araştırmacıların çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları kurumun çeşidine göre bir ayırım yapmadıkları sebebiyle bu bulgu sonucu diğer çalışmalar ile karşılaştırılamamıştır.(Karataş ve Kelleci 2019, Sancak ve Doğan 2021, Davut ve Doğan 2022,Saygın ve Kutlu 2022)

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışılan birime göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışmasında hemşirelerin çalışılan birime göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Karataş ve Kelleci (2019) çalışmasında da çalışılan birime göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır. Ancak Davut ve Doğan'ın (2022) çalışmasında bireylerin çalışılan birimine göre PBYÖDÖ toplam puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bunun sebebi çalışmayı yaptıkları hastanenin bir eğitim araştırma hastanesi olması ve beraberinde KLP (Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi) hemşiresiyle multidisipliner çalışma yürütmesinden kaynaklı olabilir._Dal hastanelerinde belli bir hasta, yaş veya belirli bir organ grubuna bakılması itibariyle özel dal gruplarının PBYÖDÖ toplam puan ortalamalarının yüksek çıkmış olabilir. (Davut ve Doğan 2022). Bu kurumlarda genellikle kronik seyirli, daha uzun süre bakım gereksinimi olan hastalara bakım vermek, belli alanda bakımda daha çok deneyim sahibi olmak gibi faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma şekline göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği bulundu. Karataş ve Kelleci'nin (2019) çalışmasına katılan hemşirelerin çalışma şekline göre psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanı farkı istatistiksel yönden anlamlı değildir (Karataş ve Kelleci 2019). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021) çalışmasında da hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçek puanları vardiya durumlarına göre kıyaslanmış ve anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Araştırma sonuçlarına göre bizim çalışmamızda çalışma şekli nöbet ve mesai şeklinde iki kısma ayrılarak ifade edilmiş Sancak ve Doğan (2021) çalışmasında aynı durum vardiya durumu şeklinde ifade edilmiştir. Bu durum göze alınarak çalışma sonucumuz literatür sonuçları ile benzer ve uyumlu çıkmıştır.

5.3.1.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Semptom Tanımlama Alt Boyut Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması

Semptom tanımlama hemşirenin; hastanın depresyon, güçsüzlük, anksiyete, umutsuzluk ve öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilmesidir. Aynı zamanda Semptom tanımlama: 'Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim; hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim; hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim; hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim; hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim' maddelerini içerir. (Karataş ve Kelleci 2019). Çalışmamızda semptom tanımlama ölçeği puanı 18,20 olarak bulundu ve çalışmamıza katılan hemşirelerin yaşa göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Sancak ve Doğan'ın (2022) çalışma sonuçları incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin yaşa göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Benzer şekilde Saygın' ve Kutlu'nun (2022) çalışması da incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin yaşa göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür (Saygın ve Kutlu 2022). Davut ve Doğan'ın (2022) çalışmasında ise semptom tanımlama alt boyutunda 20-25 yaş grubundaki

hemşirelerin puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu görülmüştür. Davut ve Doğan (2022) çalışma sonucu bu ve diğer çalışma sonuçlarından farklı sonuçlanmıştır. 20-25 yaş grubundaki hemşirelerin çalışmanın örneklem grubunda yaklaşık yüzde 25'lik bölümünü kapsamayı, çalışmanın eğitim araştırma hastanesinde çalışan bazı birim hemşireleriyle sınırlı olması, örneklem yüzdesi içerisinde yüzde 65.89' unun çalışmak istediği birimi isteyerek seçmemeleri nedeniyle semptom tanımlama becerilerini olumsuz olarak etkilemiş olabileceğini düşündürdü

Çalışmamıza katılan hemşirelerin cinsiyete göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görüldü (t:2,006; p:0,046). Kadınların semptom tanımlama puanı erkeklere göre daha yüksek bulundu. Benzer şekilde Davut ve Doğan (2022) çalışmasında da erkeklerin kadınlara göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanlarının düşük olduğu görülmüştür. Ancak Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışma bulguları incelendiğinde cinsiyete göre semptom tanımlama ölçeği alt boyut puanı istatistiksel yönden anlamlı farklılık görülmemiştir. Çalışma sonucunun farklı çıkmasının sebebi Sancak ve Doğan (2021) çalışmasındaki hemşirelerden kadın sayısı yüzdesinin örneklem sayısı içerisinde yüzde 92.91' lik büyük bir kısımda olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin eğitim durumuna göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:2,473; p:0,290). Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde hemşirelerin eğitim durumuna göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Benzer şekilde Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışma bulguları incelendiğinde de eğitim durumuna göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Çalışma sonucumuz literatür sonuçları ile uyumludur.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışma yılına göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:0,491; p:0,782). Saygın ve Kutlu (2022) çalışma bulgularının sonuçları incelendiğinde hemşirelerin çalışma yılına göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği

puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Sancak ve Doğan (2021) çalışma bulgularının sonuçları incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları birimdeki çalışma süreleri ile semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından fazlasının (0-5 yıl % 66.7) aynı yıl aralığında ve en az deneyimli olan grup olması göz önünde bulundurulduğunda mesleki deneyim süresinin daha fazla çeşitlilik gösterdiği gruplarda yapılan çalışmalar da farklı sonuçlar oluşturabileceği açısından değerlendirilebilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:2,848; p:0,416). Yapılan literatür araştırma sonuçlarına göre yabancı araştırma kaynakları semptom tanımlama alt boyut ölçeğini hemşirelerin çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre karşılaştırma yapmamış genel anlamda psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanı ile genel sonuçlara yer vermiştir. Literatürde aynı ölçüm araçlarıyla karşılaştırma yapılacak çalışmaya rastlanmamıştır. Bu kapsamda bu ölçüm aracının kullanacağı farklı kurumları ve çalışma alanlarını kapsayan çalışmalarda elde edilecek bulgular bu bakış açısıyla da değerlendirilmelidir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışılan birime göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:6,954; p:0,325). Davut ve Doğan'ın (2022) çalışma bulgu sonuçlarına göre acil serviste çalışan ($\bar{x}$:14,82 $\pm$ 2,22), hemşirelerin semptom tanımlama alt boyutunda puan ortalaması diğer gruplardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. (p<0.05). (Davut ve Doğan 2022). Sancak ve Doğan (2021) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşıldığı görülmüştür. Bu iki çalışma sonucunda da hastanelerin yoğun ve hasta ile çok fazla temasın olduğu birimlerde semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanı yüksek bulunmuştur. Hastayı en akut ve bütüncül değerlendiren acil servis birimi ya da hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılayarak hasta ile daha fazla vakit geçiren yoğun bakım hemşireleri hastadaki anksiyete, depresyon, keder gibi duygu ve durumlarını daha iyi anlamalarıyla ilişkili olabilir. Çalışma sonuçlarının farklılığı

çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunun mesleki deneyimi en az olan grubun ağırlıkta olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin medeni duruma göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($t:1,335$; $p:0,184$). Sancak ve Doğan (2021) çalışma sonuç bulguları incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin katılan hemşirelerin medeni durum ile semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanı arasında istatistiksel bir farklılık saptanmamıştır. Benzer şekilde Davut ve Doğan (2022) çalışma bulguları sonucunda da medeni durum ile semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden farkın anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Araştırma sonucumuz literatür sonuçları ile uyumludur.

Çalışmamıza katılan hemşirelerin çalışma şekline göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($t:-0,294$; $p:0,769$). Benzer şekilde Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışma sonuç bulguları incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin çalışma şekline/vardiya durumuna göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Davut ve Doğan'ın (2022) çalışma bulgu sonuçlarına göre gece/ gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin diğer grup hemşirelere göre semptom tanımlama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı fark gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sonucu bu ve Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışma sonucundan farklıdır. Bunun sebebi Davut ve Doğan (2022) çalışmasının bir eğitim araştırma dal hastanesi olması ve bu hastanede çalışan hemşirelerle kısıtlı olması sebebiyle olabilir. Hastanenin çalışma birimleri ve kronik hastalıklara bağlı olarak hemşirelerin hastalar ile daha fazla vakit geçirmeleri ile ilişkili olabilir.

5.3.2.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Bilgiyi Kullanma Alt Boyut Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılmasıyla İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmamızın sonucunda yaşa göre bilgiyi kullanma ölçeği alt boyutu puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Benzer şekilde Saygın ve Kutlu (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde yaş ile bilgiyi

kullanma ölçeği alt boyutu puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Ancak Davut ve Doğan (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde bilgiyi kullanma alt boyutunda, 20-25 yaş grubundakilerin ($\bar{x}:15,27\pm3,3$)) puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışmasında da “Bilgiyi kullanma” puanı ile yaş arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. “Bilgiyi kullanma” puanı 33-39 yaş arası olanlarda diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. “Bilgiyi kullanma’da anlamlı farklılığın 19-25 yaş ile 33-39 yaş arasında olduğu belirlenmiştir (Sancak ve Doğan 2021). Bu iki çalışma sonucunun bu çalışma ve Saygın ve Kutlu’nun (2022) çalışma sonucundan farklı çıkma sebebi çalışmaların örneklem sayılarının daha fazla olması ve örneklemdeki grupların yaş ortalamalarının daha fazla olması olabilir. Dolayısıyla erişilebilirliklerinin daha kolay olması ile ilişkili olabilir. Yeni mezun ve tecrübeli hemşirelerle yapılan çalışmaların incelenmesi sonucu sistematik analizde ; iş tecrübesinin süresi, yüksek öğrenim, yaş, eğitim programlarına katılım ve sürekli istihdam ile hemşirelik yeterlilik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Flinkman et al., 2016). Tecrübe ile birlikte yaş arttıkça hemşirelerin tanılama, bilgi ve bakım yetkinliklerinin arttığı araştırma sonuçlarında belirtilmektedir (Uskun ve ark. 2008, Avşar ve Kaşıkçı 2010, Taşcıoğulları ve ark. 2011, Bayraktar 2017 ve Bakır ve Demir 2020). Meslekte genel anlamda hemşirelerin yaş arttıkça deneyiminin arttığı dolayısıyla mesleki yetkinliğinin arttığı ve bilgiyi kullanıp, hastaya aktarmasından kaynaklı olabilir. Bunun yanı sıra covit-19 pandemi sürecinde eğitimin online süreci mesleğinin ilk yılındaki hemşirelerin lisans eğitiminin son yılını da kapsamaktadır. Hemşirelerin eğitimi sürecinde klinik uygulamadan mahrum kalmalarının özellikle mesleğin başlangıcında bilgiyi kullanma, kuramsal bilginin uygulamaya aktarımında sorunlarla karşılaşmasına neden olabileceği düşünülerek, bu kapsamda araştırmalar yapılabilir.

Çalışmamızın sonucunda cinsiyete göre bilgiyi kullanma ölçeği alt boyutu puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ($t:2,501$; $p:0,013$). Kadınların bilgiyi kullanma puanı erkeklere göre daha yüksek bulundu. Benzer şekilde Davut ve Doğan'ın (2022) çalışma sonuçları incelendiğinde cinsiyete göre bilgiyi kullanma ölçeği alt boyutu puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık

gösterdiği görülmüş, erkeklerin bilgiyi kullanma puan ortalamalarının kadınlara oranla daha düşük olduğu görülmüştür. Ancak Sancak ve Doğan (2021) ve Saygın ve Kutlu (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde cinsiyete göre bilgiyi kullanma ölçeği alt boyutu puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüş. Bu çalışmaların sonuçlarının farklı örneklem sayısındaki kadın cinsiyeti oranının erkek cinsiyete göre fazla olması sebebiyle olabilir. Kadınların annelik duygusuyla merhametli, sevecen olma, bakma ve büyütme ve daha hassas olma gibi özellikleri sebebiyle hasta bakım davranışlarında erkeklere göre daha etkili olduğu belirlenmiştir (Topuz ve Erkanlı,2016; Molla, 2019; Güven,2021). Bu da kadınların bilgiyi kullanıp hasta bireye aktarması ve bilgilendirmesiyle erkeklere oranın daha yüksek çıkmasına sebep olmuş olabilir.

Çalışmamızın sonucunda eğitim durumuna göre bilgiyi kullanma ölçeği alt boyutu puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:0,693; p:0,707). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021) ve Saygın ve Kutlu (2022) ve Karataş ve Kelleci (2019) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde bilgiyi kullanma ölçeği alt boyutu ile eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu bulguda farklılık çıkmamasının eğitim durumu ve mesleki deneyimdeki farklılıkların birbirini dengelemesinden kaynaklanabileceği düşünüldü. Mesleki deneyimi fazla olanlarda eğitim düzeyi düşük olanlar daha fazla iken mesleki deneyimi az olan grubun çoğunlukla lisans ve üzeri olması eğitim düzeyinin bilgiyi kullanmada beklendik artışı ve mesleki deneyimin bilgiyi kullanma üzerine etkisi arasında anlamlı fark çıkmamasının açıklaması olabileceği düşünüldü. Çalışmamızın sonucunda medeni duruma göre bilgiyi kullanma alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (t:1,690; p:0,093). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021), Saygın ve Kutlu (2022) ve Davut ve Doğan'ın (2022) çalışma bulguları incelendiğinde medeni duruma göre bilgiyi kullanma alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

Çalışmamızın sonucunda çalışma yılına göre bilgiyi kullanma ölçeği alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:4,380; p:0,112). Benzer şekilde Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışma sonuçları incelendiğinde çalışma yılına göre bilgiyi kullanma ölçeği alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Ancak Davut ve Doğan'ın

(2022) çalışma bulguları incelendiğinde bilgiyi kullanma alt boyutunda meslekte 0-5 yıldır çalışan hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi. Benzer şekilde Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde bilgiyi kullanma alt boyut ölçek puanında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmuştur. Verilere ileri analiz uygulandığında anlamlı farklılığın 11 yıl ve üzeri çalışan hemşireler ile 0-5 yıl arası çalışan hemşireler arasında olduğu belirlenmiştir. Uskun ve arkadaşları (2008) ve Taşcıoğulları ve arkadaşları (2011)'nin yaptığı araştırma sonuçları sağlık çalışanlarının çalışma yılının bilgi düzeyi üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu belirlemiştir. Yapılan başka araştırmalarda meslekte çalışma süresinin arttıkça bakım yetkinliği puanının anlamlı derecede arttığı tespit edilmiştir (Flinkman et al., 2016, Bakır ve Demir 2020). Çalışmamızın sonucunun farklı çıkmasının sebebi; çalışma grubunun mesleki deneyiminin az olanların (n= 136) örneklem grubu (n= 204) içerisinde sayıca fazla olmalarıyla ilişkili olabilir. Bunun yanı sıra mesleki deneyiminin az olan grubunun deneyiminin de çoğunlukla pandemi dönemine denk gelmesi sebepleri ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmamızın sonucunda çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre bilgiyi kullanma ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:3,992; p:0,262). Yapılan literatür araştırma sonuçlarına göre yabancı araştırma kaynakları bilgiyi kullanma alt boyut ölçeğini karşılaştırma yapmamış psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanı ile genel sonuçlara yer vermiştir. Literatürde karşılaştırma yapılacak çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırma kapsamında, katılımcıların ağırlıklı hastaya bakım veren hemşire grubu olduğu göz önüne alındığında kurum çeşidine göre bilgiyi kullanmada farklılık olmamasının beklenebilir bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızın sonucunda çalışılan birime göre bilgiyi kullanma alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:3,088; p:0,798). Ancak Davut ve Doğan (2022) çalışmasında bilgiyi kullanma alt boyutunda, cerrahi yoğun bakımda çalışan hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi. Benzer şekilde Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde hemşirelerin bulunduğu birim ile bilgiyi kullanma alt boyut ölçeği puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmuştur. Çalışma sonuçlarının mevcut çalışmadan farklı çıkmasının sebebi çalışmamıza katılan

hemşirelerin örnekleminin ağırlı hastaya bakım veren hemşirelerin çalıştığı birimlerle sınırlandırılmış olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmamızın sonucunda çalışma şekline göre bilgiyi kullanma alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($t:-1,008$; $p:0,315$). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021) ve Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışmalarında bilgiyi kullanma alt boyut ile çalışma vardiyası/şekli arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ancak Davut ve Doğan (2022) ve Karataş ve Kelleci'nin (2019) çalışma bulguları incelendiğinde çalışma şekline göre bilgiyi kullanma alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da gündüz çalışan hemşirelerin bilgiyi kullanma alt boyut puanı gece/gündüz vardiyalı şekilde çalışan hemşirelerin bilgiyi kullanma alt boyut ölçeği puanından yüksek bulunmuştur fakat aralarındaki fark anlamlı değildir. Bunun sebebi gündüz çalışan (mesai) hemşirelerin sayısının gece/gündüz (nöbet) çalışan hemşirelere göre sayılarının fazla olmasından ve sorumlu hemşirelerin gündüz denetimlerinin fazla olması, girişimsel uygulamalar gibi bakım ve tedavi hizmetlerinin, hasta–hemşire etkileşiminin gündüz daha yoğun olması gibi nedenlerden kaynaklı olabilir.

5.3.3.Ağırlı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Müdahale Alt Boyut Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgularının Tartışılması

Çalışmamız sonucunda yaşa göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($KW:1,141$; $p:0,565$). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021) ve Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışma sonuçları incelendiğinde yaşa göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Araştırmamız literatürdeki aynı ölçüm aracını kullanan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

Karataş ve Kelleci'nin (2019) çalışmasına göre 'müdahale' alt boyutu: 'Krizle müdahalede yetkinim; klinikte hastayla ilgili karşılaştığım her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim; hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim; hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum" maddelerini içerir.

Çalışmamız sonucunda cinsiyete göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($t:-0,568$; $p:0,571$). Benzer şekilde Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde cinsiyete göre müdahale alt boyutu ölçek puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Ancak Davut ve Doğan (2022) ve Sancak ve Doğan (2021) ve Karataş ve Kelleci (2019) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde müdahale alt boyutunda erkeklerin puan ortalamalarının kadınların puan ortalamalarından düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi.

Çalışma sonucumuzun diğer çalışmalardan farklı çıkmasının sebebinin örneklem grubumuz içindeki kadın hemşirelerin ($n= 139$) sayısının erkek hemşirelerin ($n=65$) sayısına göre daha yüksek olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Çalışkan ve Yılmaz (2017) çalışma sonuçlarına göre kadın hemşirelerin kültürel yetkinlik ortalama puanı (132,04) iken erkek hemşirelerin kültürel yetkinlik ortalama puanı (125,06) olarak bulunduğu görülmüştür. Hemşirelerin kültürel beceri düzeyinin iş performansına olumlu etkisi olduğu görülmüştür. (Çalışkan ve Yılmaz, 2017) Kadın hemşirelerin kültürel olarak erkek hemşirelerden daha yetkin olması hastaya müdahale konusunda daha yüksek puan almalarına sebep olmuş olabileceği düşünüldü. Kültürel olarak duyarlı hemşireler farklı hastaların yaşam biçimlerine başarılı bir şekilde müdahale etmek için gerekli yetenek ve bilgiye sahiptir (Akar,2010).

Çalışmamız sonucunda eğitim durumuna göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görüldü ($KW:7,281$; $p:0,026$). Çoklu karşılaştırma testi sonucuna göre lise mezunları lisans mezunlarından müdahale puanı daha yüksektir. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Davut ve Doğan'ın (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde müdahale alt boyutunda lise ve ön lisans mezunu ($\bar{x}:55,72\pm10,73$) hemşirelerin ölçek alt boyut puan ortalamalarının lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin ölçek alt boyut puanından düşük olduğu tespit edildi ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi. Benzer şekilde Karataş ve Kelleci (2019) çalışmasında da eğitim düzeyi yükseldikçe müdahale alt boyut ölçeği puan ortalamalarının arttığı görülmüştür. Şahin ve Özdemir (2015) ile Kumcağız ve arkadaşları (2011) araştırmaları

incelendiğinde eğitim seviyesi arttıkça iletişim becerilerinin ve empati düzeyinin arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde Flinkman ve arkadaşları (2016) yaptıkları sistematik analizde, öğrenim düzeyinin yüksek olduğu hemşirelerin yeterlilik düzeylerinin de olumlu etkilendiğini bildirmişlerdir. Araştırmamız, literatürdeki diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Örneklem grubu içerisindeki lisans ve üstü mezun hemşirelerin çoğunluğunun mesleki deneyiminin az olmasıyla da ilişkili olabileceği düşünüldü. Psikososyal bakım ile ilişkili son yıllarda daha çok üzerinde durulsa da hemşirelerin mezun olup kurumda çalışmaya başladıktan sonra somut kavramları bakıma yansıtma soyut kavramlardan daha fazla olduğu görülmektedir. (Davut ve Doğan, 2022). Lise mezunu hemşirelerin lisans ve üzeri eğitimi alan hemşirelere göre iş alanında daha fazla çalışma süresine sahip olmaları sebebiyle klinik müdahalelerinin daha fazla gelişmesi bu da lise mezunu hemşirelerin diğer gruplara göre müdahale alt boyutunda daha fazla puan almasına sebep olabileceği düşünüldü.

Araştırma sonuçları hemşirelik eğitiminin bakıma yansıdığı ve lisans ve lisansüstü eğitiminin yaygınlaştırılmasını destekleyici niteliktedir. Hemşirelerin genellikle lisans ve lisansüstü eğitim mezunu olması; hemşirelikte lisans ve lisansüstü eğitime verilen önemin giderek arttığını göstermektedir.

Çalışmamız sonucunda çalışma yılına göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:5,121; p:0,077). Benzer şekilde Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde, çalışma yılına göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Ancak Davut ve Doğan (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde müdahale alt boyut puanı meslekte 0-5 yıldır çalışan ($\bar{x}$:11,21 $\pm$ 3,32) hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi (p:0.05). Bizim ve Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışma sonuçlarında çalışma yılı ile müdahale alt boyut ölçek puanı istatistiksel yönden anlamlı bulunmasa da benzer şekilde meslekte çalışma yılı arttıkça müdahale alt boyut ölçeği puanı artmıştır ve meslekte 0-5 yıl çalışan hemşirelerin ölçek puan ortalamaları diğer gruplara göre puanları daha düşüktür. Daha geniş bir örneklem grubunda yapılacak bir araştırma anlamlı fark çıkabileceği düşünülmektedir.

Çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:1,832; p:0,608). Yapılan ulusal ve uluslararası araştırma sonuçlarına göre müdahale alt boyut ölçeğini hemşirelerin çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre karşılaştırma yapmamış genel anlamda psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanı ile genel sonuçlara yer vermiştir. Literatürde aynı ölçüm aracıyla karşılaştırma yapılacak çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamız sonucunda çalışılan birime göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:6,211; p:0,400). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021) ve Saygın ve Kutlu (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Literatür sonuçları benzerdir. Ancak Davut ve Doğan (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde müdahale alt boyutunda cerrahi yoğun bakımda çalışan ($\bar{x}$:10,41 $\pm$ 2,84), hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu tespit edildi (p0.05). Çalışma sonuçlarımızın farklı çıkmasının sebebi bizim ve benzer çalışmaların çalışma birimleri arasında cerrahi yoğun bakım gibi özel biriminin olmaması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamız sonucunda medeni duruma göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (t:1,834; p:0,068). Benzer şekilde Saygın ve Kutlu (2022), Davut ve Doğan (2022) ve Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışma sonuçları incelendiğinde medeni duruma göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Literatür sonuçları uyumludur.

Çalışmamız sonucunda çalışma şekline göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (t:-1,336; p:0,183). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021), Saygın ve Kutlu (2022) ve Karataş ve Kelleci (2019) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde çalışma şekline göre müdahale alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. Çalışma sonuçlarının benzerlik gösterdiği görülmüştür ve Saygın ve Kutlu (2022), Karataş ve Kelleci (2019), Davut ve Doğan (2021) ve

bizim çalışma bulgularımız incelendiğinde çoğunlukla yalnızca gündüz çalışan (mesai) hemşirelerin puan ortalamaları gece-gündüz/nöbet çalışan hemşirelere oranla daha fazla bulunmuştur. Bunun sebebinin mesaide sorumlu hemşirelerin görev alması ve nöbet vardiyasına oranla hemşire sayısının daha fazla olduğu düşünülmektedir.

5.3.4.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bireysel Faktörleri ve Tanılama Alt Boyut Ölçeği Toplam Puanının Karşılaştırılması ile İlgili Bulgularının Tartışılması

Çalışmamız sonucunda yaşa göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:3,029; p:0,220). Benzer şekilde Saygın (2022) çalışma sonuçları incelendiğinde yaşa göre tanılama alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Ancak çalışma sonucumuzdan farklı olarak Sancak ve Doğan (2021), Davut ve Doğan (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde yaşa göre tanılama alt boyut ölçek puanı ile (KV= 8.012 p=0.046) yaş arasında anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Davut ve Doğan'ın (2022) çalışması sonucunda 20-25 yaş grubundakilerin, puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi. Sancak ve Doğan'ın (2021) çalışması sonucunda ise "Tanılama" puanı 33-39 yaş arası olanlarda diğer yaş gruplarına kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonuçlarımıza göre yaş ile tanılama alt boyut ölçek puanı arasında anlamlı bir fark bulunmasa da çalışmamıza katılan hemşirelerden 35 yaş ve üzeri olanların puanı 24 yaş ve altı olanlara kıyasla daha yüksektir. Gunawan ve ark.'ın (2020) 28 faktörün oluşturduğu meta-analiz çalışmasında hemşirelerin klinik yeterlilikleri konulu 22 çalışma incelenmiş ve bireysel faktörler ile klinik yeterlilikleri, klinik bilgi ve iş tatminlerinin hemşirelik yeterlilik değişkenleri arasında anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin deneyimler ve yaşları arttıkça kendilerini psikososyal bakımda daha yetkin değerlendirdikleri anlaşılmaktadır.

Çalışmamız sonucunda cinsiyete göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (t:0,857; p:0,392). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021), Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışma sonuçları

incelendiğinde cinsiyete göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Ancak Davut ve Doğan'ın (2022) çalışma sonuçları incelendiğinde cinsiyete göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Tanılama alt boyutunda erkeklerin puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi. Çalışma sonuçlarımıza göre cinsiyet ile tanılama alt boyut ölçeği puanı arasındaki fark anlamlı bulunmasa da kadınların tanılama alt boyut ölçeği puanı erkeklere kıyasla daha yüksektir. Daha geniş bir örneklem grubu ile anlamlı sonuçlar elde edilebileceği düşünülebilir. Kadın cinsiyeti annelik duygusu ile daha merhametli, hassas ve sevecen olma, çocuğa bakım ve büyütme gibi özellikler yönü itibariyle hasta bakım davranışlarında erkeklere kıyasla daha etkili olduğu belirtilmiştir. (Topuz ve Erkanlı,2016; Molla, 2019; Güven,2021). Çalışmaya katılan kadın hemşirelerin erkeklere kıyasla psikososyal bakımda kendilerini daha yetkin olarak değerlendirmeleri kadın cinsiyetine dayandırılan toplumsal cinsiyet rolleri ilişkili olabilir.

Çalışmamız sonucunda eğitim durumuna göre tanılama alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü. (KW:4,064; p:0,131). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021), Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışma bulguları incelendiğinde eğitim durumuna göre tanılama alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Ancak Davut ve Doğan'ın (2022) çalışma sonuçları incelendiğinde eğitim durumuna göre tanılama alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Tanılama alt boyutunda lise ve ön lisans mezunlarının puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edildi. Eğitim düzeyi ve mesleki deneyim arasındaki ilişki ile açıklanabileceği düşünüldü. Eğitimi daha düşük olan popülasyonda mesleki deneyime ilişkin tecrübe ile eğitimin yarattığı alternatifin etkisi azaltılmış olabilir.

Çalışmamız sonucunda çalışma yılına göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:1,415; p:0,493). Benzer şekilde Davut ve Doğan (2022), Saygın ve Kutlu'nun (2022) çalışma sonuçları incelendiğinde çalışma yılına göre tanılama alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Ancak Sancak ve Doğan'ın

çalışmasında (2021) “Tanılama” puanı ile çalışma süreleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Bunun sebebi olarak hemşirelerin çalışma süreleri arttıkça bilgi ve deneyimlerinin de artacağı düşünülmektedir. Bayraktar’ın (2017) yaptığı araştırmada çalışma yılı daha fazla olan ve daha büyük yaşta olan hemşirelerin bakım odaklı, hasta-hemşire etkileşimi konusunda deneyim ve bilgilerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır. İki çalışma arasında fark olması bu araştırmada mesleki deneyimi daha az olan hemşire sayısının daha fazla olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamız sonucunda çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:2,008; p:0,571). Yapılan ulusal ve uluslararası literatür araştırma sonuçlarına göre tanılama alt boyut ölçeğini hemşirelerin çalışmakta olduğu kurumun çeşidine göre karşılaştırma yapmamış genel anlamda psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeği puanı ile genel sonuçlara yer vermiştir. Literatürde aynı ölçüm aracıyla karşılaştırma yapılacak çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmamız sonucunda çalışılan birime göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü (KW:3,628; p:0,727). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde çalışılan birime göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Ancak Davut ve Doğan’ın (2022) çalışma sonuçları incelendiğinde çalışılan birime göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık gösterdiği görülmüştür. Davut ve Doğan (2022) çalışmasında acil serviste çalışan hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğerlerinden düşük olduğunu tespit etmiştir (p0.05). Bizim çalışmamızda da çalışılan birime göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermese de acil birimde çalışan hemşirelerin ölçek puan ortalamalarının diğer birimlerde çalışan hemşirelere göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Çalışma sonuçlarımız uyumlu olmasa da benzerdir. Bunun sebebinin acil servise gelen hastaların amaçlarının öncelikli bir şekilde ağrı ya da diğer şikayetlerinin giderilmesine yönelik tedavi ve bakım olmasından dolayı acil birimdeki hemşirelerin hastayı tanılamadan çok şikayetlerinin bir an önce giderilmesine yönelik çalıştıkları sebebiyle ilişkili olabileceği düşünüldü.

Çalışmamız sonucunda medeni duruma göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($t:1,628$; $p:0,105$). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021), Davut ve Doğan (2022), Saygın ve Kutlu (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde medeni duruma göre tanılama alt boyut puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Çalışma sonucumuz literatür ile uyumludur.

Çalışmamız sonucunda çalışma şekline göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görüldü ($t:-1,199$; $p:0,232$). Benzer şekilde Sancak ve Doğan (2021), Davut ve Doğan (2022) ve Saygın ve Kutlu (2022) çalışma bulgu sonuçları incelendiğinde çalışma şekline göre tanılama alt boyut ölçeği puanının istatistiksel yönden anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Çalışma sonucumuz literatür ile uyumludur.

5.4.Ağrılı Hastaya Bakım Veren Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği Toplam Puanının Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı Üzerindeki Yordayıcı Rolüne Ait Bulguların Tartışılması

Tablo 11’de yapılan regresyon analiziyle Bilinçli Farkındalığın Psikososyal Bakım yetkinliğini yordayıp yormadığı incelendi. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puanında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisinin ($\beta=,259$; $p:0,000<0,05$) olduğu görüldü. Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin % 6,2’sini açıklamaktadır. .Bilinçli Farkındalığın, Psikososyal bakım yetkinliğini pozitif yönde yordadığı bulundu.

Farkındalık, bireyin duygu ve düşüncelerini aynı zamanda yaşamındaki zorlukları kabul etmesi ve yüzleşmesidir. Yüksek düzeyde bilinçli farkındalık, fiziksel ve ruhsal sağlığı, olumlu kişilerarası ilişkileri ve stres yönetim becerisini sağlar (Brown ve Ryan, 2003). Hemşirelik öğrencileri ile aynı ölçüm aracı ile yapılan çalışmalar çoğunlukla hemşirelik öğrencilerinin orta düzeyde bilinçli farkındalığa sahip olduklarını göstermektedir (Nurcan ve ark. 2022, Azak, 2018; Aşık ve Albayrak, 2021). Hemşirelik eğitimi teorik ve uygulamalı eğitimin yanı sıra, mesleği seçme gerekçeleri, uygulama alanlarında diğer sağlık çalışanları, hasta ve yakınlarıyla kurulan etkileşim, ölüm ve zorlu tedavi süreçleri, acil

müdahaleler gibi çok dinamik bir sürecin içerisinde stres yönetimi, kriz yönetimi gibi çok farklı becerilerin de kazanıldığı çok boyutlu bir süreçtir (Türküm, 2007, Dean, 2017).

Bilinçli farkındalık merak ve kabul aracılığı ile yaşanan anın deneyimini yargılamadan farkındalık olarak da tanımlanabilir. Yapılan bu yargılamadan kabulleniş, duygusallığı süzgeçten geçirerek duygu düzenleme becerilerini geliştirmektedir. Duygusal kaçıştan ziyade duygu düzenleyebilme becerisi de katılımı olumlu yönde etkilemektedir. Bilinçli farkındalığın duygu düzenleme becerisi kazandırması ile de hemşirelik eğitimi ve mesleki deneyimde hemşirelik bakım sürecindeki aracı rolü açıklanabilir (Usberg ve ark. 2016). Colomer-Pérez,ve ark. (2019) hemşirelik mesleğinin seçiminde tutarlılık, akademik performans ve mesleki aidiyet arasında pozitif korelasyon olduğunu bulmuştur. Meslek seçimindeki bireysel tutarlılık özelliğinden başlayıp hemşirelik eğitimi ve mesleki deneyim dahil birçok becerinin kazanılıp devam ettiği süreçtir.

Bu süreçlerin tümünde birçok becerinin kazanılmasında katkısı olan bilinçli farkındalığın, psikososyal bakım yetkinliğini olumlu yönde etkilediği sonucuna ulaşılabilir. Bilinçli farkındalıktaki artış psikososyal bakım yetkinliğinde artışa etki edebilir. Literatür incelemesine paralel olarak bu çalışmada da bilinçli farkındalığın psikososyal bakım yetkinliğini arttıran aracı faktörlerden birisi olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Ağrılı hastaya yaklaşımda hemşirelerin bilinçli farkındalığı ve psikososyal bakım yetkinliğinin rolü ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda;

- Katılımcıların sosyodemografik verileri incelendiğinde %70,6'sı 24-35 yaş arası, %15,2'si 35 yaş ve üzeri, %14,2'sinin 24 yaş ve altı olduğu görüldü. Katılımcıların %68,1'inin kadın, %31,9'unun erkek ve %62,3'ü bekar, %37,7'si evli olduğu görüldü. Katılımcıların %63,7'sinin lisans mezunu, %23'ü yüksek lisans ve üstü mezunu, %13,2'sinin lise mezunu olduğu görüldü. Katılımcıların %66,7'si 0-5 yıl arası, %20,6'sı 11 yıl ve üzeri, %12,7'si 6-10 yıl deneyime sahip olduğu görüldü. Katılımcıların %59,3'ü devlet/şehir hastanesinde, %32,8'i eğitim ve araştırma hastanesinde, %4,4'ü özel hastanede, %3,4'ü aile sağlığı merkezinde çalıştığı görüldü. Katılımcıların %31,9'u cerrahi/dahili servislerde, %21,1'i acil servislerde, %18,6'sı yetişkin/yeni doğan yoğun bakım servisinde, %13,2'si ameliyathanede, %6,4'ü pediatri servislerinde, %5,4'ü psikiyatri servisinde, %3,4'ü kadın doğum servisinde çalıştığı ve %66,7'si nöbet, %33,3'ü mesai usulü çalıştığı görüldü.
- Katılımcıların Bilinçli Farkındalık Ölçeği puan ortalaması $56,83 \pm 12,09$, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puan ortalaması $65,05 \pm 12$, Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi puan ortalaması $5,29, \pm 2,51$, bulundu.
- Katılımcıların Semptom Tanımlama ve Bilgiyi Kullanma Alt Boyut puanları ve cinsiyet ile aralarında anlamlı bir ilişki bulundu. Kadınların semptom tanımlama ve bilgiyi kullanma puanı erkeklere göre daha yüksek bulundu.
- Katılımcıların Müdahale Alt Boyut puanı ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Lise mezunlarının müdahale puanı lisans mezunlarından daha yüksektir.

- Katılımcıların Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranış Anketinden puanı ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulundu. Lisans ve yüksek lisansüstü mezunlarının puanı lise mezunlarından daha yüksektir.
- Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanının, Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Puanını anlamlı ve pozitif yönlü yordadığı bulundu.

6.2.Öneriler

6.2.1. Araştırmacılara/ Eğitimcilere Öneriler

- Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranış Anketinden bu çalışmada elde edilen ve literatürde de görülen düşük puanlar, ağrıya yönelik tanılama bilgi ve davranış alanlarında farklı ölçüm aracı ve eğitime gereksinim duyulduğunu ortaya koymaktadır.
- Ağrıyı tanılamada klinik deneyim ve hasta arasında daha etkin ilişkilendirme yapılmasına yönelik deneysel çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.
- Ağrıya ilişkin tanılama ve uygulama eğitimine daha fazla ve değişik öğrenme metotları ile ağırlık verilmesi önerilmektedir.
- Ağrı yönetiminde ilaç dışı bağımsız hemşirelik uygulamalarının geliştirileceği yeni deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- İlaç dışı, ağrı giderici uygulamaların etkinleştirilmesine, hemşirelik eğitimde ağırlık verilmesi önerilmektedir.
- Hemşirelerin bilinçli farkındalığını geliştirici deneysel çalışmalar yapılarak yeni yaklaşımların, literatüre kazandırılması önerilmektedir.
- Hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliğini arttırıcı ve değişen koşullara uygun farklılıkları uygulamaya aktaracak yeniliklere ilişkin deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.
- Değişen koşulları da göz önünde bulundurarak hemşirelik eğitimi sürecinde psikososyal bakımı yetkinliğini geliştirici uygulamaların müfredata aktarılması önerilmektedir.
- Araştırmamız sonucunda lise mezunu hemşirelerin müdahale alt boyut puanlarının lisans mezunu hemşirelerin müdahale alt boyutu puanından

yüksek çıkması nedeniyle; lisans eğitiminde uygulama çalışmalarına daha fazla ağırlık verilmesi önerilmektedir.

6.2.2. Klinisyenlere Öneriler

- Farklı cinsiyet ve eğitim özelliklerine ilişkin farklılıkları göz önünde bulundurarak bütün klinisyenlerde ağrıya ilişkin bilgi ve davranış gelişimini hedefleyen meslek içi eğitimler planlamalı ve rutin uygulamalara aktarılmalıdır.
- Ağrı vb. subjektif verilerin elde edilmesinde hasta ile etkileşimi artırıcı yaklaşımlar konusunda hemşirelerin eğitim ve farkındalığını artırılmalıdır. Hasta bakım sürecinde hasta ile etkileşimin etkin bir şekilde kullanımını artırıcı uygulamaların desteklenip denetlenmesi gerekmektedir.
- Klinisyenlere, bilinçli farkındalığı geliştirici, uygulamalı eğitimlerden faydalanacağı hizmetlerin ulaştırılmasının, mesleki gelişimi güçlendireceği düşünülmektedir.
- Hemşireler psikososyal bakım yetkinliğini geliştirici uygulamalarla desteklenmelidir. Verilen eğitimlerin, klinik uygulamaya aktarımı konusunda, hemşirelerin desteklemesi ve denetlemesine önem verilmelidir.
- Ağrı yönetiminde, ilaç dışı bağımsız hemşirelik uygulamalarına ağırlık verecek klinik planlamaların yönetici hemşireler tarafından planlanıp, uygulamaya aktarımına fırsat verecek koşulların oluşturulmasına öncülük etmesi önerilmektedir.
- Hemşirelik uygulamalarında görev değil hasta odaklı uygulamalara ağırlık verilecek koşulların kurum yöneticileri tarafından sağlanması önerilmektedir.
- Hasta merkezli yaklaşım konusunda hemşirelerin gerekli eğitimler sunularak desteklenmesi ve motive edilmesi yöneticilere önerilmektedir. ,
- Araştırmamız sonucunda kadınların Semptom Tanımlama ve Bilgiyi Kullanma alt boyut ölçeklerinde puanlarının erkeklere göre daha fazla çıkması bulgusuna dayanarak erkek hemşirelerin Semtom Tanılama ve Bilgiyi Kullanma durumları açısında desteklenmesi amacıyla hizmet içi eğitimler ve ekip çalışması süreciyle desteklenmesi önerilmektedir.

- Araştırmamız sonucunda lisans ve üzeri mezun hemşirelerin Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranış Anketi puanının lise mezunu hemşirelerden yüksek çıkması sebebiyle lise mezunu hemşirelere hizmet içi ağrı ile ilgili bilgi ve davranış eğitimlerinin verilmesi ve bunun rutin uygulamalara aktarılması önerilmektedir.



7. KAYNAKLAR

- Akar N:** Hemşirelerin Ruh Hastalarına Yönelik Kültürlerarası Hemşirelik Bakımı Konusundaki Görüşleri. EÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir,2010.
- Aksoy A, Kelleci M, Yağmur S:** Sağlık bakım kalitesinin geliştirilmesi açısından önemli bir sorun: hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili görüşleri, bilgi düzeyleri ve bakımın önündeki engeller. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*,51-64, 2015.
- Akyürek B, Conk Z:**Yenidoğan bebeklere uygulanan iğneli girişimlerde non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 22(1), 1-17. 2006.
- Akyol Ö:**Diz Protezi Uygulanan Hastalarda Ağrı Prevelansı, Özellikleri, Etkileyen Etmenler ve Ağrı Yönetiminden Memnuniyetin İncelenmesi. DEÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İzmir, 2008.
- Arora S, Jyoti G:** Helfer skin tap technique for im injection pain: a review. International Journal of Science and Research (IJSR) ISSN (Online), 2319-7064 Index Copernicus Value 79.57, 2016.
- Arslan I:** Bilinçli farkındalık, depresyon düzeyleri ve algılanan stres arasındaki ilişki. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 73-86, 2018.
- Arslan Y, Yazıcı G:** Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım yaklaşımı ve konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinin rolü. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 29-35,2021.
- Aslan R:** Ağrı duygusu ve tarihçesi. *Ayrıntı Dergisi*, 7(84), 2020.
- Aslan FE, Yıldız T:** Ağrı ve Ağrı Yönetimi. İçinde: Aslan FE, Olgun N. (Editörler). Fیزیopatoloji , Ankara, Akademisyen Tıp Kitapevi, syf, 109-65. 2017.
- Aslan FE, Korkmaz E:**İntestinal stomalı hastalarda ameliyat öncesi hazır oluşluğun semptom yönetimine etkisinin incelenmesi: sistematik derleme ve meta analiz çalışması. Bahçeşehir Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul,2021.
- Aslan FE, Uslu Y:** Ağrı Sınıflandırılması. İçinde: Olgun N. Fیزیopatoloji, Akademisyen Kitapevi, 2, syf. 45-50, 2014.

- Asık E, Albayrak S:** Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 16-20, 2021.
- Atalay Z:** Mindfulness: şimdi ve burada bilinçli farkındalık. Psikonet Yayınları, 2018.
- Aydemir T, Çetin Ş:** “Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım”, *Journal of Anatolian Medical Research*, 4 (3): 109-115, 2019.
- Aydın ON:** Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2) : 37 – 48, 2002.
- Avşar G, Kaşıkçı M:** Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde duygusal zeka düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 1, 1-6, 2010.
- Azak A:** Hemşirelik öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(3), 170-176, 2018.
- Basit G, Korkmaz F:** Nanda Hemşirelik Tanıları, Akademi Yayınları, syf 49-60, 2019.
- Bakır N, Demir C:** Hemşirelerin hasta merkezli bakım yetkinliği ve bütüncül hemşirelik yeterliliği. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 109-117, 2020.
- Bayraktar D:** Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 188-194, 2017.
- Brockopp DY, Downey E, Powers P, Vanderveer B, Warden S, Ryan P:** Nurses’ clinical decisionmaking regarding the management of pain. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 631–636. 2004.
- Brown KW, Ryan RM:** The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 84(4), 822-48, 2003.
- Cash M, Whittingham K:** What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology. *Mindfulness*, 1(3), 177-182, 2010.
- Carpenito M:** Hemşirelik Tanıları El Kitabı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2012.
- Cengiz R, Serdar E, Donuk B:** Üniversite öğrencilerinin bilinçli farkındalık ve girişimcilik düzeylerinin incelenmesi. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 2(4), 1320-1328, 2016.

Chen J: Acı teorilerinin tarihi. *Sinirbilim bülteni*, 27(5), 343-350, 2011.

Colomer-Pérez N, Paredes-Carbonell, J, Sarabia-Cobo C, Gea-Caballero V: Sense Of Coherence, Academic Performance And Professional Vocation In Certified Nursing Assistant Students. *Nurse Education Today*, 79, 8-13.2019.

Çakşak A: Term bebeklerde ayak topuğundan kan alma işlemi sırasında dinletilen beyaz gürültünün, elle verilen cenin pozisyonunun ve her iki uygulamanın birlikte yapılmasının ağrıya etkisi. EÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2017.

Çalışkan H, Yılmaz, SH: Hemşirelerde Kültürel Yetkinlik Algısının İş Performansına Etkisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 13(1), 127-149,2017.

Çam O, Engin E: “Ruh Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı “1. Baskı”, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, syf. 625-637,2016.

Çatak PD, Ögel K: Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. *Klinik Psikiyatri*, 13(2), s. 85-91, 2010.

Çavdar İ, Akyüz N: Ameliyat sonrası ağrı ve yönetimi. İçinde: Aksoy G, Kanan N, Akyolcu N, Cerrahi Hemşireliği I, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, syf. 367-387,2017.

Celik DA, Cetin F: The role mindfulness and self-consciousness on interpersonal conflict resolution approaches. *Research Journal of Business and Management*, 1(1), 29-38,2014.

Çelik S, Baş BK, Korkmaz ZN, Karaşahin H, Yıldırım S: Hemşirelerin ağrı yönetimi hakkındaki bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(1), 17-23,2018.

Çelik S: Batın ameliyatından 24-48 saat sonra hastaların ağrı düzeyleri ve uygulanan hemşirelik girişimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* ,2(3), 325-30,2013.

Çetin SP, Çevik K: Effects of vibration and cold application on pain and anxiety during intravenous catheterization. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), 701-709, 2019.

Daroff RB, Aminoff MJ: Encyclopedia of the neurological sciences. Academic press.2014.

- Davut E, Doğan S:** Hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliklerinin ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. ÜÜ ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İstanbul, 2022.
- Dean S, Foureur M, Zaslawski C, Newton-John T, Yu N, Pappas E:** The Effects Of A Structured Mindfulness Program On The Development Of Empathy İn Healthcare Students. *Nursingplus Open*, 2017.
- Demir Y, Yıldırım UY, İnce Y, Türken GK, Kaya AM:** Hemşirelerin ağrı yönetimi ile ilgili bilgi davranış ve klinik karar verme durumunun belirlenmesi. *Çağdaş Türk Dergisi*, 2(3),162-72,2012.
- Dubert CJ, Schumacher AM, Locker Jr L, Gutierrez AP, Barnes VA:** Mindfulness and emotion regulation among nursing students: Investigating the mediation effect of working memory capacity. *Mindfulness*. 7:1061-70. doi:10.1007/p.12671-016-0544-6,2016.
- Ekinci M, Şahin AÖ, Can G:** Examination Of The Coping Style With Stress And The Assertiveness Of The Nursing Students İn Terms Of Some Variables. *Journal Of Psychiatric Nursing*, 4(2), 67-74,2013.
- El Geziry A, Toble Y, Al Kadhi F, Pervaiz M, Al Nobani M:** Farmakolojik olmayan ağrı yönetimi. *Ağrı Yönetimi Spec*, 1-14, 2018
- Namık E:** Hemşirelikte ağrı yönetiminde etik tutum ölçeği geliştirme. İKÇÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2020.
- Eskiyurt R, Özkan B:**Hemşirelik öğrencilerinin kanser hastalarına yönelik problem çözme eğitimi sonrası yaptıkları psikososyal müdahalelerinin incelenmesi, *JILSES*, 3 (2), 316, 2017.
- Eşer İ, Khorshid L, Gürol GA:** Hemşire ve hekimlerin ağrılı hastaya yaklaşımlarına ilişkin hastaların görüşmelerinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 24,1–14,2008.
- Ferrell B, McCaffery M:** Nurses Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. *Retrieved May*, 29, 205-08,2008.
- Flinkman M, Leino-Kilpi H, Numminen O, Jeon Y, Kuokkanen, L, Meretoja R:** Nurse Competence Scale: A Systematic And Psychometric Review. *Journal Of Advanced Nursing*, 73(5), 1035-1050,2016.
- George D, Mallery M:** SPSS for windows step by step: a simple guide and reference, 17.0 update (10a ed.). Boston: Pearson, 2010.

- Gorman LM, Sultan DF:** Çeviri Editör; Öz F. Demiralp M. (2014). Psikososyal Hemşirelik: Genel Hasta Bakımı İçin. Akademisyen Tıp Kitabevi. 3. Basım. Ankara
- Gunawan J, Aunguroch Y, Fisher ML, Marzilli C, Liu Y:** Factors related to the clinical competence of registered nurses: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(6), 623-633,2020.
- Güven B:** Hemşirelerin profesyonel değerleri ve yetkinlik düzeylerinin bakım davranışları üzerine etkisinin incelenmesi. OMÜ, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun, 2021.
- Harrad, R, Cosentino C, Keasley R, Sulla F:** Spiritual Care In Nursing: An overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomed for Health Professions*, 90(4-S), 44-55,2019.
- Howland LC, Bauer-Wu S:** Dikkatli hemşire. *Amerikalı hemşire bugün*, 10 (9), 12-13,2015.
- Kabat-Zinn J:** Full Catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress,pain, and illness, New York: Bantam Dell,2005.
- Kabat-Zinn J:** Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life : Hachette Books, 2009.
- Kabat-Zinn, J:**Full catastrophe living, revised edition: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. Hachette uK, 2013.
- Kara H:** Yoğun bakım hastalarında ağrı değerlendirilmesi ve yoğun bakım hemşirelerinin ağrıyla ilgili bilgi ve davranışları. Manisa Celal Bayar Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2019.
- Kara KM, Akın E:** Temel hemşirelik esaslar, kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul Tıp kitapçıları, s.239-258, 2021.
- Karanikolas M, Swarm RA:**Current trends in perioperative pain management. *Anesthesiology Clinics of North America*, 18 (3), p.575-599,2000.
- Karataş H, Kelleci M:** (2020). Orjinal Makale Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin geliştirilmesi geçerlik ve güvenirlik çalışması.
- Karataş H, Kelleci M:**Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin geliştirilmesi geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 12(3), 263-271,2021.

- Kargın M, Aytop S, Kuran İ, Oral E, Doğan F:** Yoğun bakım hemşirelerinin ağrılı hastada ağrıyla baş etmede kullandıkları yöntemler ve ağrıya yönelik bilgi ve davranışları. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(2), 672-683,2021.
- Khanra S, Lenka A:** Helfer skin tap technique on pain associated with intramuscular injection among adult patients. *International Journal of Nursing Education*, 10(3), (2018).
- Kınay F:**Beş boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçe'ye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. İBÜ, Sosyal Bilimler Enstitüsü, yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013.
- Kırca N, Altun ÖŞ, Apay SE, Şahin F:**Doğum sonu dönemde annelerin bebek bakımı ile ilgili obsesif ve kompulsif davranışları ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: tanımlayıcı araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 14(4),2022
- Kocaman YN:** Organik hastalığı olan kişilerde bakımın sanatsal yönü. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 1(1):48-53,2015.
- Kesgin C, Topuzoğlu A:** Sağlığın Tanımı ve Başa Çıkma. *Journal Of İstanbul Kültür University*; 3, 47-49,2006.
- Kol E, Erdoğan A, Karşlı B:** Nature and intensity of the pain following thoracotomy. *International Journal of Nursing Practice*, 18(1), 84–90,2012.
- Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA:** Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 2011.
- Kütükçü E, Kocataş S:**Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve sigara içme durumları arasındaki ilişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 84-102, 2019.
- Lynda Juall Carpenito -Moyet:** 2012, Handbook of Nursing Diagnosis 13th Edition, Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 13, Erdemir, F, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
- McCaffrey R:** Anksiyete. Nursing diagnosis handbook, Ackley BJ, Ladwig GB, Makic MBF. 11. Baskı, Hemşirelik tanıları el kitabı, İçinde: Gürhan N, Polat ÜG, Fidancı BE, (Çeviri Editörleri)., Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 139-141,2019.
- McQuay HJ, Smith LA, Moore RA:** Kronik ağrı. Sağlık hizmetleri ihtiyaç değerlendirmesinde (s. 519-600). CRC Basın, 2018.

- Melzack R, Wall PD:** Pain Mechanisms: A New Theory: A Gate Control System Modulates Sensory Input From The Skin Before It Evokes Pain Perception And Response. *Science*, 150(3699), 971-979, 1965.
- Menkü BE, Coşar B:** Psikosomatik bozukluklar. İçinde: Coşar B, (editör), Somatik Belirti ve İlişkili Bozukluklar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, s.32-6, 2021.
- Molla K:** Kamu hastanelerinin fiziksel engelli hastalar için yaptığı düzenlemeler ve hastaların hemşirelik bakım davranışlarına ilişkin algıları. T.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2019.
- Nur Kanbur B:** Yenidoğanlarda topuk kanı alma sırasında müzik, beyaz gürültü ve kalp sesi dinletmenin ağrı üzerine etkisi, İÜ, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul,2021.
- Orhan E:** Okul yaş grubu çocuklarda kan alma sırasında oluşan ağrıya sanal gerçekliğin etkisi. İÜ, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2020.
- Önal A:** Algoloji. Ankara ,Nobel Tıp Kitapevi,2004.
- Özaydın E:** Kuşaklar arasındaki farklılığın hemşirelerin Bilinçli Farkındalık düzeyleri üzerine etkisi. AMÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, 2019.
- Özer S, Akyurek B, Basbakkal Z:** Hemşirelerin ağrı ile ilgili bilgi, davranış ve klinik karar verme yeteneklerinin incelenmesi. *Ağrı*, 18, 36-43,2006.
- Özçetin YSU, Hiçdurmaz D:** İhmal edilen bir gerçek: duyuşal problemlerin yoğun bakım hastalarına etkileri. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2(2), 75-81,2015.
- Özsoylu S, Akyıldız B, Dursun A:** Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler. *Pediatric Emergency Intensive Care Med*, 4,104-109,2017.
- Özveren H:** Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 18(1), 83-92, 2011.
- Özyeşil Z:** Öz Anlayış ve Bilinçli Farkındalık, Maya Akademi Yayıncılık, Ankara, s.124-139, 2011.
- Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME:**Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 2011.

- Penque S:** Mindfulness to promote nurses' well-being. *Nursing management*, 50(5), 38, 2019.
- Reisli R, Akkaya ÖT, Arıcan Ş, Can ÖS, Çetingök H, Güleç MS, Talu GK:** Akut postoperatif ağrının farmakolojik tedavisi: Türk Algoloji-Ağrı Derneği klinik uygulama kılavuzu, 2021.
- Sancak H:** Hemşirelerin psikososyal bakım yetkinlikleri ile eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. ÜÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2021.
- Sarıtaş SÇ, Aktura SÇ:** Bilinçli Farkındalık, Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Hastane Anksiyete-Depresyon Düzeyini Etkiler Mi?, *Türk J Cardiovasc Nurs*, 11(24), 1-6, 2020.
- Saygın B:** Yoğun bakım hemşirelerinin psikososyal bakım verme durumu ve yetkinliğinin belirlenmesi. İÜ, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2022.
- Şahin ZA, Özdemir FK:** Hemşirelerin iletişim ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *Jaren*, 1(1), 1-7.2015.
- Taşçıoğulları B, Kiyak M, Çiçek I: Eyaluating Efficiency of Training: An Appilication in Primary Health Centers Using Multiple Comparison Techniques. *Hospital Topics*.89(2),27-36, 2011.
- Topuz SK, Erkanli H:** Toplumsal cinsiyet bağlamında kadın ve erkeğe atfedilen anlamların metafor yöntemiyle analizi. *Alternative Politics/Alternatif Politika*, 8(2),2016.
- Törüner EK, Büyükgönenç L:** Kronik ve Yaşamı Tehdit Edici Hastalığı Olan Çocuk. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2018.
- Tulgar M, Arslan A, Kalkan E:** Ağrı ve Nörostimülasyon. *Van Tıp Dergisi*, 5(4), 258-263,1998.
- Türkçapar H:** Bilişsel davranışçı terapi- temel ilkeler ve uygulama. Epsilon Yayınevi, İstanbul, s.275-297,2018.
- Türküm AS:** Üniversite gençliğine yönelik psikolojik danışma ve rehberlik hizmetleri. *Gelişen Psikolojik Danışma ve Rehberlik: Meslekleşme Sürecindeki İlerlemeler*, 1, 201-218, 2007.

- Uusberg H, Uusberg A, Talpsep T, Paaver M:** Mechanisms Of Mindfulness: The Dynamics Of Affective Adaptation During Open Monitoring. *Biological Psychology*, 118, 94-106, 2016.
- Uskun E, Uskun SB, Uysalgenc M, Yağız M:** Effectiveness Of A Training Intervention On Immunization To Increase Knowledge Of Primary Healthcare Workers And Vaccination Coverage Rates. *Public Health*, 122(9), 949-958, 2008.
- Uyar M, Köken İ:** Kronik ağrı nörofizyolojisi. *TOTBİD Dergisi*, 16, 70-76, 2017.
- Uzdil N, Günaydın Y:** Hemşirelik öğrencilerinde tutarlılık duygusunun bilinçli dikkat farkındalığı ve akademik öz yeterliliğe etkisi. *Uygulamada Hemşirelik Eğitimi*, 64, 103- 429,2022.
- Pérez-Fuentes Mdc, Gázquez Linares Jj, Molero Jurado Mdm, Simón Márquez Mdm, Martos Martínez, Á:** Hemşirelikte farkındalık ile bağlılık ilişkisinde bilişsel ve duygusal empatinin aracı rolü. *Bmc Halk Sağlığı* , 20 (1), 1-10, 2020.
- Van den Brink E, Koster F, Atalay Z:** Şefkat Korkaklara Göre Değil, Mindfulness Temelli Şefkatli Yaşam İçin Bir Uygulama Kılavuzu. *İnkılap Yayınları*, İstanbul,s 124-207, 2021.
- Yağcı Ü, Saygın M:** Ağrı Fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 209-220, 2019.
- Yektaş A, Alagöl A:** İnme sonrası komplike ağrı. *Ağrı*, 27(2), 114-118, 2015.
- Yıldırım E:** Doğumun birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan soğuk uygulamanın doğum ağrısı ve sürecine etkisinin belirlenmesi. *İÜ, Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Doktora Tezi*, İstanbul, 2021.
- Yılmaz M, Gürler H:** Hastaların ameliyat sonrası yaşadıkları ağrıya yönelik hemşirelik yaklaşımları: hasta görüşleri. *Ağrı*, 23(2),71-9,2011.
- Yılmaz A, Ergin S:** Ağrı: Periferel ve Santral Sensitizasyon. *Romatizma*, 21(3), 105-110, 2006.
- Yılmaz F, Atay S:** Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 1(2), 32-41,2014.
- Yıldırım YK, Uyar M:** Etkili kanser ağrı yönetiminde bariyerler. *Ağrı* ,18(3), 12-19, 2006.
- Yücel ŞÇ:** Bilinci kapalı hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada hemşirenin rolü. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1):174-181,2011

Yüksel HG, Çetinkaya Ş: Hemşirelerin Ağrı Yönetiminde Bilgileri Ve İlaç Dışı Yöntem Kullanımı. ÇÜ, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2019.

Walters K: How Interdisciplinary Teamwork Contributes to P.Concer support, 2018.

Wang VC, Mullally WJ: Pain neurology. *The American journal of medicine*, 133(3), 273-280, 2020.



8.EKLER

Ek-1	T.C. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul Onayı
Ek-2	Bilgi Formu
Ek-3	Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketi
Ek-4	Bilinçli Farkındalık Ölçeği
Ek-5	Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği
Ek-6	Ağrı ile İlgili Hemşire Bilgi ve Davranışları Anketinin kullanım izni
Ek-7	Bilinçli Farkındalık Ölçeğinin kullanım izni
Ek-8	Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeğinin kullanım izni
Ek-9	Bilgilendirmiş Onam Formu

**Ek-1 T.C. Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan
Araştırmalar Etik Kurul Onayı**



Ek-2 BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcılar;

Bu araştırmanın amacı hemşire ve ebelerin ağırlı hastaya yaklaşımlarındaki bilinçli farkındalık ve psikososyal bakım yetkinlik rollerinin araştırılmasıdır. Araştırma izni 28/03/2022 tarihinde Kafkas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan alınmıştır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esastır ve istenildiği zaman araştırmadan çekinilebilir. Araştırma için alınan kişisel bilgiler yasaların öngördüğü biçimde gizli tutulacak olup farklı bir amaç için kullanılmayacaktır. Araştırmada sorulan tüm soruların eksiksiz bir biçimde cevaplanması araştırmanın amacına ulaşması için önem arz etmektedir. Bu araştırmaya değerli vaktinizi ayırdığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Çalışma konusunda bilgilendirildim ve istediğim zaman ayrılma hakkım saklı kalmak şartıyla ile bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum : Evet Hayır

HEMŞİRE TANITICI BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz: A. Kadın B. Erkek

3.Eğitim Durumunuz: A. Lise B. Lisans C. Yüksek Lisans
D.Doktora

4.Çalışma Süreniz: A. 0-5 yıl B. 5-10 yıl C. 10 yıl ve üstü

5.Çalıştığınız Kurum: ASM B. Devlet Hastanesi C. Eğitim ve Araştırma Hastanesi
D.Özel Hastane

6.Çalıştığınız Birim: A. Acil Servis B. Cerrahi/ Dahili Servisler C. Psikiyatri Servisi D.
Kadın Doğum Servisi

7.Medeni Durum: A. Evli B. Bekar

8.Çalışma Şekliniz: A. Nöbet B. Mesai

Ek-3 AĞRI İLE İLGİLİ HEMŞİRE BİLGİ VE DAVRANIŞ ANKETİ

Aşağıda ağrı ile ilgili ifadeler verilmiştir. Bu ifadeleri dikkatli bir şekilde okuyup doğru, yanlış şeklinde değerlendiriniz.

1. Bir hastanın şiddetli ağrısı olduğunu tanılamada yaşamsal belirtilerde gözlenen değişiklikler önemli bir göstergedir.

A. Doğru B. Yanlış

2. Ağrı şiddetinin hasta tarafından değil sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gerekir.

A. Doğru B. Yanlış

3. Bir hasta orta dereceli veya şiddetli ağrısına rağmen uyuyabilir.

A. Doğru B. Yanlış

4. Eğer hastanın dikkati başka yöne çekilebiliyorsa bu hastanın belirttiği gibi yüksek bir ağrı şiddetine sahip olmadığı anlamına gelir.

A. Doğru B. Yanlış

5. Bir ağrı hafifletme yöntemine başvurulmadan önce, hastanın ağrıya mümkün olduğu kadar dayanmaya teşvik edilmesi gerekir.

A. Doğru B. Yanlış

6. Bir hasta plasebo (steril su enjeksiyonu) ile rahatlıyorsa ağrısı gerçek değildir.

A. Doğru B. Yanlış

7. 2 yaşın altındaki çocuklarda nörolojik sistem tam olarak gelişmediği için ağrı hassasiyeti düşüktür ve ağrı deneyimleri sınırlıdır.

A. Doğru B. Yanlış

8. Aspirin ve diğer NSAİİ metastazlardan kaynaklanan kronik ağrılar için etkili analjezikler değildir.

A. Doğru B. Yanlış

9. İlaç dışı girişimler orta şiddetli ağrı için çok etkili olmaktadır, fakat çok ciddi ağrılarda etkili değildir.

A. Doğru B. Yanlış

10. Uzun zamandır (aylardır) opioid alan hastalarda solunum depresyonu nadiren ortaya çıkar.

A. Doğru B. Yanlış

11. Ağrılı bir hastada kombine ilaç gruplarından (örn; opioid+NSAİİ) çok tek analjezik ajan kullanılmalıdır.

A. Doğru B. Yanlış

12.Sedatif etkili ilaçlar ağrıyı azaltmada etkilidir.

A. Doğru B. Yanlış

13.Madde bağımlılığı öyküsü olan hastalara bağımlılık riskleri yüksek olduğu için opioidlerin verilmemesi gerekir.

A. Doğru B. Yanlış

14.11 yaşından küçük çocuklarda hemşirelerin çocuğun ağrı şiddeti konusunda anne babalara güvenmesi gereklidir.

A. Doğru B. Yanlış

15.Bir hastaya ilaç dışı tekniklerin ağrı ilaçları ile birlikte değil de yalnız başına kullanması önerilmelidir.

A. Doğru B. Yanlış

16.Etkili olması için sıcak ve soğuk uygulamanın sadece ağrılı bölgeye uygulanması gereklidir.

A. Doğru B. Yanlış

Yukarıda yanıtladığınız soruların doğruluğu konusunda kendinize ne kadar güvendiğinizi aşağıdaki cetvelde işaretleyiniz.

1 2 3 4 5

Güvenmiyorum Çok güveniyorum

Ek-4 Bilinçli Farkındalık Ölçeği

	1	2	3	4	5	6
	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen hiçbir zaman
1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.						1 2 3 4 5 6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.						1 2 3 4 5 6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.						1 2 3 4 5 6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.						1 2 3 4 5 6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.						1 2 3 4 5 6
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.						1 2 3 4 5 6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatik bağlanmış gibi yapıyorum.						1 2 3 4 5 6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.						1 2 3 4 5 6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.						1 2 3 4 5 6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığının farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.						1 2 3 4 5 6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken; aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.						1 2 3 4 5 6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.						1 2 3 4 5 6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.						1 2 3 4 5 6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.						1 2 3 4 5 6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.						1 2 3 4 5 6

Ek-5 Geliştirilen Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği

	İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1	Hastamın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim.					
2	Hastaların psikososyal gereksinimlerini kendimi yeterli bulurum.					
3	Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim.					
4	Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim.					
5	Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim.					
6	Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim.					
7	Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.					
8	Hastamın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.					
9	Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim.					
10	Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edilmesinin önemli bilirim.					
11	Hasta ve ailesinin bakıma dahil ederim.					
12	Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.					
13	Hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilirim.					
14	Hastamın umudunu destekleyecek gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim.					
15	Hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum.					
16	Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.					
17	Hastanın sorunlarını farklı bir bakış görmesini sağlayabilirim.					
18	Krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, vb) yetkinim.					