

**K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KKTC 'DE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BAKIM
DAVRANIŞLARINI ALGILAMALARI**

Mehmet Ali FIRAT

HEMŞİRELİK PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**LEFKOŞA
2018**

K.K.T.C.
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KKTC ‘DE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BAKIM DAVRANIŞLARINI
ALGILAMALARI

Mehmet Ali FIRAT

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Firdevs ERDEMİR

LEFKOŞA

2018

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma, jürimiz tarafından **HEMŞİRELİKTE YÜKSEK LİSANS PROGRAMINDA BİLİM UZMANLIĞI TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof. Dr. Refia Selma GÖRGÜLÜ

Doğu Akdeniz Üniversitesi

Üye (Danışman):

Prof. Dr. Firdevs ERDEMİR

Yakın Doğu Üniversitesi

Üye:

Prof. Dr. Candan ÖZTÜRK

Yakın Doğu Üniversitesi

ONAY

Bu tez Yakın Doğu Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. K. Hüsnü Can BAŞER

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tezimin oluşma sürecinde değerli zamanını ayıran, fikirleri ile bana yol gösteren, aynı zamanda manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Firdevs ERDEMİR'e,

Tez savunma jürimde yer alan ve çalışmam boyunca desteği ile her zaman yanımda olan değerli hocam Prof. Dr. M. Candan ÖZTÜRK'e ve değerli önerileriyle tezime katkıda bulunan Prof. Dr. Refia Selma GÖRGÜLÜ'ye,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgilerini paylaşan, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutmayacağım ve İstatistiksel değerlendirmemde danışmanlığını aldığım Doç. Dr. İlker ETİKAN' a,

Çalışmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen arkadaşım Sena BAYRAKTAR'a,

Çalışmam boyunca maddi manevi destekleriyle beni hiçbir zaman yalnız bırakmayan aileme de sonsuz teşekkür ederim.

ABSTRACT

Firat, M.A. The Perception of Care Behaviours of the Nurses Working in the Turkish Republic of Northern Cyprus, Near East University, Institute of Medical Sciences, Nursing Program, Master Dissertation, Nicosia, 2018

This research is conducted as a descriptive and cross-sectional study to define how the nurses working in the Turkish Republic of Northern Cyprus perceive care behaviours, and the factors that influence their perceptions.

The study has been conducted in 4 public and 2 university hospitals and there were 587 nurses in the sample, who were employed in these hospitals and consented to participate in the research. Research data was gathered by using "Information Form" prepared by the researcher, which queried the independent variables of the research and T-Turkish version of Care Assessment Questionnaire (CARE-Q). Descriptive methods and comparative tests such as Chi-Square, T-Test, One-Way Analysis of Variance were used in the statistical analysis of the data. The Cronbach α for the data gathering tool CARE-Q was found as 0,94 in the study.

It was found that the average age of the nurses was $34,71 \pm 9,00$, that 82,6% of the nurses were female and 52% were married, 79,6% willingly preferred nursing department, 64,7% had the experience of staying in a hospital, and 57,2% were satisfied with the work environment.

The overall average score obtained from Care-Q was found as $5,32 \pm 1,02$ and with regard to this score, the perception of care behaviours was considered as 'good'. It was determined that the maximum average score in the Care-Q sub-dimensions was in the "Monitors and follows through" ($\bar{X}=5,53 \pm 0,72$) followed by "Comfort" ($\bar{X}=5,42 \pm 0,70$), "Trusting Relationship" ($\bar{X}=5,38 \pm 0,67$), "Explains and facilitates" ($\bar{X}=5,30 \pm 0,71$) sub-dimensions respectively, and that the minimum average was in the "Accessibility" ($\bar{X}=4,84 \pm 1,02$) and "Anticipates" ($\bar{X}=5,19 \pm 0,78$) sub-dimensions.

As a result, it was concluded that the care behaviours perception of the nurses was at a good level, that the maximum score in the Care Assessment Questionnaire sub-dimensions was in the "Monitors and follows through" sub-dimension, that the most frequently performed care behaviour was "to know when to call the physician", that the factors of age, gender, marital status, working time, clinic/unit worked in, status of having sibling and child, experience of staying in hospital, competency of understanding patients affected the nurses' perception of care behaviours.

In line with the results of the research, some suggestions are made regarding the management of the factors that affect the improvement and implementation of care behaviours, the management of the factors that influence the perception and practice of these, and the use of the Care Assessment Questionnaire.

Key Words: Caring, Care Behaviours, Care Assessment Questionnaire, Nurses, Patient, Perceptions

ÖZET

Fırat, M.A. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Algılamaları, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa, 2018

Bu araştırma Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde görev yapan hemşirelerin bakım davranışlarını nasıl algıladıklarını ve algılamalarını etkileyen etmenleri tanımlamak amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırma Kuzey Kıbrıs’ta bulunan 4 devlet hastanesi ve 2 üniversite hastanesinde yapılmış olup, örnekleme bu hastanelerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 587 hemşire yer almıştır. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan ve araştırmanın bağımsız değişkenlerini sorgulayan bir soru formu ve Bakım Değerlendirme Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde, Statistical Package for Social Science 21,0 paket programı demo versiyonunda tanımlayıcı yöntemler ve Ki-Kare, T-Testi, Tek Yönlü Varyans analizi gibi karşılaştırmalı testler kullanılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan Bakım Değerlendirme Ölçeği ‘nin Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin yaş ortalaması $34,71 \pm 9,00$ olup, %82,6’sının kadın ve %52,1’inin evli olduğu, %79,6’sının hemşirelik bölümünü isteyerek tercih ettiği, %64,7’sinin hastanede yatma deneyimi olduğu, % 57,2’sinin çalışma ortamından memnun olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin Bakım Değerlendirme Ölçeğinden elde edilen genel puan ortalamasının $5,32 \pm 1,02$ olduğu bulunmuş ve puan bakım davranışları algısının iyi olduğu şeklinde değerlendirilmiştir. Bakım Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarda en yüksek puan ortalamasının “Gözlemler ve izlemler” alt boyutunda ($\bar{X}=5,53 \pm 0,72$) olduğu, bunu sırası ile “konfor” ($\bar{X}=5,42 \pm 0,70$), “Güven verici iletişim” ($\bar{X}=5,38 \pm 0,67$), “Açıklamalar ve olanaklar” ($\bar{X}=5,30 \pm 0,71$) alt boyutlarının izlediği; en düşük ortalamasının ise “ulaşılabilirlik” ($\bar{X}=4,84 \pm 1,02$) ve “Beklentiler” ($\bar{X}=5,19 \pm 0,78$), alt boyutlarında olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, örneklemdaki hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarının iyi düzeyde olduğu, Bakım Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarında en yüksek puanın “Gözlemler ve İzlemler”, alt boyutunda en sıklıkla yerine getirilen bakım davranışının “Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek” olduğu; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, çalışılan klinik/ ünite, kardeşi ve çocuğu olma durumu, hastanede yatma deneyimi, hastaları anlama durumunda yeterlilik faktörlerinin hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarını etkilediği sonuçlarına varılmıştır.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda, bakım davranışlarının geliştirilmesi ve uygulanmasını etkileyen faktörlerin yönetimine algılayış ve uygulayışını etkileyen faktörlerin yönetimine, Bakım Değerlendirme Ölçeğinin kullanımına ilişkin önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Bakım, Bakım Davranışları, Bakım Davranışı Envanteri, Hemşireler, Hasta, Algılamalar

İÇİNDEKİLER

ONAY	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÖZET.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
1.4. Araştırmanın Değişkenleri:	3
1.4.1. Bağımlı değişkenler:	3
1.4.2. Bağımsız değişkenler:	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bakım ve Bakım Davranışları	4
2.2. Bakım (Bakım verme) Davranışları	5
2.3. Bakım davranışlarının belirlenmesine yönelik araştırmalar	8
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	14
3.1 Araştırmanın Şekli.....	14
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler	14
3.3. Araştırmanın Evreni	15
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	15
3.5. Araştırma Örneklemine Katma Kriterleri.....	15
3.6. Verilerin Toplanması.....	16
3.6.1. Veri Toplama Araçları:	16
3.6.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması.....	18
3.6.3. Verilerin Toplanması	19
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	21
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA	51

5.1.Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarına ilişkin bulguların tartışılması	52
5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	55
5.3. Hemşirelerin kişisel yaşamında bakım alma ve bakım verme deneyimlerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçların tartışılması	57
5.4. Hemşirelerin mesleki deneyim ve özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin bulguların tartışılması;	59
6. SONUÇLAR	60
6.1. Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarına ilişkin sonuçlar.....	60
6.2. Hemşirelerin bireysel özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçlar	62
6.3. Hemşirelerin kişisel yaşamında bakım alma ve bakım verme deneyimlerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçlar	63
6.4. Hemşirelerin mesleki deneyim ve özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçlar	63
7. ÖNERİLER.....	65
8. KAYNAKLAR	66
9. EKLER.....	73
EK 1: Katılımcı Tanıtım Formu	73
EK 2: Hemşirelerin Bakım Değerlendirme Ölçeği	74
EK 3: Etik Kurul Onay Formu	76
EK 4: Ölçek Kullanım İzni:.....	77
EK 5: KKTC Sağlık Bakanlığı Onay Formu.....	78
EK 6: Yakın Doğu Üniversitesi Onay Formu	79
EK 7: Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi Onay Formu.....	80
EK 8: Özgeçmiş.....	81
1 Kişisel Bilgiler	81
2.Eğitim.....	81
3. İş Deneyimi.....	81

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

BDÖ: Bakım Değerlendirme Ölçeği

CBI: Caring Behaviours Inventory

F: Varyans Analizi

KKTC: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

Min- Max: Minimum- Maksimum

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p:Anlamlılık Düzeyi

r: Korelasyon Katsayısı

SML: Sağlık Meslek Lisesi

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SS: Standart Sapma

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

TDK: Türk Dil Kurumu

$\bar{X}$: Ortalama

α : Cronbach Alfa Güvenilirlik Katsayısı

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Hemşirelerin bireysel özellikleri

Tablo 4.2. Hemşirelerin mesleki ve çalışma durumlarına ilişkin bazı özellikleri

Tablo 4.3. Hemşirelerin mesleklerine ilişkin bazı görüş ve düşünceleri

Tablo 4.4. Hemşirelerin Bakım Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarındaki puanları

Tablo 4. 5. Hemşirelerin Bakım Davranışı Ölçeğinde yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar

Tablo 4.6. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin maddelerinde puan ortalamaları

Tablo 4.7. Hemşirelerin yaş özelliklerine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.8. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.9. Hemşirelerin medeni duruma göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.10. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.11. Hemşirelerin kardeşi olma durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.12. Hemşirelerin çocuğu olma durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.13 Hemşirelerin hastanede yatma deneyimlerine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.14. Hemşirelerin hastaları anlamada öz-değerlendirme durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması

Tablo 4.15. Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyetine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması

Tablo 4.16. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması karşılaştırılması

Tablo 4.17. Hemşirelerin çalışma konumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.18. Hemşirelerin mesleğinde çalışma süresine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.19. Hemşirelerin en uzun süre çalıştıkları kliniklere göre Bakım Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı

Hemşirelik, uygulamalarının merkezine “insan” kavramını koyan ve temel işlevi “bakım” olan bir sağlık disiplini. Bakım hemşireliğin özü, özgün işlevi, bir meslek olarak hemşireliği diğer disiplinlerden ayırt edici özelliğidir (Karagözoğlu, 2005; Sherwood, 1997). Hemşirelikte bakım verme eylem ve davranışları bireylere sağlık hizmeti vermek için hemşireler tarafından yapılan tüm faktörleri temsil etmektedir. Swanson’a göre bakım kişinin kişisel sorumluluk ve sorumluluk duygusu hissettiği, değer verdiği bir başka insanla besleyici bir ilişki kurma şeklidir. Bakım, bilme, yanında olma, (onun için) yapma, olanak sağlama ve kolaylaştırma, inancı sürdürme süreçlerini içerir. (Andershed ve Olsson, 2009; Wojnar, 2014). Bakımın felsefi temeli, başkalarına bakma ve başkalarıyla bağlantı kurma sorumluluğu açısından görülür. Hemşirelik bakımı, verme, paylaşma, saygı duyma, onurlandırma, bilgilendirme, destekleme, cesaretlendirme ve sevgi dolu olma gibi birçok kavramı yansıtmaktadır. Leininger *Kültürel Bakım Teorisi’nde* bakımı, bir insanın yaşam şeklinde iyileşme sağlamak için açık ya da tahmin edilen gereksinimleri karşılamak ve bir başkasına yönelik yardım edici, destekleyici ya da geliştirici eylem ve aktiviteler olarak tanımlar (McFarland, 2014; Tanrıverdi, 2017).

Bakımın beklenen sonucu, bakım alan bireyde bir emosyonel ve spirüel iyilik hali, daha çabuk iyileşme ve kendini iyi hissetme, rahatlık ve desteklenmiş olma duygularının ifade edilmesidir. Bu özellikleri ile hemşirenin bakım davranışları hasta sonuçları ve hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir (Amendolair, 2012; Tierney, 2003).

Sağlık sisteminin önemli bir bileşeni olan hastaneler, hastaların sağlık durumunun iyileştirilmesine ve hastaların gereksinimlerine uygun kaliteli hizmet sunmaya odaklanmış sağlık kurumlarıdır. Hemşirelik, hastanelerde insan kaynaklarının en büyük kısmını oluşturmaktadır ve hemşirelerin performansı bakım kalitesinin önemli bir belirleyicisidir. Hemşireler, hastanelerde sunulan hizmetin kalitesini ve bireylerin hastane deneyiminden memnun kalmasını sağlamak için yeterlilikleri doğrultusunda profesyonel hizmetler sunmaları, bakım davranışlarını yerine getirmeleri beklenmektedir. Ancak, günümüzde gerek hemşirelik mesleğinde

ve gerekse akut bakım ortamlarında yaşanan değişimler hemşirelerin bakım davranışlarını yerine getiriş özelliklerini etkileyebilmektedir.(Amendolair, 2012;Boykin ve Schoenhofer, 2001; Burtson ve Stichler, 2010; Evans ve diğerleri, 1998; Mailam, 2005; Suhonen ve diğerleri, 2007).

Hemşirelik bakımının etkinliğini ve bakım kalitesini ölçme son otuz yılda araştırmacıların ilgisini çeken bir konu olmuştur. Hemşirelik bakım davranışlarının neler olduğu, bakımın ve bakım davranışlarının hemşireler tarafından nasıl algılandığı, bunların etkin bir şekilde nasıl ölçüleceği konularında birçok çalışma yapılmıştır (Aupia ve diğerleri, 2017; Aydın, 2014; Birimoğlu ve Ayaz, 2015; Chung ve diğerleri, 2007; Cheng ve diğerleri, 2017; Eskimez, 2012; He ve diğerleri, 2013; Kurşun ve Kanan, 2012). Hemşirelerin bakım davranışlarında bakım algısı, bireysel özellikleri, kurumsal ve bireysel özellikler, eğitsel hazırlık gibi faktörlerin etkili olabileceği bildirilmektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2017; Youssef ve diğerleri, 2013; Yürün, 2015) Diğer taraftan bakım ve bakım davranışları insan insana ilişki içinde gerçekleşmektedir. Bakımın ve bakım davranışlarının algılanışı bakımı veren ve bakımın alıcısı bireyin kültürel özelliklerine göre değişebilir. Leininger’e göre insan bakımı evrensel bir fenomendir ancak bakımın ifade edilişi, süreçleri ve örüntüleri kültürden kültüre değişir (McFarland, 2014; Tanrıverdi, 2017). Bu bağlamda, çeşitli kültürlerde bakım alanların / hastaların ve hemşirelerin bakım kavramlarını anlamak için bakım davranışlarının meydana geldiği kültüre göre inceleme yapılmalıdır.

Bu nedenle hemşirelerin bakım davranışlarının etkinliğini değerlendirmek ve etkinliği geliştirecek eğitsel ve yönetsel planlamaları yapabilmek için hemşirelerin bakım davranışlarına yönelik algılarının tanımlanması önemlidir.

Çok kültürlü bir toplum olan Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)’de görev yapan hemşirelerin bakım davranışlarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Yürün, (2015) tarafından yapılan ve örnekleme KKTC’deki sadece bir devlet hastanesi ve bir özel hastanede görev yapan 190 hemşirenin oluşturduğu, bakım davranışları ölçeği olarak madde sayısının az olması nedeniyle hemşire ve hastaların birlikte alındığı çalışmalarda kullanıma daha uygun olan Bakım Davranışları Ölçeği-24’nin kullanıldığı çalışmada hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeği-24’ten elde ettikleri en yüksek puanın “bilgi-beceri” ile ilgili alt boyutta

olduğu, en düşük puanın ise “saygılı olma” ve “bağlılık” alt boyutlarında elde edildiği belirlenmiş, çalışmanın sonucunda araştırmacılar bu konuda daha geniş kapsamlı bir örneklem ile daha kapsamlı çalışmalar yapılmasını önermişlerdir.

KKTC’de bulunan 4 devlet ve 2 üniversite hastanesinde görev yapan 587 hemşirenin katılımıyla, 50 bakım davranışı ifadesini içeren Bakım Davranışları Ölçeği (CARE-Q) kullanılarak gerçekleştirilen bu çalışma, KKTC de görev yapan hemşirelerin algılayışlarını ve algılamayı etkileyen etmenlere ilişkin bir anlayış geliştirmek amacıyla yapılmıştır. Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarının ve algılamayı etkileyen faktörlerin tanımlanmasının çok kültürlü bir toplum olan KKTC de bakım algısı konusunda bir anlayış kazanılmasına katkı sağlayacağı, bakımın sonuçları konusunda yapılacak karşılaştırmalı araştırmalar için bir temel oluşturabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, KKTC de görev yapan hemşirelerin algılayışlarını ve algılamayı etkileyen etmenlere ilişkin bir anlayış geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

S1: Hemşirelerin bakım davranışları algılamaları nasıldır?

S2: Hemşirelerin kişisel ve mesleki deneyim ve özellikleri bakım davranışlarını algılamalarını etkilemekte midir?

1.4. Araştırmanın Değişkenleri:

1.4.1. Bağımlı değişkenler:

Araştırmanın bağımlı değişkeni bakım davranışlarının algılanışıdır.

1.4.2. Bağımsız değişkenler:

Araştırmanın bağımsız değişkenleri bakım davranışlarının algılanışını etkileyen etkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mezun olduğu hemşirelik programı, çalışılan servis, mesleki deneyim süresi, çalışma şekli / saatleri, konumu, çocuk ve kardeş sahibi olma, hastanede yatma deneyimi, meslekten memnuniyet, mesleği tekrar seçme ve hemşirelerin hastaları anlama durumuna ilişkin öz-değerlendirmeleri) dir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım ve Bakım Davranışları

Bakım hemşireliğin özü, özgün işlevi, bir meslek olarak hemşireliği diğer disiplinlerden ayırt edici özelliği olarak kabul edilmektedir (Kol, 2017). Watson, İnsan Bakım Bilimi Teorisi'nde hemşireliği *bakım verme felsefesi ve bilimi* olarak tanımlamaktadır. Watson'a göre bakım, hemşirelik uygulamasında varoluşçu ilişkisel bir deneyim, hemşire ve hasta arasında karşılıklı olarak yararlanım ve büyüme sürecidir. Watson bakım verme sürecinde hemşire ve hastanın geliştiğini bu süreçten yararlandıklarını ifade etmektedir (Kol 2017; Suliman ve diğerleri 2009; Perry, 2017; Wojnar, 2014).

Leninger *Kültürel Bakım Teorisi'nde* bakımı, tahmin edilen gereksinimleri karşılamak için, bir başkasına yönelik yardım edici, destekleyici ya da geliştirici eylem ve aktiviteler olarak tanımlar. Leninger'e göre insan bakımı evrensel bir fenomendir ancak bakımın ifade edilişi, süreçleri ve örüntüleri kültürden kültüre değişir (McFarland, 2014; Tanrıverdi, 2017). Bu bağlamda, çeşitli kültürlerde bakım alanların / hastaların ve hemşirelerin bakım kavramlarını anlamak için yapılan çalışmalar bakım davranışlarının meydana geldiği kültüre özgü olmalıdır.

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde bakım, 'bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek' olarak tanımlanmaktadır (TDK 2018). *TDK'a göre bakmak (bakım verme)*, bakma işi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve bunları sağlama işi; ilgilenmek, bakışı bir şey üzerine çevirmek; beslemek, geçindirmek; sorumluluk, birinden bir işi beklemek; bir işi yapmak, bir işi yapmakla görevli olmak; gözetmek, korumak; aramak, yoklamak, incelemek, denemek; hastayı muayene etmek; tedavi etmek için ilgilenmek; anlamak, farkına varmak; uğraşmak, meşgul olmak anlamlarına gelmektedir. Bakım ve bakma sözcüklerinin İngilizce karşılıkları da benzer şekilde; nursing (bakım, beslemek, aziz tutmak, bakıp büyütme), responsibility (sorumluluk, yükümlülük, bakım), attendance (refakat, huzur ve bakım), careful (dikkat, özen göstermek), supervision (denetim, uyarı, ihtimam, üzerine titreme, nezaket) anlamlarına gelmektedir. Bu tanımların her birinin hemşirelik bakımının çeşitli boyutları ile örtüştüğü görülmektedir. Hemşirelikte de bakım, eylem olarak kullanıldığında;

korumak, beslemek, yardım etmek, iletişim ve gereksinimlerin karşılanması, sevgi, sempati ve saygı gösterme, düşünmek, özen göstermek ve empati duymak anlamlarına gelmektedir (Altınok ve diğerleri, 2011; Brilowski ve Wendler, 2005; McCance ve diğerleri, 1997; Perry, 2017).

Hemşirelikte bakım; rahatlatma sanatı olarak tanımlanmıştır (Papastavrou ve diğerleri, 2011; Altınok ve diğerleri, 2011; Jasmine, 2009). Rahatlatma bakımın “yapma” boyutu kadar ilgilenme, özen gösterme, önemseme, kişiler arası ilişkiler, bilgilendirme gibi besleyici boyutları ile ilgilidir. Hemşirelik bakımı verme, hemşirede sağlığın iyileştirilmesine yönelik teknik ve fiziksel bakım verme yeterlilikler kadar bir insanı bilme, onun yanında olma, sağlama ve kolaylaştırma, cesaretlendirme, destekleme, bilgilendirme, rahatlatma, öz-yeterliliği sağlama, geliştirme ve sürdürmeye ilişkin duygusal, sosyal yeterliliklerin ve özgün bir anlayışın olmasını gerektirir. Bu yeterlilikler ve özgün anlayış bir hemşirelik bakımı deneyiminde bakım davranışları olarak ifade bulur (Boykin ve Schoenhofer, 2001; Brilowski ve Wendler, 2005; Finfgeld ve Connett, 2008; Kol 2017; Wojnar, 2014).

2.2. Bakım (Bakım verme) Davranışları

Son 30-35 yılda hemşirelikte bakım kavramına odaklanıldığı görülmekle ve bakım hemşireliğin özü, temeli olarak ifade edilmekle birlikte, hemşirelik literatüründe bakımın ve bakım davranışlarının ne olduğuna ilişkin belirsizlik olduğu ileri sürülmektedir (Papastavrou ve diğerleri, 2011).

Watson’un İnsan Bakım Bilimi Kuramında bakım davranışları olarak da değerlendirilebilen 10 iyileştirici eylem (Carative Factors) tanımlamıştır. Hemşireliğin amacı bireye akıl, beden ve ruh arasında uyum sağlama konusunda yardım etmektir. Bu amaca iyileştirici faktörler adını verdiği bakım davranışları /girişimleri ile ulaşılabilir (Jesse, 2014; Kol, 2017). Watson’a göre hemşireliğin merkezi bu iyileştirici faktörlerdir ve hemşirelerin bu süreçleri gerçekleştirebilmesi için insani bilimlerde donanımlı olması gerekir. Watson’ın kuramında tanımlanan 10 iyileştirici faktör şunlardır;

1. Hümanistik-alturistik değerler sisteminin oluşturulması

2. Güven-umut aşılama

3. *Kendi ve diğerleri için duyarlılık geliştirme*
4. *Yardım-güven ilişkisi geliştirme*
5. *Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesinin sağlanması ve desteklenmesi*
6. *Karar vermede bilimsel problem çözme yönteminin sistematik kullanılması*
7. *Kişilerarası eğitim-öğrenme yöntemlerinin desteklenmesi*
8. *Destekleyici, koruyucu ve düzenleyici, zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve ruhsal bir çevre hazırlanması*
9. *Temel insan gereksinimlerinin karşılanmasında yardım*
10. *Varoluşsal- fenomenolojik güçlerin göz önünde bulundurulması*

Swanson, Bakım Model’inde bakımı şöyle tanımlamıştır; ”Bakım, kişinin kişisel sorumluluk aldığı ve sorumluluk duygusu hissettiği, değer verdiği bir başka insanla besleyici bir ilişki kurma şeklidir”. Swanson, bireyler tarafından yararlı olarak tanımlanan bakım davranışlarının neler olduğunu, bakım vermenin nasıl bir şey olduğunu sorguladığı araştırmalara dayalı olarak bakım verme olarak adlandırılan beş bakım süreci tanımlanmıştır; (1) bilme, (2) (onunla) olma / yanında olma, (3) (onun için) yapma, (4) olanak sağlama, kolaylaştırma, (5) inancın sürdürülmesidir. (Andershed ve Olsson, 2009; Wojnar, 2014).

Bilme: Bir başkasının hayatında olan bir olayın anlamını anlamak, varsayımlardan kaçınmak, bakılan kişiye odaklanmak, ipuçlarını aramak, titizlikle değerlendirmek ve bilme sürecinde hem bakım vermeye, hem de bakım verilen kişiye bir bakışı hem de bilme sürecine değer verenleri anlamaya çalışmak;

Yanında olma: Diğer biri için emosyonel olarak var olma, yanında olma durumudur. Kişinin orada bulunmasını, erişilebilirliğin iletilmesini, bakılan kişiyi bunaltmadan duyguların paylaşılmasını içerir.

(Onun için) yapma; Diğer biri için, eğer olanak olsa kendisi için ne yapmak istiyorsa onun yapılmasıdır. Gereksinimleri önceden tahmin etmeyi, rahatlatmayı, yapılacakları becerili ve yetkin şekilde, bakılan kişinin onurunu koruyarak gerçekleştirmeyi içerir.

Sağlama/ kolaylaştırma: Olay üzerine odaklanarak, bilgilendirerek, açıklayarak, destekleyerek, duyguların doğrulamasını yaparak, alternatifler yaratarak, her şeyi düşünerek ve geri bildirim vererek bir diğer kişinin yaşamın geçiş dönemlerinden ve aşına olmadığı olaylar / süreçlerden geçişinin kolaylaştırılmasının sağlanması.

İnancın sürdürülmesi, diğerinin bir olay veya geçiş sürecinden geçme ve anlam bularak geleceği karşılama kapasitesine güvenme, diğer birinin kapasitesine inanma ve onu yüksek bir saygınlık içinde tutma, umut dolu bir tutumu sürdürme, gerçekçi iyimserlik sağlama, durum ne olursa olsun bakılan kişiye destek olmak için hazır bekleme.

Bakım Kuramı modelinde tanımlanan tüm bu süreçler bakımın çeşitli boyutlarını içermektedir. Bu bağlamda bakım davranışları, bir başkasına yönelme, onu bilme, onun yanında olma, ona olan inancını sürdürme, koruma ve yardım etme, istek ve gereksinimlerini karşılamaya istekliliği iletme, kolaylaştırma, içtenlikle, şefkat ve saygı duyarak sorumluluklarını yerine getirme gibi davranışlar ile tanımlanabilir (Andershed ve Olsson, 2009).

Bakım süreçleri gözlenebilir bakım davranışlarının tanımlanması için bir temel sağlamaktadır. Günümüzde hemşirelik uygulamalarında ortak dil geliştirme çalışmalarının ürünü olan NIC hemşirelik girişimleri sınıflamasında bu süreçler hemşirelik girişimleri olarak görülmekte, NIC girişimleri arasında fizyolojik ve fiziksel bakım, öğretim, kolaylaştırma, cesaretlendirme ile ilişkili, yanında bulunma/varolma, ümit aşılama, rol güçlendirme gibi girişimler yer almaktadır(Bulechek ve diğerleri, 2013).

Hemen hemen geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinden beri, hemşirelik felsefesi ve kuramlarında hemşirelik ve hemşireliğin özgün işlevi olarak bakımın ne olduğu kapsamlı ve çok boyutlu şekilde tanımlanmasına rağmen günümüzde de hemşirelik bakımının sadece fiziksel bakım verme ile sınırlı şekilde algılandığına ilişkin bulgular ve gözlemler bulunmaktadır (Tekin, 2017; Aydın,2014). Oysa günümüzün birey ve aile merkezli, bireylerin bakıma katılımını ve sağlık davranışlarında öz-yeterliliğini geliştirmeyi hedefleyen sağlık bakım sistemlerinde çağdaş hemşirelik bakımının önemi giderek daha çok artmaktadır.

Hemşireler tarafından sağlanan bakım davranışları, hastaların bakım gereksinimleri ile uyumlu olursa bakımdan memnuniyet ve doyum artar. Hastalar ve hemşireler arasında kabul gören bakım davranışlarında güçlü bir uyumsuzluk olması, hastaların gereksinimlerinin karşılanmamış olduğu, hastaların aldıkları bakımdan memnun olmadıkları anlamına gelmektedir (He ve diğerleri, 2013; Liu ve diğerleri 2006).

2.3. Bakım davranışlarının belirlenmesine yönelik araştırmalar

Hemşire ne yapar, hemşire neyi, nasıl yapar ve ne sonuç elde eder sorularını soran ve özgün yanıt getiren kuramcıların çalışmaları ve geliştirilen kuramları takiben oluşan mesleki bilgi birikimi sonucu bakım odaklı hemşirelik kuramları ve modelleri gelişmeye başlamıştır. Hemşirelikte yaşanan bu gelişmelere paralel olarak bakım verici davranışların neler olduğu sorusu ilgi çekmeye başlamış, bakımın hastalar, aileler, hemşireler, kurumlar ve toplumla ilişkili sonuçlarının neler olduğunun tanımlanmasına çalışılmıştır (Andershed ve Olsson 2009; McCance, 2008; Papastavrou 2011 ve Beck, 1999; Wu, 2006;). Bu doğrultuda bakımı farklı özellikleri ile inceleyen birçok metodolojik çalışmalar sonucu bakım ölçme araçları geliştirilmiştir. Bunlardan sıklıkla kullanılan ölçeklerden bazıları şunlardır;

Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ)- (Caring Assessment Questionnaire-Care Q):

BDÖ, Patricia Jean Larson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Hemşirelik literatüründe yer alan ilk kantitatif bakım değerlendirme aracı olan bu ölçek, hemşirelerin, öğrencilerin ve hastaların oluşturduğu farklı gruplarla yapılan çalışmalarda kullanılmıştır. Care-Q'nun zorunlu- seçim formatı ve Q metodolojisinin bazı sınırlılıkları olduğu görülerek getirdiğini ve bakım maddeleri arasından en önemlilerini belirlemede zorlanmalar oluştuğunu ölçeğin tamamlanmasında gereken zamanın uzunluğu ve katılımcıların belirtilen seçimlere göre maddeleri sınıflandırmasında güçlükler olduğu görülmüştür. (Larson 1981; Lee ve diğerleri 2006; Watson 2009). Bunun üzerine ölçek Larson, Lee ve Holzemer tarafından 6 alt boyut ve 50 madde içeren şekilde, Q metodoloji yerine 7'li Likert tip ölçek haline getirilerek uyarlanmıştır. Bu çalışmada da veri toplama aracı olarak kullanılan bu ölçeğin hasta ve hemşirelerin bakım davranışları algısının birlikte değerlendirildiği

çalışmalardan çok sadece hemşirelerin bakım davranışları algısını değerlendirmeye yönelik çalışmalarda kullanıldığı belirtilmiştir. Bu ölçeğin Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği Eskimez ve Acaroğlu tarafından 2012 yılında yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir.

Bakım Davranışları Ölçeği-24: Wu ve ark (2006) tarafından oluşturulan bu ölçek, Wolf ve ark. (1994) tarafından geliştirilen, hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek için tasarlanan, çift yönlü tanılamaya uygun 42 maddelik “Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory/CBI-42)”nin kısa formudur. “Bakım Davranışları Ölçeği-24 (Caring Behaviors Inventory-24/CBI-24) ” olarak adlandırılan ölçek, 4 alt gruptan (1.güvence, 2. Bilgi ve beceri, 3. Saygılı olma, 4. Bağlılık) ve 24 maddeden oluşan, 6’lı likert tipi bir ölçektir. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24) formunun Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Kurşun ve Kanan tarafından yapılmıştır (Kurşun ve Kanan, 2010).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS): Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası, hastaların bakış açısından bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirmek amacı ile Suhonen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen, her biri bölümünde üç alt boyut bulunan ve 17 madde içeren iki bölümden oluşan likert tipi bir skaladır. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması 2005 yılında Acaroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Acaroğlu, 2007; Acaroğlu ve Şendir 2012).

Bakım Davranışları Değerlendirme Ölçeği (Caring Assessment Inventory /CBI): Watson’un bakım kuramında tanımlanan 11 carative (iyileştirici) faktörü temel olarak, Cronin ve Harrison tarafından geliştirilen ölçek 7 alt boyut (1. Hümanizm-umut, inanç, duyarlılık, 2. Yardım etme, güven, 3. Olumlu ve olumsuz duygularını ifade etme, 4. Öğrenme –öğretme, 5. Destekleyici, koruyucu, düzeltici çevre sağlama, 6. İnsan gereksinimlerine yardım, 7. Varoluşsal, fenomolojik ve spiritüel güçler oluşmaktadır. Ölçek 63 madde içermektedir. Ölçekte yer alan bakım davranışları 1-5 arasında puan verilerek değerlendirilmektedir.

Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ): Hastaların hemşirelik bakımını algılayışını değerlendirmek amacı ile Ann M. Dozier ve arkadaşları tarafından 2001 yılında Amerika’da geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türk

toplumuna uyarlaması 2006 yılında Çoban ve Kaşıkçı tarafından yapılmıştır. Ölçek hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve bu bakımdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Çoban, 2006).

Bakım davranışlarının algılanışını değerlendirmeyi sağlayan bu araçlar kullanılarak, çeşitli kurumlarda, çeşitli hasta gruplarının, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarının algılanışını tanımlamak üzere birçok çalışma yapılmıştır (Ahmed ve diğerleri 2013; Aupia, 2017; Aydın, 2014; Bayraktar ve Eşer, 2017; Gül, 2015; Kurşun, 2010; Labrague 2015; Omari ve diğerleri, 2013; Poirier ve Sossong, 2010 ve Tekin, 2017). Papastavrou ve diğerleri (2010), 2009 yılında hastaların ve hemşirelerin bakım davranışlarını algılayışları arasındaki uyum ve uyumsuzlukları tanımlamak ve incelemek amacıyla yaptıkları sistematik gözden geçirme çalışmalarında bilimsel dergilerde bu konuda yayınlanmış olan araştırma makalelerini incelemişlerdir. Kapsama kriterlerine uygun olarak, bu alanda sadece erişkin hasta grupları, hemşireler ve öğrenciler ile yapılmış, İngilizce dilinde yayınlanmış nicel çalışmaların gözden geçirildiği bu çalışmada 292 makale olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmanın kapsama kriterlerine uygun olan 29 makalenin değerlendirilmiş ve bu konuda yapılan çalışmaların çoğunun onkoloji ünitelerinde, rehabilitasyon merkezlerinde ve cerrahi ve psikiyatri gibi akut bakım servislerinde yapıldığı, en sıklıkla kullanılan veri toplama aracının Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ)- (Caring Assessment Questionnaire-Care Q) ya da bu ölçeğin önceki versiyonu olan Q – metodolojisi olduğunu, ikinci sıklıkta, özellikle hemşire ve hasta gruplarının bakım davranışlarının algılanmasının karşılaştırıldığı çalışmalarda Bakım Davranışları ölçeği-24' ün kullanıldığını belirlemişlerdir. İncelenen çalışmaların çoğunda bakım ve bakım davranışı algılamalarında hastalar ve hemşireler arasında önemli farklar bulunmuştur. Bazı çalışmalarda hastalar teknik bakım uygulamalarını içeren davranışlarını önemli bulurken, hemşirelerin hastayı dinleme, açıklama gibi iletişim ile ilgili davranışları daha önemsedikleri belirlenmiştir. Araştırmacılar, incelemelerinin sonucunda hemşirelerin hastaların bakım algısını doğru bir şekilde değerlendiremediğini, verilen bakımının hastanın tercihlerine, beklentilerine ve bireysel gereksinimlerine uymadığı sonucunu tartışmışlardır (Papastavrou ve diğerleri 2010).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, bakım davranışlarını değerlendirmek için geliştirilmiş ölçeklerin kullanımını sağlamak üzere metodolojik ölçekler kullanılarak hemşirelerin, hastaların ve öğrencilerin bakım algılarının değerlendirildiği tanımlayıcı çalışmalar bulunduğu görülmektedir. Kurşun 'un (2010), genel cerrahi servisindeki hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım davranışlarını ve bakım kalitesini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hasta ve hemşirelerin öz bildirimleri doğrultusunda, hastaların büyük çoğunluğunun ve hemşirelerin az bir kısmının sağlanan hemşirelik bakımını yeterli bulduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin, bakım kavramının incelendiği nitel bir çalışmada (Tekin, 2017) çalışmaya katılan hemşirelerin hepsinin bakım kavramının hemşireliğin temelini oluşturduğunu belirttiği, ancak bu hemşirelerin neredeyse tamamının bakım kavramını; fiziksel gereksinimini karşılayamayan hastaların bu ihtiyaçlarını gidermelerine yardım etmek olarak algıladıkları belirlenmiştir.

Yedi Avrupa ülkesinde 34 hastaneden cerrahi servislerinde yatan hastalar ve burada görev yapan hemşirelerin oluşturduğu örnekleme yapılan çalışmada hastaların ve hemşirelerin bakım davranışlarının algılamalar olduğu belirlenmiştir. Her iki grubunda, bilgi ve beceri önemli bulduğu hemşirelerin daha çok “insanın yanında olduğuna güvenmek ve diğerine saygı gösterme davranışını önemseddiği belirlenmiştir. Ülkeler arasında bakım puan ortalamalarında fark olduğu, hastaların değerlendirmelerine göre bakım puan ortalaması en düşük olan 3 ülkenin Yunanistan, Kıbrıs ve Çek cumhuriyeti olduğu belirlenmiş, bu durum bu ülkelerdeki hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin fonksiyonel modele göre ilişkilendirmiştir. Bu ülkeler arasında Finlandiya, hasta ve hemşirelerin bakım değerlendirme puanı en yüksek ve birbiriyle uyumlu olan ülkedir (Papastavrou ve diğerleri, 2010).

Tayvan'da hemşire ve hemşire öğrencilerin bakım davranışlarını algılamalarını tanımlamak için yapılan çalışmada, her iki grupta da en önemli görülen davranışın “hastayı tanımak”, en az bakım davranışının ise hastanın ve ailenin çıkarlarını/ yararını gözetmek, onların sesi olmak, buna saygı duymayı ifade eden “hasta savunuculuğu” olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin bakım davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı, buna karşın

bakım davranışlarında yaşın etkileyici bir faktör olduğu belirlenmiştir (Li ve diğerleri, 2016).

Patistea ve Siamanta (1999), hastaların ve hemşirelerin bakım algılamalarına ilişkin araştırmaları inceleyerek yaptıkları sistematik derlemede, çeşitli araştırmalarda belirlenen en önemli bakım ögeleri değerlendirmiştir. Patistea ve Siamanta'nın belirttiğine göre; 1972 yılında White 'nin yaptığı çalışmada hastalar fiziksel bakımı, hemşireler ise emosyonel ve duygusal bakımı öncelemişlerdir. Larson 'un 1984 ve 1987'de kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların klinik uzmanlığa (izlem becerilerine), hemşirelerin ise duygusal ve iletişim becerilerine (konuşma, dinleme ve rahatlatma) önem verdikleri belirlenmiştir. 1991 yılında van essen Shoden tarafından dâhiliye ve cerrahi servislerinde yapılan çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Bu araştırmaların sonuçlarına dayalı olarak araştırmacılar hastalar tarafından fiziksel bakım (temizleme, besleme ve izleme gibi) aktivitelerinin en önemli bakım davranışı olarak algılandığı sonucuna varmışlardır.

Aydın'ın (2014), yaptığı çalışmada hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını değerlendirilmiş, hastaların hemşirelik bakım davranışlarını algılama ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir

Hemşirelik öğrencilerinin bakım kavramın incelendiği nitel bir çalışmada (Dobrowolska ve Palase, 2016), öğrencilerin klinik uygulamaya başlamadan önce bakımın hümanistlik yönünü önemli bulurken, klinik uygulama sonrası teknik yönüne önem verdikleri belirlenmiştir. Bu durum, araştırmacılar tarafından hemşirelik öğrencilerinin eğitim süresince sosyalizasyonunun medikal ve teknolojik yönde olduğu ileri sürülerek tartışılmıştır.

Eskimez (2012), Bakım Değerlendirme Ölçeği 'ni (BDÖ) Türkçe 'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığı çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısının ($\alpha=0,97$) olduğunu belirlemiştir. Ölçeğin Türkiye'de kullanımının uygun olduğu, ancak ölçeğin daha büyük ve farklı özelliklere sahip örneklem gruplarına uygulanarak geçerlilik ve güvenilirliğine ilişkin çalışmaların tekrar kontrol edilmesini önerilmiştir. Çalışmasında ise öğrenci hemşirelerin uygulama sıklığına göre en önemli gördükleri bakım davranışının "Güler yüzlü olmak" ve en az önemli

gördükleri bakım davranışının ise “Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb” olduğu belirlenmiştir.

Bir üniversitede hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını algılamalarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada (Birimoglu ve Ayaz, 2015), bakım davranışlarını algılama ölçeğinden aldıkları puanın ortalamanın üzerinde olduğu, bakım davranışlarını algılama durumunu mesleği isteyerek tercih etme, bakım ile ilgili deneyim yaşama gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, KKTC’de çalışan hemşirelerin bakım davranışlarını algılamasını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı- kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma KKTC Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Gazimağusa Devlet Hastanesi, Cengiz Topel Devlet Hastanesi, Girne Dr. Akçiçek Devlet Hastanesi, Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi’nde yapılmıştır.

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi; Lefkoşa’da 1978 yılında kurulmuş olan 603 yataklı bir hastanedir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (2 Ocak- 28 Şubat 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 421 dir.

Gazimağusa Devlet Hastanesi; 2007 yılında hizmete açılan Gazimağusa Devlet Hastanesi, 164 yataklıdır. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (2 Ocak- 28 Şubat 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 135 dir.

Cengiz Topel Devlet Hastanesi; Güzelyurt-Lefke yöre halkına hizmet veren bir bölge hastanesidir. Hastane 1929 yılında bir maden şirketi tarafından açılmış, 1975 tarihinden itibaren sağlık bakanlığına bağlanmış olan, 60 yataklı bir hastanedir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (2 Ocak- 28 Şubat 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 32’dir.

Girne Dr. Akçiçek Devlet Hastanesi: Girne Dr. Akçiçek Hastanesi 1975 yılında Girne’de kurulmuş, 1996 ve 2000 yılında ek binalar açılarak hizmet kapsamı genişletilmiştir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (2 Ocak- 28 Şubat 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 72’dir.

Yukarıda belirtilen bu dört hastanede hemşireler 07:00-14:00, 14:00-21:00 ve 21:00- 07:00 saatlerinde olmak üzere 3 vardiya şeklinde çalışmaktadır.

Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi: Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi KKTC'nin ilk eğitim ve araştırma hastanesidir. Hastane 2010 yılında kurulmuştur ve 262 yataklı bir hastanedir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (1 Ocak- 1 Mart 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 241'dir.

Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi:2016 yılında kurulmuş, 150 yatak kapasitesi olan bir hastanedir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (1 Ocak- 1 Mart 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 84 kişidir. Bu iki hastanede hemşireler 08:00-16:00, 16:00-24:00 ve 24:00-08:00 şeklinde olmak üzere 3 vardiya şeklinde çalışmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini KKTC'de bulunan 4 devlet 2 üniversite hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, KKTC'de bulunan 4 devlet ve 2 üniversite hastanesinde çalışan, araştırmanın örnekleme katma kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 587 hemşire örneklemi oluşturmuştur.

3.5. Araştırma Örneklemine Katma Kriterleri

Araştırmanın örneklemine bir hemşirelik programından mezun olup, en az 1 aydır hemşire olarak çalışan , Anadili türkçe olmayan hemşireler araştırma yönergesini ve veri toplama formunu okuyup, algılayıp, yanıtlayabilme yetkinliğine sahip Türkçe okuma ve yazma yeterliliği olan ve hemşireler örnekleme alınmıştır.

Tablo 3.1. Çalışmanın yapıldığı kurumlar ve kurumlarda çalışan hemşire sayıları ve çalışmaya katılan hemşire sayısı

KURUMLAR	Kurumdaki hemşire/ hemşirelik personeli sayısı	Bilgi formunu ve BDÖ doldurarak veren hemşire sayısı
Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi	81	55
Dr. Akçiçek Devlet Hastanesi	74	41
Gazimağusa Devlet Hastanesi	135	97
Cengiz Topel Devlet Hastanesi	32	8
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi	224	195
Nalbantoğlu Devlet Hastanesi	421	191
Toplam	967	587

Araştırmanın yapıldığı kurumlarda,1 Ocak- 1 Mart 2018 tarihleri arasında hemşire olarak görev yapan 967 kişi bulunmaktadır. Örneklemdeki hemşire sayısı ise 587’dir.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada veriler hemşire bilgi formu ve Bakım Değerlendirme Ölçeği (Caring Assessment Questionnaire/Care-Q) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1.1. Hemşire Bilgi Formu: Hemşirelerin bakım davranışı algılarını etkileyebileceği düşünülen değişkenlerin sorgulandığı bilgi formu ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Birimoglu ve ayaz 2015; Eskimez 2012 ve Kurşun, 2010). Bilgi formunda hemşirelerin yaşı, medeni durumu, cinsiyeti gibi sosyo demografik özelliklerini, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, çalıştığı servis, çalıştığı serviste konumu, çalışma şekli, çalıştığı ortamdaki ve meslekten memnuniyet durumu gibi mesleki ve çalışma koşullarına ilişkin özellikleri, çocuğu ve kardeşi olma durumu ve sayısı, hastanede yatma deneyimi

gibi bakım alma ve verme deneyimlerini belirlemeye yönelik 16 soru bulunmaktadır (EK 1).

3.6.1.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Caring Assessment Questionnaire / Care-Q):

Bakım Değerlendirme Ölçeği 1981 yılında Larson tarafından geliştirilmiş olup bu konudaki ilk kantitatif bakım değerlendirme aracıdır (Larson, 1981; Watson 2009) Ölçek bakım davranışlarını içeren ve davranışın yerine getiriliş sıklığı 1-7 arasında değerlendirilen 50 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşan Likert tip bir ölçektir (EK 2). Her bir maddenin uygulanış durumu “Hiç (1), Hemen Hemen Hiç (2), Nadiren (3), Bazen (4), Genellikle (5), Hemen Hemen Her Zaman (6) ve Her Zaman (7)” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin puanlandırılması her bir bakım davranışına verilen yanıtı gösteren rakamsal değerler dikkate alınarak (1 puan – 7 puan arası) hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam ham puan 50, en yüksek toplam ham puan 350’dir. Toplam ham puan madde sayısına (50 madde) bölünerek, 1-7 arasında toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça, bakım davranışlarının uygulanma sıklığı ve algılamalarının olumlu yönde arttığı değerlendirilmektedir. Ölçeğin “Ulaşılabilirlik, “Açıklamalar ve Olanaklar”, “Konfor”, “Beklentiler”, “Güven Verici İletişim”, “Gözlemler ve izlemler” olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve madde sayı ve numaraları aşağıda verilmektedir.

Tablo 3.2. Ölçeğin alt boyutların madde sayıları

Ölçeğin içerdiği alt boyutlar;	Madde
Ulaşılabilirlik	1-2-3-4-5-6
Açıklamalar ve olanaklar	7-8-9-10-11-12
Konfor	13-14-15-16-17-18-19-20-21
Beklentiler	22-23-24-25-26
Güven verici iletişim	27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42
Gözlemler ve izlemlerdir	43-44-45-46-47-48-49-50

Bakım Değerlendirme Ölçeğinin Türkiye’de geçerliliği ve güvenirliği Eskimez ve Acaroğlu tarafından 2012 yılında yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmamızda ise tüm ölçek için toplam Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,94 bulunmuş olup, ölçeğin alt toplam ve alt boyutlarına ilişkin Eskimez (2012) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ve çalışmamızda elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayıları aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.3. Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) ve alt boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

ALT BOYUTLAR	Eskimez ve Acaroğlu 2012	Çalışmada α güvenirlik değeri
Ulaşılabilirlik	0.84	0,85
Açıklamalar ve Olanaklar	0.86	0,63
Konfor	0.89	0,77
Beklentiler	0.88	0,69
Güven Verici İletişim	0.95	0,86
Gözlemler ve izlemler	0.92	0,80
BDÖ Toplam	0.97	0,94

3.6.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini kontrol etmek amacıyla Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi acil ve cerrahi kliniklerinde çalışan 10 hemşire ile Kasım 2017’de ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda bilgi formuna 1 soru (cinsiyet) eklenmiş, 3 soru (mevcut pozisyonda çalışma süresi, çalıştığı birimde çalışmanın kendi talebi olup olmadığı, birimdeki çalışma süresi) çıkarılmıştır. Bu düzenlemeden sonra tekrar 10 hemşire ile ön uygulama yapılmış, soru formunda herhangi bir düzenleme gerekmediği değerlendirilmiştir. Birinci ön uygulamanın yapıldığı hemşireler örnekleme dâhil edilmez iken, ikinci uygulamada herhangi bir düzenleme

gerekmediği için ikinci ön uygulamanın yapıldığı 10 hemşire örnekleme dâhil edilmiştir.

Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30 dakikadan uzun sürdüğü saptanmış, hemşirelerin bu kadar süreyi bir oturumda tamamlamalarının güç olduğu değerlendirilerek çalışmanın veri toplama formlarının dağıtılıp, daha sonra toplanması şeklinde uygulanmasına karar verilmiştir.

3.6.3.Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapıldığı kurumların yönetimleri ile işbirliği sağlanarak hemşirelere ulaşılmış ve çalışmanın amacı ve süreçleri açıklanarak hemşireler çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere Hemşire Bilgi Formu ve Bakım Değerlendirme Ölçeği verilmiş, doldurulmuş formların ne zaman toplanacağı hemşireler ile birlikte belirlenmiş ve belirlenen zamanda araştırmacı tarafından alınmıştır. Kurumların çalışma düzenine göre araştırmacı her vardiyada belirli süreler ile kurumda ulaşılabilir konumda bulunmuştur. Ayrıca, katılımcı hemşirelerin gerektiğinde ulaşabilmeleri için telefon numarası verilmiştir.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada genel özellikler hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Sürekli Değişkenlere ait veriler Aritmetik Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata şeklinde verilmiştir. Niteliksel veriler için Sayı ve Yüzde ile dağılımlar hakkında bilgi verilmiştir.

Sürekli değişkenlere ait verilerin homojenliği (normal dağılıma uyup uymadıkları) “Levenee testi” ile değerlendirilmiş, $p \leq 0.05$ olduğunda verilerin homojen olmadığı (normal dağılıma uymadığı), $p > 0.05$ olduğunda ise verilerin homojen olduğu (normal dağılıma uydukları) kabul edilmiştir.

Ölçümle belirtilen değişkenler için, (ikiden çok boyut olduğunda) gruplar arası farkları bulmak için “Tek Yönlü Varyans Analizi (one way ANOVA)” kullanılmıştır. Verilerin homojen olmadığı durumda ($p \leq 0.05$) ise bu testin parametrik olmayan karşılığı olan “Kruskall Wallis Varyans Analizi” kullanılmıştır. Varyans Analizinde gruplar arasında fark önemli bulunduğunda gruplar ikişer ikişer “Post Hoc” testlerinden “Tukey HSD” testi ile karşılaştırılmıştır. Kruskall Wallis Varyans Analizinde gruplar arasında fark önemli bulunduğunda gruplar ikişer ikişer “Mann Whitney U-testi (Bonferoni Düzeltmeli) ile karşılaştırılmıştır.

Ölçümle belirtilen değişkenler için (iki boyut olduğunda), gruplar arası farkları bulmak için “Bağımsız Gruplarda t-testi (t-test for independent samples)” kullanılmıştır. Verilerin Normal Dağılıma uymadığı durumda ($p \leq 0.05$) ise bu testin parametrik olmayan karşılığı olan “Mann Whitney U-testi” kullanılmıştır.

Hemşirelerin bakım davranışları ölçeğindeki alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin / korelasyonun saptanmasında Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Önemlilik değeri 0.05’den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalar hazır istatistik yazılımı ile yapılmıştır (IBM SPSS Statistics 21, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY).

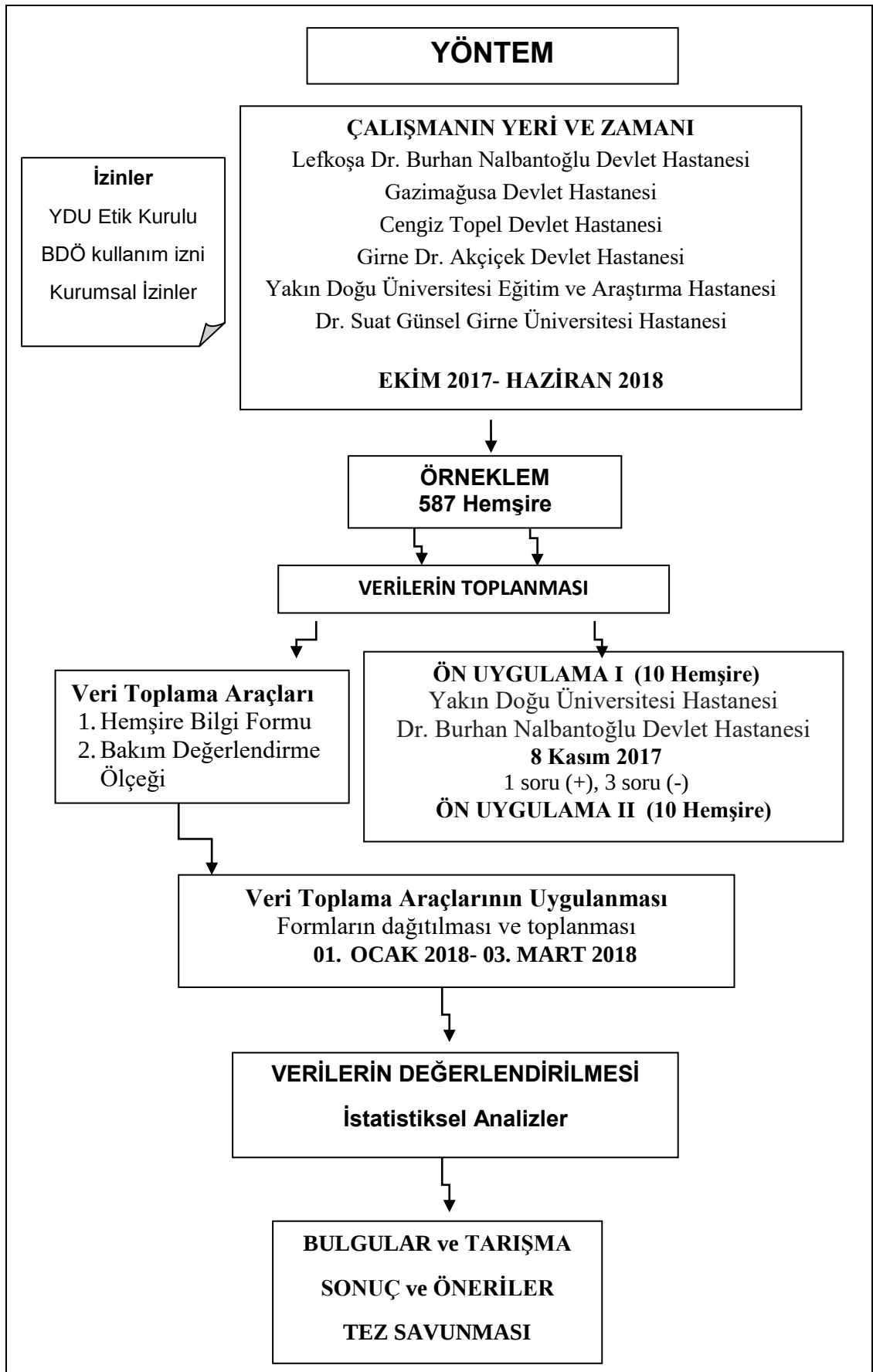
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma konusunun, veri toplama araçlarının ve yönteminin etik olarak uygunluğu Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve yazılı onay (YDU/ 21.12.2017/53-498) alınmıştır (EK 3).

Araştırmaya başlamadan önce Bakım Değerlendirme Ölçeğini (BDÖ) kullanabilmek için Dr. Zehra ESKİMEZ 'den 14.08.2017 tarihinde izin alınmıştır (EK 4).

Veri toplama formlarının devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelere uygulanabilmesi için Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'ndan (EK 5), üniversite hastanelerine uygulanabilmesi için Yakın doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği (EK-6) ve Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden (EK-7) kurumsal izinler alınmıştır.

Araştırmada "insana ve insanın karar verme hakkına saygı" ilkesi göz önünde bulundurulmuştur. Bu nedenle örneklem; çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler tarafından seçilmiş, çalışmaya katılacak her hemşireye katılıp/ katılmama konusunda kendisinin karar verebileceği söylenmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin "mahremiyet/gizlilik hakkına" saygılı olunacağı ve kendisinden alınan bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağı açıklanmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin bireysel özellikleri (n=587)

Bireysel Özellikler	Sayı(n)	Yüzde (%)
Yaş		
24 <	85	14,5
25-29	123	21,0
30-35	101	17,2
36 >	278	47,3
Cinsiyet		
Kadın	485	82,6
Erkek	102	17,4
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	42	7,2
Ön lisans	86	14,7
Lisans	387	65,9
Yüksek lisans ve üzeri	72	12,2
Medeni durumu		
Evli	306	52,1
Bekâr	281	47,9
Çocuğu olma durumu		
Var	275	46,8
Yok	312	53,2
Kardeşi olma durumu /sayısı		
Yok	114	19,4
1-2 kardeş	200	34,1
3 ve üzeri	273	46,5
Hastanede yatma deneyimi		
Var	380	64,7
Yok	207	35,3

Örneklemdaki hemşirelerin %47,3'ü 36 ve daha büyük yaşlarda, %82,6'sının kadın, % 65,9'unun lisans programı mezunu, % 52,1'inin evli, %46,8'inin çocuğu olduğu, %46,5'inin 3 ve daha fazla kardeşe sahip olduğu, %64,7'sinin hastaneye yatma deneyimi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin mesleki ve çalışma durumlarına ilişkin bazı özellikleri (n=587)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde %
Çalışma süresi		
1 <	67	11,4
1-5	152	25,9
6-10	123	21,0
11-15	113	19,2
16 >	132	22,5
En uzun süre çalışılan servis		
Dâhiliye servisleri (nöroloji, kardiyoloji, onkoloji, göğüs hastalıkları dermatoloji vb.)	154	26,2
Cerrahi servisler (üroloji, ortopedi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göz, KBB vb.)	106	18,1
Kadın doğum servisi	32	5,5
Çocuk servisi	40	6,8
Acil servis	65	11,1
Poliklinikler	103	17,5
Yoğun bakımlar	87	14,8
Görev konumu		
Servis sorumlusu	74	12,6
Servis hemşiresi	484	82,5
Diğer *	29	4,9
Çalışma düzeni		
Gündüz	179	30,5
Gece	13	2,2
Her ikisi	395	67,3

**Başhemşire, başhemşire yardımcısı, hizmet içi eğitim hemşiresi, enfeksiyon kontrol hemşiresi, süpervizör hemşire*

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %25,9'unun çalışma süresinin 1-5 yıl arası, %26,2'nin Dâhiliye (nöroloji, kardiyoloji, onkoloji, göğüs hastalıkları dermatoloji vb.) servislerde, %82,5'inin servis hemşiresi olarak çalıştığı, %67,3'ünün ise hem gündüz hem de gece vardiyalarında görev yaptığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin mesleklerine ilişkin bazı görüş ve düşünceleri (n=587)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde %
Hastaları anlama durumuna ilişkin öz değerlendirme		
Her zaman anlarım	217	37,0
Çoğunlukla anlarım	292	49,7
Bazen anlarım	78	13,3
Çalışma ortamınızdan memnuniyet		
Memnun	336	57,2
Kısmen memnun	208	35,5
Memnun değil	43	7,3
Mesleği isteyerek seçme durumu		
Evet	467	79,6
Hayır	102	17,4
Diğer	18	3,0
Hemşireliği seçme kararına ilişkin değerlendirme		
Seçerdi	323	55,0
Seçmezdi	113	19,3
Emin değil	151	25,7

Örneklemdaki hemşirelerin hastaları anlama konusunda kendi yeterliliklerine ilişkin öz değerlendirmelerine dayalı bulgulara bakıldığında, %49,7'sinin hastaları çoğunlukla anladıkları şeklinde değerlendirmeye sahip olduğu, %57,2'si çalıştıkları ortamdan memnun olduğu, %79,6'sının hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği saptanmıştır. Hemşirelerin **“bugün olanak olsa tekrar hemşirelik mesleğini seçip seçmeyecekleri”** konusunda değerlendirilmeleri incelenmiş, %55'i yine hemşirelik mesleğini seçeceği belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Bakım Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarındaki puanları (n= 587)

BDÖ ve Alt Boyutları	Min. $\bar{X}$	Max. $\bar{X}$	$\bar{X}$	SS
Ulaşılabilirlik (6 madde)	1,00	7,00	4,84	1,02
Açıklamalar ve olanaklar (6 madde)	2,50	7,00	5,30	0,71
Konfor (9 madde)	1,78	7,00	5,42	0,70
Beklentiler (5 madde)	1,40	7,00	5,19	0,78
Güven verici iletişim (16 madde)	2,25	7,00	5,38	0,67
Gözlemler ve izlemler (8 madde)	2,28	7,00	5,53	0,72
BDÖ TOPLAM	2,28	7,00	5,32	1,02

Hemşirelerin BDÖ genel puan ortalamasının $5,32 \pm 1,02$ olduğu saptanmıştır. Alt boyutlardaki puan ortalamaları ise, “Ulaşılabilirlik” alt boyutunda puan ortalaması $4,84 \pm 1,02$, “Açıklamalar ve Olanaklar” alt boyutunda puan ortalaması $5,30 \pm 0,71$; toplam 9 madde içeren “Konfor” alt boyutunda puan ortalaması $5,42 \pm 0,70$; “Beklentiler” alt boyutunda puan ortalaması $5,19 \pm 0,78$; en fazla madde içeren “Güven Verici İletişim” alt boyutunda puan ortalaması $5,38 \pm 0,67$ olup, “Gözlemler ve İzlemler” alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına ($5,53 \pm 0,72$) sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4. 5. Hemşirelerin Bakım Davranışı Ölçeğinde yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar (n=587)

Alt Boyutlar		Ulaşabilirlik	Açıklamalar ve Olanaklar	Konfor	Beklentiler	Güven Verici İletişim	Gözlemler ve İzlemler	Toplam
Ulaşabilirlik	r	1						
	p							
	n	587						
Açıklamalar ve Olanaklar	r	0,57	1					
	p	0,00						
	n	587	587					
Konfor	r	0,54	0,57	1				
	p	0,00	0,00					
	n	587	587	587				
Beklentiler	r	0,59	0,57	0,59	1			
	p	0,00	0,00	0,00				
	n	587	587	587	587			
Güven Verici İletişim	r	0,65	0,65	0,63	0,73	1		
	p	0,00	0,00	0,00	0,00			
	n	587	587	587	587	587		
Gözlemler ve İzlemler	r	0,55	0,52	0,60	0,58	0,72	1	
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
	n	587	587	587	587	587	587	
Toplam	r	0,79	0,76	0,80	0,80	0,92	0,81	1
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	n	587	587	587	587	587	587	587

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin BDÖ genel toplam ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon ($r=0,76-0,92$) bulunduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Alt boyutlar arasındaki korelasyonlar pozitif yönlü ve kuvvetlidir. Hemşirelerin herhangi bir alt boyuttan almış oldukları puanlar arttıkça, diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Tablo 4.6. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin maddelerinde puan ortalamaları (n= 587)

Ulaşılabilirlik	$\bar{X} \pm SS$
1. Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.	4,00±1,54
2. Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.	4,17±1,46
3. Hastanın tedavisi ve ilaçlarını zamanında uygulamak	5,11±1,40
4. Hastayı sık sık kontrol etmek	5,12±1,33
5. Hastanın çağrılarını kısa zamanda yanıtlamak	5,31±1,19
6. Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirme	5,33±1,19
Açıklamalar ve Olanaklar	
7. Hastaya mevcut destek sistemlerini anlatmak, örn; kendi kendine yardım grupları ve benzer hastalığa sahip diğer bireyler vb.	5,20±1,17
8. Hastaya yeterli bilgi vererek kendisini kötü/eksik hissetmemesini sağlamak	5,34±1,21
9. Hastaya tedavisi ve hastalığı ile ilgili bilmesi gereken önemli konuları anlaşılır bir dille anlatmak	5,45±1,16
10. Mümkün olduğunda, hastaya kendi kendine bakımını nasıl yapacağını öğretmek	5,37±1,16
11. Hekimine sorması için hastaya sorular önermek	5,14±1,29
12. Tıbbi durumu hakkında hastaya karşı dürüst olmak	5,33±1,13
Konfor	
13. Temel konfor önlemlerini almak, örn; uygun aydınlatma, gürültünün kontrolü, uygun giyim/örtünme vb.	5,39±1,19
14. Hastaya, durumu ve tedavisi ile ilişkili olumlu öğeleri tanımlayarak cesaret verme	5,41±1,07
15. Zor beğenen hastalara bile hoşgörülü olmak	5,36±1,14
16. Güler yüzlü olmak	5,54±1,14
17. Hasta ile oturmak	5,20±1,27
18. Rahatlama gereksinimi olduğunda hastaya dokunmak	5,34±1,23
19. Hastayı dinlemek	5,52±1,11
20. Hasta ile konuşmak	5,59±1,13
21. Hastanın ailesi ve onun için önemli olan diğer bireyleri bakımına dâhil etmek	5,41±1,17

Tablo 4.6.Bakım Değerlendirme Ölçeği (Care-Q)’nin maddelerinde puan ortalamaları (n=587) (Devam)

Beklentiler

22. Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak	5,67±1,10
23. Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak	4,96±1,25
24. Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.	5,04±1,12
25. Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığı anda, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.	5,08±1,22
26. Hasta için ilklerin, en zor zamanlar olacağını anlamak ve bu günler süresince hastaya özel dikkat göstermek	5,18±1,20

Güven Verici İletişim

27. Hasta ile birlikte iken, sadece o hastaya yoğunlaşmak	5,27±1,21
28. Kriz veya kritik bir dönem içinde olduğunda bile hasta ile ilgilenmeyi sürdürmek	5,35±1,15
29. Hastaya, kabul edilebilir alternatifler sunmak, örn: görüşme zamanlarının, banyo zamanlarının seçimi vb.	5,37±1,20
30. Gerçekçi hedefler saptamada hastaya yardım etmek	5,34±1,17
31. Durumundaki değişiklikleri hasta ile konuşmak için en uygun zamanı hasta ile birlikte belirlemek	5,28±1,21
32. Herhangi bir eyleme başlamadan önce, hastanın durumunu, hasta ile birlikte gözden geçirmek	5,33±1,18
33. Hastanın hastalığı ve tedavisine ilişkin düşüncelerini açık bir şekilde anlatmasına yardım etmek	5,29±1,16
34. Bakımın planlanması ve yönetiminde, hastanın kendisini ne zaman en iyi ve uygun hissettiğinin farkında olmak	5,38±1,16
35. Hastayı sorular sorabileceği konusunda cesaretlendirmek	5,44±1,15
36. Her ne olursa olsun önceliği hastaya vermek	5,40±1,17
37. Hastanın ailesi ve önem verdiği diğer kişiler ile cana yakın ve içten olmak	5,34±1,13
38. Hastaya, tüm tedavisi ve hastalığı ile ilgili duygularını açıklamasına izin vermek ve bilgileri gizli tutmak	5,50±1,11
39. Hastaya, hitap etmek için tercih ettiği ismi sormak	5,36±1,17
40. Hasta ile tutarlı bir yaklaşım içinde olmak	5,44±1,12
41. Hastayı bir birey olarak kabul etmek	5,52±1,15
42. Kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak	5,50±1,15

Tablo 4.6.Bakım Değerlendirme Ölçeği (Care-Q)’nin maddelerinde puan ortalamaları (n= 587) (Devam)

Gözlemler ve izlemler

43. Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve tanıtıcı kimlik takma	5,43±1,16
44. Röntgen, özel işlemler vb. gibi profesyonel randevu planının, hastanın durumu ve koşullar için uygun olduğundan emin olmak	5,48±1,09
45. İyi organize olmak	5,45±1,11
46. Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek	5,60±1,11
47. Sakin olmak	5,51±1,11
48. Hastaya iyi fiziksel bakım vermek	5,47±1,12
49. Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak	5,57±1,08
50. Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek	5,74±1,10

Hemşirelerin en yüksek puan aldıkları, diğer bir deyişle en sıklıkla uyguladıkları ilk beş sıradaki bakım davranışları sırasıyla, ‘**Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek.**’ 5,74±1,10 ortalaması, ‘**Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak**’ 5,67±1,10 ortalaması ‘**Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek**’ 5,60±1,11 ortalaması, ‘**Hasta ile konuşmak**’ 5,59±1,13 ortalaması, ‘**Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak**’ 5,57±1,08 ortalaması olduğu belirlenmiştir.

Puan ortalamasının en düşük olduğu, diğer bir deyişle hemşireler tarafından en az sıklıkla yerine getirildiği belirlenen bakım davranışları sırasıyla, ‘**Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb**’ 4,00±1,54 ortalaması, ‘**Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.**’ 4,17±1,46 ortalaması, ‘**Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak**’ 4,96±1,25 ortalaması, ‘**Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek,**

örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.” 5,04±1,12 ortalaması, “Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığıında, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.” 5,08±1,22 ortalaması olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin yaş özelliklerine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

	< 24	25- 29	30- 35	> 36	
Alt boyutlar	(n=85)	(n=123)	(n=101)	(n=278)	Test Analizi
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Ulaşılabilirlik	5,24±1,04	5,32±1,16	4,68±1,02	4,56±0,85	$\chi^2_{KW}=71,457$ p=0,0001***
Açıklamalar ve Olanaklar	5,34±0,84	5,35±0,93	5,21±0,62	5,30±0,33	$\chi^2_{KW}=5,643$ p=0,130
Konfor	5,58±0,82	5,54±0,89	5,38±0,63	5,33±0,56	$\chi^2_{KW}=17,852$ p=0,0001***
Beklentiler	5,19±1,00	5,31±1,01	5,14±0,74	5,15±0,59	$\chi^2_{KW}=7,740$ p=0,052
Güven Verici iletişim	5,46±0,80	5,47±0,93	5,40±0,61	5,31±0,47	$\chi^2_{KW}=11,279$ p=0,010**
Gözlemler ve izlemler	5,60±0,80	5,77±0,96	5,52±0,62	5,41±0,56	$\chi^2_{KW}=30,997$ p=0,0001***
BDÖ					
Toplam Puanı	5,44±0,73	5,48±0,82	5,28±0,59	5,22±0,45	$\chi^2_{KW}=29,339$ p=0,0001***

25-29 yaş grubu hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,48±0,82 olup, hemşirelerin yaş grubu arttıkça puan ortalaması düşme dikkat çekmektedir. Yaş gruplarının BDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok önemli (p=0,0001) bulunmuştur.

Hangi yaş grupları arasındaki farkın önemli olduğunu belirlemek için ileri analiz yapılmış, veriler normal dağılıma uymadığından ileri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analizde toplam 6 karşılaştırma olması nedeniyle belirlenen anlamlılık derecesi 6'ya bölünerek yeni anlamlılık düzeyi saptanmıştır. Yeni anlamlılık düzeyi 0.05/6=0,00833'tür. Bu

analize göre < 24 yaş grubu ile 25 ve 29 yaş grubu arasında BDÖ toplam ve hiç bir alt boyut puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$). 24 ve daha küçük yaşlardaki hemşirelerin oluşturduğu grup ile 30-35 yaş grubu arasında ise BDÖ toplam puanı ($p=0,010$) ve Ulaşılabilirlik ($p=0,0001$), Konfor puan ortalamaları arasındaki fark önemli ($p=0,0021$) bulunmuştur. 24 ve daha küçük yaş grubu ile 36 ve daha büyük yaşlardaki grubun puan ortalamaları arasındaki fark tüm boyutlarda önemli bulunmuştur ($p \leq 0,0001$). 25-29 yaş ve 30-35 yaş grubunun puan ortalamaları arasındaki fark güven verici iletişim alt boyutu dışında tüm boyutlar için ($p \leq 0,0001$); 25-29 ve >36 yaş grupları arasında ise tüm boyutlar için önemli bulunmuştur ($p \leq 0,0001$). 30-35 yaş grubu ile 36 ve daha büyük yaşlardaki hemşirelerin oluşturduğu grubun puan ortalamaları arasındaki fark ise hiçbir boyutta önemli bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Kadın (n=485) $\bar{X} \pm SS$	Erkek (n=102) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,84±1,01	4,86±1,15	t=0,178 p=0,859
Açıklamalar ve Olanaklar	5,31±0,68	5,25±0,83	Z=-0,297 p=0,767
Konfor	5,41±0,68	5,44±0,76	t=0,316 p=0,752
Beklentiler	5,22±0,73	5,06±0,99	Z=-1,120 p=0,263
Güven Verici iletişim	5,41±0,63	5,22±0,80	Z=-2,457 p=0,014*
Gözlemler ve izlemler	5,55±0,69	5,46±0,83	Z=-1,179 p=0,238
BDÖ Toplam Puanı	5,33±0,60	5,24±0,68	t=1,339 p=0,181

Kadın hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,33±0,60 iken, erkek hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,24±0,68'dir. Kadın hemşirelerin puan ortalamasının erkek hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak, yapılan istatistiksel değerlendirmede BDÖ toplam puan ve alt boyutlardan Ulaşılabilirlik, Açıklamalar-olanaklar, Konfor, Beklentiler ve Gözlem-izlemler 'de kadın ve erkek hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmamıştır ($p \geq 0.05$). BDÖ Güven verici iletişim alt boyutunda ise puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.9. Hemşirelerin medeni durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Evli (n=306) $\bar{X} \pm SS$	Bekâr (n=281) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,72±0,98	4,97±1,08	t= 2,915 p=0,004**
Açıklamalar ve Olanaklar	5,30±0,67	5,31±0,75	t =0,098 p =0,922
Konfor	5,38±0,66	5,45±0,73	Z =-1,234 p=0,217
Beklentiler	5,20±0,70	5,18±0,91	Z =-0,137 p=0,891
Güven Verici iletişim	5,38±0,60	5,39±0,74	Z=-0,316 p= 0,752
Gözlemler ve izlemler	5,51±0,69	5,56±0,75	t =0,731 p =0,465
BDÖ Toplam Puanı	5,30±0,58	5,34±0,66	Z =-1,376 p= 0,169

Evli hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,30±0,58, bekâr hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,34±0,66, bekâr hemşirelerin ise puan ortalaması 5,34±0,66'dır. Evli ve bekâr hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Alt boyutlarda ise sadece Ulaşılabilirlik alt boyutunda puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.10. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

BDÖ VE ALT BOYUTLARI	Sağlık meslek lisesi (n=42) $\bar{X} \pm SS$	Ön lisans (n=86) $\bar{X} \pm SS$	Lisans (n=387) $\bar{X} \pm SS$	Yüksek lisans ↑ (n=72) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,36±1,04	4,75±0,92	4,93±1,06	4,74±0,95	F=4,597 p=0,003**
Açıklamalar ve Olanaklar	5,20±0,67	5,25±0,67	5,34±0,73	5,21±0,62	F=1,225 p=0,300
Konfor	5,45±0,71	5,29±0,66	5,46±0,70	5,32±0,69	F=1,953 p=0,120
Beklentiler	5,02±0,82	5,20±0,67	5,21±0,80	5,15±0,82	F=0,799 p=0,495
Güven Verici iletişim	5,18±0,71	5,34±0,55	5,42±0,67	5,31±0,75	F=2,095 p=0,100
Gözlemler ve izlemler	5,49±0,65	5,44±0,67	5,57±0,73	5,49±0,76	F=0,946 p=0,418
BDÖ Toplam	5,17±0,60	5,25±0,54	5,36±0,63	5,25±0,66	F=2,171 p=0,090

Sağlık meslek lisesi (SML) mezunu olan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,17±0,60, lisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması 5,36±0,63'tür. Grupların BDÖ toplam ve Ulaşılabilirlik alt boyutu dışında alt boyutlardaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Ulaşılabilirlik alt boyutunda ise SML mezunu olan hemşirelerin puan ortalaması 4,36±1,04, lisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması 4,93±1,06 olup, grupların ulaşılabilirlik puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel olarak önemli ($p=0,0001$) bulunmuştur. Farkın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığını belirlemek için gruplar ikişer ikişer Post Hoc testlerinden 'Tukey HSD' ile karşılaştırılmıştır. Bu analiz sonucunda anlamlı farkın sadece sağlık meslek lisesi ile lisans arasında ($p=0,003$) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.11. Hemşirelerin kardeşi olma durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

BDÖ VE ALT BOYUTLARI	Yok (n=114) $\bar{X} \pm SS$	1-2 kardeş (n=200) $\bar{X} \pm SS$	3 ve ↑ (n=273) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,98±1,10	4,76±1,01	4,84±1,02	F=1,657 p=0,192
Açıklamalar ve Olanaklar	5,21±0,77	5,22±0,69	5,40±0,68	F=4,769 p=0,009★★
Konfor	5,43±0,75	5,34±0,68	5,47±0,69	F=2,215 p=0,110
Beklentiler	5,17±0,88	5,12±0,72	5,24±0,79	$\chi^2=3,988$ p=0,136
Güven Verici iletişim	5,40±0,72	5,30±0,69	5,44±0,62	F=2,429 p=0,089
Gözlemler ve izlemler	5,55±0,81	5,44±0,71	5,59±0,68	F=2,531 p=0,080
BDÖ Toplam Puanı	5,33±0,66	5,24±0,62	5,37±0,59	F=2,809 p=0,061

Kardeşi olmayan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,33±0,66 iken, 3 ve daha fazla kardeşe sahip olan hemşirelerin puan ortalaması 5,37±0,59 olup, grupların BDÖ toplam ve Açıklamalar ve olanaklar alt boyutu dışında tüm alt boyutlardaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Açıklamalar ve olanaklar alt boyutunda ise puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p=0,009$) belirlenmiştir. Farkın hangi durumdan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi kullanılarak yapılan ileri analize göre; hiç kardeşi olmayan grup ile 3 ve daha fazla kardeşi olan grup arasındaki fark ($p=0,044$) ve 1-2 kardeşi olan ve 3 ve daha fazla kardeşi olan grup arasındaki fark önemli ($p=0,021$) bulunmuştur. Hiç kardeşi olmayan grup ile 1-2 kardeşi olan grup arasındaki fark ise önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.12. Hemşirelerin çocuğu olma durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Var (n=275) $\bar{X} \pm SS$	Yok (n=312) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,68±0,93	4,99±1,10	Z=-4,290 p=0,0001***
Açıklamalar ve Olanaklar	5,33±0,56	5,28±0,81	Z=-0,243 p=0,808
Konfor	5,39±0,61	5,44±0,77	Z=-1,393 p=0,164
Beklentiler	5,20±0,65	5,18±0,89	Z=-0,755 p=0,450
Güven Verici iletişim	5,41±0,52	5,36±0,77	Z=-0,700 p=0,484
Gözlemler ve izlemler	5,52±0,62	5,55±0,80	Z=-0,803 p=0,422
BDÖ Toplam Puanı	5,30±0,50	5,33±0,71	Z=-1,127 p=0,260

Çocuğu hemşirelerin olan BDÖ toplam puan ortalaması 5,30±0,50 iken, çocuğu olmayan hemşirelerin puan ortalaması 5,33±0,71 olup, grupların BDÖ toplam ve Ulaşılabilirlik alt boyutu dışında tüm alt boyutlardaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Ulaşılabilirlik alt boyutunda ise puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak çok önemli olduğu ($p=0,0001$) belirlenmiştir.

Tablo 4.13 Hemşirelerin hastanede yatma deneyimlerine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Var (n=380) $\bar{X} \pm SS$	Yok (n=207) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,88±1,04	4,78±1,02	Z=-0,100 p=0,92
Açıklamalar ve Olanaklar	5,37±0,67	5,18±0,75	t=3,137 p=0,002**
Konfor	5,45±0,69	5,35±0,71	t=1,694 p=0,091
Beklentiler	5,25±0,75	5,08±0,84	t=2,504 p=0,013*
Güven Verici iletişim	5,44±0,67	5,28±0,66	t=2,646 p=0,008*
Gözlemler ve izlemler	5,56±0,73	5,48±0,71	t=1,259 p=0,209
BDÖ Toplam Puanı	5,36±0,62	5,23±0,60	t=2,456 p=0,014*

Daha önce hastanede yatma deneyimi olan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,36±0,62 iken, bu deneyimi olmayan hemşirelerin puan ortalaması 5,23±0,60 olup, BDÖ alt boyutlarında da hastanede yatma deneyimi olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olması dikkat çekmektedir. BDÖ toplam ve Açıklamalar-olanaklar, Beklentiler, Güven Verici iletişim alt boyutlarında grupların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlenmiştir ($p \leq 0.05$).

Tablo 4.14. Hemşirelerin hastaları anlamada öz-değerlendirme durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması (n=587)

Alt boyutlar	Her zaman anlarım (n=217) $\bar{X} \pm SS$	Çoğunlukla anlarım (n=292) $\bar{X} \pm SS$	Bazen anlarım (n=78) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,93±1,15	4,83±0,94	4,64±1,01	$\chi^2_{KW}=3,868$ p=0,145
Açıklamalar ve Olanaklar	5,36±0,75	5,30±0,65	5,16±0,74	F=2,303 p=0,101
Konfor	5,54±0,80	5,38±0,61	5,22±0,64	$\chi^2_{KW}=11,831$ p=0,003**
Beklentiler	5,27±0,85	5,17±0,71	5,03±0,84	F=2,704 p=0,068
Güven Verici iletişim	5,45±0,74	5,36±0,62	5,28±0,64	F=2,317 p=0,100
Gözlemler ve izlemler	5,62±0,80	5,49±0,65	5,43±0,69	$\chi^2_{KW}=4,771$ p=0,092
BDÖ Toplam Puanı	5,40±0,70	5,29±0,55	5,18±0,57	$\chi^2_{KW}=6,050$ p=0,049*

Hemşirelerin hastaları anlama durumuna ilişkin öz değerlendirilmeleri istenmiş ve hastaları her zaman anladığını belirten hemşirelerin BDÖ toplam puanının ($\bar{X}=5,40\pm0,70$) ve alt boyutlardaki puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Hastaları anlama durumuna göre grupların BDÖ toplam puan ve Konfor alt boyutundaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p\leq0,05$), diğer alt boyutlarda ise farkın anlamlı olmadığı ($p>0,05$)

belirlenmiştir. BDÖ toplam ve Konfor alt boyutunda puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılarak yapılan ileri analizde toplam 3 karşılaştırma olması nedeniyle belirlenen anlamlılık derecesi 3'e bölünerek yeni anlamlılık düzeyi $0.05/3=0,0166$ olarak saptanmış ve ileri analizde BDÖ toplam puan ortalamaları arasında gruplar arasında fark olmadığı; Konfor alt boyutunda ise bu farkın hastaları "her zaman" anladığını belirten hemşireler ile "bazen" anladığını belirten hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. ($p>0,05$).

Tablo 4.15. Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyetine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması (n=587)

Alt boyutlar Kardeşi olma durumu	Memnun (n=336) $\bar{X} \pm SS$	Kısmen memnun (n=208) $\bar{X} \pm SS$	Memnun değil (n=43) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,87±1,05	4,81±0,98	4,77±1,13	F=0,338 p=0,713
Açıklamalar ve Olanaklar	5,34±0,69	5,27±0,71	5,18±0,77	F=1,235 p=0,291
Konfor	5,44±0,71	5,37±0,67	5,46±0,70	F=0,814 p=0,443
Beklentiler	5,23±0,77	5,11±0,82	5,26±0,76	F=1,786 p=0,168
Güven Verici iletişim	5,42±0,64	5,34±0,68	5,31±0,79	F=1,206 p=0,300
Gözlemler ve izlemler	5,58±0,73	5,48±0,69	5,43±0,76	F=1,623 p=0,198
BDÖ Toplam Puanı	5,35±0,62	5,27±0,59	5,27±0,72	F=1,278 p=0,279

Çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması ve BDÖ alt boyutlarındaki puan ortalamalarının çalışma ortamından kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmekle birlikte, yapılan istatistiksel analizde gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p \geq 0,05$).

Tablo 4.16. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar Kardeşi olma durumu	İsteyerek (n=467) $\bar{X} \pm SS$	İstemeyerek seçti (n=102) $\bar{X} \pm SS$	Diğer (n=18) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,85±1,04	4,81±1,02	4,78±0,98	F=0,091 p=0,913
Açıklamalar ve Olanaklar	5,31±0,70	5,25±0,73	5,51±0,71	F=1,137 p=0,321
Konfor	5,44±0,69	5,34±0,74	5,23±0,60	F=1,511 p=0,222
Beklentiler	5,22±0,77	5,07±0,86	5,02±0,80	F=2,076 p=0,126
Güven Verici iletişim	5,40±0,66	5,29±0,72	5,27±0,66	F=1,379 p=0,053
Gözlemler ve izlemler	5,55±0,71	5,47±0,76	5,49±0,63	F=0,495 p=0,610
BDÖ Toplam Puan	5,34±0,61	5,24±0,64	5,24±0,59	F=1,073 p=0,343

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin BDÖ toplam ve BDÖ alt boyutlarındaki puan ortalamalarının mesleği isteyerek seçmeyen hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Mesleği yakınlarının yönlendirmesi ya da iş olanağının olması gibi nedenlerle seçtiğini belirten hemşirelerin puanı ise mesleği isteyerek seçmediğini belirten hemşirelere benzer olup, BDÖ puan ortalaması 5,24±0,59'dur. Hemşirelik mesleğini isteyerek, istemeyerek ya da diğer nedenlerle seçen hemşire gruplarının BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.17. Hemşirelerin çalışma konumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Servis sorumlusu (n=74) $\bar{X} \pm SS$	Servis hemşiresi (n=484) $\bar{X} \pm SS$	Diğer* (n=29) $\bar{X} \pm SS$	Test analizi
Ulaşılabilirlik	4,77±1,18	4,82±0,99	5,35±1,27	$\chi^2_{KW}=5,495$ p=0,064
Açıklamalar ve Olanaklar	5,33±0,75	5,28±0,68	5,57±0,89	$\chi^2_{KW}=3,663$ p=0,160
Konfor	5,44±0,68	5,39±0,68	5,77±0,93	$\chi^2_{KW}=4,492$ p=0,106
Beklentiler	5,19±0,79	5,19±0,76	5,11±1,14	$\chi^2_{KW}=0,050$ p=0,975
Güven Verici iletişim	5,36±0,70	5,38±0,64	5,54±0,95	$\chi^2_{KW}=2,641$ p=0,267
Gözlemler ve izlemler	5,54±0,80	5,52±0,70	5,80±0,84	F=2,140 p=0,119
BDÖ Toplam Puanı	5,31±0,63	5,31±0,60	5,56±0,77	F=2,289 p=0,102

*Başhemşire, başhemşire yardımcısı, hizmet içi eğitim hemşiresi, enfeksiyon kontrol hemşiresi, süpervizör hemşire

Servis sorumlusu ve servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin BDÖ toplam puanı ortalamalarının benzer olduğu ($\bar{X}=5,31\pm0,63$ ve $\bar{X}=5,31\pm0,60$), başhemşire, başhemşire yardımcısı, hizmet içi eğitim hemşiresi, enfeksiyon kontrol hemşiresi, süpervizör hemşire gibi özel konumlarda çalışan hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının ise $5,56\pm0,77$ olduğu saptanmıştır. Görev konumlarına göre grupların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p\geq0,05$).

Tablo 4.18. Hemşirelerin mesleğinde çalışma süresine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması(n=587)

	1 yıldan az	1-5 yıl arası	6-10 arası	11-15 yıl arası	16 ve üzeri	Test analizi
Alt boyutlar	(n=67)	(n=152)	(n=123)	(n=113)	(n=132)	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Ulaşılabilirlik	5,45±0,96	5,19±1,20	4,67±0,90	4,56±0,87	4,53±0,86	$\chi^2_{KW}=76,742$ p=0,0001***
Açıklamalar ve Olanaklar	5,45±0,80	5,30±0,90	5,25±0,58	5,29±0,54	5,30±0,62	$\chi^2_{KW}=5,581$ p=0,233
Konfor	5,66±0,78	5,52±0,87	5,32±0,64	5,34±0,50	5,35±0,58	$\chi^2_{KW}=24,027$ p=0,0001***
Beklentiler	5,29±0,98	5,24±0,95	5,21±0,73	5,07±0,58	5,16±0,65	$\chi^2_{KW}=10,894$ p=0,028 *
Güven Verici iletişim	5,51±0,84	5,47±0,88	5,34±0,54	5,29±0,46	5,33±0,52	$\chi^2_{KW}=15,174$ p=0,004**
Gözlemler ve izlemler	5,67±0,78	5,73±0,92	5,46±0,59	5,39±0,58	5,43±0,59	$\chi^2_{KW}=31,273$ p=0,0001***
BDÖ Toplam Puanı	5,53±0,70	5,44±0,80	5,25±0,50	5,20±0,44	5,23±0,51	$\chi^2_{KW}=34,079$ p=0,0001***

Çalışma yılı bir yıldan az olan hemşirelerin BDÖ toplam puan en yüksek ($\bar{X}=5,53\pm0,70$) olup, çalışma süresi 11 ile 15 yıl olan hemşirelerin puan ortalamasıyla $5,20\pm0,44$ ve 16 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin puanı puan ortalaması $5,23\pm0,51$ olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma yıllarına göre BDÖ toplam puan ortalamaları ve Açıklamalar –Olanaklar alt boyutu dışında tüm alt boyutlardaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır. Farkın hangi yıllardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi

kullanılarak yapılan ileri analizde toplam 10 karşılaştırma olması nedeniyle belirlenen anlamlılık yeni anlamlılık düzeyi 0.005 ($0.05/10=0.005$) olarak belirlenmiştir. Buna göre çalışma sürelerine göre BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılığın çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan iki grup ile diğer gruplar (çalışma süresi 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 16 ve daha fazla) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Grupların BDÖ Ulaşılabilirlik, Konfor, Beklentiler, Güven verici iletişim ve Gözlem-izlemler alt boyutlarında puan ortalamaları arasında saptanan istatistiksel olarak anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamaya yönelik analizde ise şu sonuçlar elde edilmiştir;

Ulaşılabilirlik alt boyutunda çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan iki grup ile diğer grupların (çalışma süresi 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 16 ve daha fazla) puan ortalamaları arasındaki farkın ($p=0,0001$) ve çalışma süresi 6-10 yıl olan grupla 16 yıl ve daha uzun süredir çalışan hemşirelerin oluşturduğu grupların puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p=0.047$) belirlenmiştir.

BDÖ Konfor alt boyutunda puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılığın çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan iki grup ile diğer gruplar (çalışma süresi 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 16 ve daha fazla) arasındaki farktan kaynaklandığı ($p=0,0001 - 0,0004$) belirlenmiştir.

BDÖ Beklentiler ve Güven verici iletişim alt boyutlarında çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan iki grup ile çalışma süresi 11-15 yıl olan grupların puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p=0,0005$; $p=0,0023$) belirlenmiştir.

BDÖ Gözlemler ve izlemler alt grubunda ise, çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelerin oluşturduğu grup ile çalışma süresi 6-10 yıl olan grup arasındaki farkın ($p=0,003$) ve çalışma süresi 1-5 yıl olan iki grup ile çalışma süresi 11-15 yıl ve 16 ve daha fazla olan grubun puan ortalamaları arasındaki farkın ($p=0,0001$) önemli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.19. Hemşirelerin en uzun süre çalıştıkları kliniklere göre Bakım Değerlendirme Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Özellikler	n	Bakım Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları						
		Bakım Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı	Ulaşılabilirlik	Açıklamalar ve Olanaklar	Konfor	Beklentiler	Güven Verici İletişim	Gözlemler ve izlemler
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Dâhiliye servisleri	154	5,26±0,65	4,77±1,04	5,24±0,74	5,36±0,73	5,14±0,78	5,34±0,67	5,43±0,74
Cerrahi servisler	106	5,42±0,64	4,95±1,19	5,32±0,73	5,47±0,75	5,28±0,86	5,51±0,69	5,68±0,71
Kadın doğum servisi	32	5,24±0,66	4,73±1,00	5,30±0,70	5,39±0,69	5,13±,76	5,29±0,65	5,41±0,71
Çocuk servisi	40	5,16±0,45	4,58±0,87	5,22±0,58	5,32±0,58	5,02±0,62	5,17±0,51	5,45±0,44
Acil servis	65	5,20±0,51	4,78±0,77	5,14±0,61	5,23±0,54	5,11±0,67	5,31±0,63	5,37±0,64
Poliklinikler	103	5,39±0,53	4,82±0,98	5,40±0,62	5,53±0,57	5,25±0,69	5,48±0,59	5,56±0,70
Yoğun bakımlar	87	5,41±0,72	5,07±1,12	5,43±0,80	5,52±0,83	5,24±0,94	5,38±0,79	5,70±0,82
Test Analizi		$\chi^2_{KW}=13,921$	$\chi^2_{KW}=9,841$	F=1,734	$\chi^2_{KW}=9,283$	$\chi^2_{KW}=6,813$	F=1,914	$\chi^2_{KW}=18,433$
		p=0,031 *	p=0,131	p=0,111	p=0,158	p=0,338	p=0,077	p=0,005**

Hemşirelerin en uzun süre çalıştıkları kliniklere göre BDÖ ve alt boyutlardaki puan ortalamalarına ilişkin bulgular verilmektedir. BDÖ toplam puan ortalamaları en yüksek olan gruplar en uzun süre cerrahi klinikler ($\bar{X}=5,42\pm0,64$) ve yoğun bakım ünitelerinde ($\bar{X}=5,41\pm0,72$) çalışmış olan hemşirelerin oluşturduğu gruplardır. En uzun süre çocuk ($\bar{X}=5,16\pm0,45$) ve acil servislerde çalıştığını belirten hemşireler ise en düşük BDÖ toplam puan ortalamasına ($\bar{X}=5,20\pm0,51$) sahiptir. Yapılan istatistiksel değerlendirme grupların BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p\leq0,05$).

BDÖ' de Ulaşılabilirlik, Açıklamalar-olanaklar, Konfor ve Gözlemler-izlemler alt boyutlarında yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Beklentiler ve Güven verici iletişim alt boyutlarında ise cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda Toplam BDÖ ($p=0,03$) ve Gözlem ($p=0,005$) puanlarına göre Kruskal Wallis Varyans analizine göre fark bulunmuştur. İleri analiz aşamasında Mann Whitney U Bonferoni düzeltmesi yapıldığında $0,05/21=0,0023$ bulunmuştur. Değer çok küçük olduğu için ikişerli karşılaştırmada da bu düzeyin altında bir değere ulaşılamamıştır. Hemşirelerin en uzun süre çalıştıkları kliniklere göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p\geq0,05$). Karşılaştırmalar aşağıda verilmiştir.

Dâhiliye	Gözlemler ve izlemler	Toplam
Cerrahi	0,011	0,170
Kadın doğum	0,330	0,136
Çocuk	0,706	0,184
Acil	0,382	0,326
Poliklinik	0,174	0,125
Yoğun bakımlar	0,012	0,185
Cerrahi	Gözlemler ve izlemler	Toplam
Kadın doğum	0,015	0,047
Çocuk	0,119	0,046
Acil	0,004	0,048
Poliklinik	0,254	0,968
Yoğun bakımlar	0,799	0,992
Kadın doğum	Gözlemler ve izlemler	Toplam
Çocuk	0,133	0,590
Acil	0,655	0,524
Poliklinik	0,081	0,014
Yoğun bakımlar	0,026	0,059
Çocuk	Gözlemler ve izlemler	Toplam
Acil	0,219	0,729
Poliklinik	0,487	0,020
Yoğun bakımlar	0,081	0,058
Acil	Gözlemler ve izlemler	Toplam
Poliklinik	0,052	0,028
Yoğun bakımlar	0,006	0,058
Poliklinik	Gözlemler ve izlemler	Toplam
Yoğun bakımlar	0,201	0,989

5. TARTIŞMA

KKTC’ deki hastanelerde görev yapan hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarını belirlemek amacıyla planlanan ve 587 hemşirenin katılımıyla gerçekleşen bu çalışmada bakım davranışı algılarının belirlenmesinde Bakım Davranışları Ölçeği/ BDÖ (CARE-Q) kullanılmıştır. Eskimez (2012) tarafından Türkiye’de kullanımı için geçerlilik- güvenirlik çalışması yapılan ve uyarlanan ve güvenirlik katsayısı 0.97 olarak belirtilen bu ölçeğin bu çalışmada güvenirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Ölçeğin “Ulaşılabilirlik” alt boyutu dışında diğer 5 alt boyutta da güvenirlik katsayısı Eskimez ’in(2012) yaptığı geçerlilik-güvenirlik çalışmasından daha düşük bulunmuştur. Geçerlilik- güvenirlik çalışmasında alt boyutlarda güvenirlik katsayısı 0.84- 0.95 arasında olduğu belirtilmişken, bu çalışmada alt boyutların güvenirlik katsayısı 0.63-0.86 olarak belirlenmiştir. İki çalışmada güvenirlik katsayısının farklılık göstermesi BDÖ’ nün Türkçe uyarlamasının geçerlilik güvenirlik çalışmasının örneklemini hemşirelik öğrencilerinin oluşturması, çalışmamızda ise örneklemin sadece hastanede çalışan hemşirelerden oluşmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada elde edilen diğer bulgular çalışmanın soruları doğrultusunda tartışılmıştır.

- **Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarına ilişkin bulguların tartışılması**
- **Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile Bakım Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının tartışılması**
- **Hemşirelerin kişisel yaşamında bakım alma ve bakım verme deneyimlerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçların tartışılması;**
- **Hemşirelerin mesleki deneyim ve özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin bulguların tartışılması;**

5.1.Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Çalışma kapsamında bulunan hemşirelerin BDÖ genel toplam puan ortalamasının $5,32 \pm 1,02$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). BDÖ den alınabilecek en düşük puanın 1, en yüksek puanın 7 olduğu ve puan yükseldikçe hemşire bakım davranışı algısının arttığı göz önüne alındığında, hemşirelerin bakım davranışı algısının ortanın üzerinde olduğu söylenebilir. Birimoğlu ve Ayaz (2015) tarafından hemşirelik öğrencilerinin bakım algısını değerlendirdikleri çalışmada öğrencilerin BDÖ genel ortalama puan ortalaması $5,23 \pm 0,98$ olduğu, Eskimez (2012) ise öğrencilerin BDÖ ortalama puanının $5,26 \pm 0,79$ olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda BDÖ puan ortalamasının daha yüksek olması örneklemin hemşirelerden oluşması, çalışan hemşirelerin bakım davranışlarını daha sıklıkla yerine getirmesi ile ilgili olabilir.

Hemşirelerin BDÖ alt boyutlarındaki puan ortalamalarına bakıldığında, en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla **“Gözlemler ve İzlemler”**, **“Konfor”**, **“Güven verici iletişim”**, **“Açıklamalar ve Olanaklar”**, **“Beklentiler”**, **“Ulaşılabilirlik”** alt boyutunda olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve hastaların bakım davranışlarını algılamalarının incelendiği diğer çalışmalarda da benzer şekilde en yüksek puanın **“Gözlemler ve İzlemler”** alt boyutundan alındığı saptanmıştır (Birimoğlu ve Ayaz, 2015; Eskimez ve Acaroğlu 2012; Zamanzedahet ve diğerleri, 2010; Khademian ve Vizeshfar, 2008). En düşük puan ortalaması ise diğer çalışmalarda **“güven verici iletişim”** alt boyutunda (Birimoğlu ve Ayaz, 2015; Eskimez ve Acaroğlu 2012; Zamanzedahet ve diğerleri, 2010; Khademian ve Vizeshfar, 2008) olduğu belirtilmektedir. En düşük puan ortalamasının hasta için bir şeyler yapmaya gönüllü olma- örneğin kahve getirme, hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında verme, hastayı sık kontrol etme, hastanın aramalarına- çağrılarına çabuk cevap verme, hastanın problemi olduğunda arayabileceğini belirtme, araması için cesaretlendirme gibi bakım davranışlarının yer aldığı ulaşılabilirlik alt boyutunda olması hemşirelerin bakım davranışı algısı kadar, çalışma koşullarından ya da kültürel özelliklerden kaynaklanabileceği söylenebilir.

Ulaşılabilirlik alt boyutunda **“Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirme”** maddesi, bu alt boyuttaki en yüksek puan

ortalamasıdır. Bu alt boyutta en düşük puanın ise *“Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.”* maddesidir ve *“Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.”* maddesinde olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, bu bakım davranışları BDÖ’ de yer alan tüm bakım davranışları içinde en düşük puanın elde edildiği, diğer bir deyişle hemşireler tarafından en az sıklıkta yerine getirilen, en az önemli bulunan bakım davranışı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). En düşük puanın olduğu diğer alt boyutlar ise hastanın / ailesinin yaşantı ve sorunlarını önceden tahmin etme ve bu olasılıklara onları hazırlama, gerekli ön rehberliği ve desteği sunma ile ilgili bakım davranışlarının **“Beklentiler”** alt boyutu ve hastanın tıbbi durumu hakkında dürüstçe açıklamalarda bulunma gibi açıklayıcı, kolaylaştırıcı, cesaretlendirici bakım davranışlarının bulunduğu **“Açıklamalar ve Olanaklar”** alt boyutudur. Bu alt boyutların ağırlıklı olarak bilişsel ve duyuşsal becerilere yönelik bakım davranışlarının yer aldığı görülmekte olup, bu davranışların daha az sıklıkta yerine getirilmesi hemşirelerin bu bakım davranışlarında yeterliliklerinin sınırlı olması ya da görev tanımları ve kurumsal koşullar ilgili olabilir (Birimoglu ve Ayaz, 2015; Khademian ve Vizeshfir, 2008; Safadi ve diğerleri, 2011 Zamanzedahet ve diğerleri, 2010).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin BDÖ’ deki bakım davranışı maddelerinden en yüksek puan aldıkları, diğer bir deyişle en sıklıkla yerine getirdikleri bakım davranışlarının sırasıyla, *“Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek”*, *“Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak”*, *“Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek”*, *“Hasta ile konuşmak”*, *“Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak”*, *“Güler yüzlü olmak”*, *“Hastayı dinlemek”*, *“Hastayı bir birey olarak kabul etmek”* olduğu belirlenmiştir.(Tablo 4.6) Bu maddelerin çoğunun BDÖ “Gözlemler ve izlemler” ve “Konfor” alt boyutunda yer alan maddeler olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, en düşük puanın olduğu “Beklentiler” alt boyutunda yer alan bir madde olan *“Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak”* bakım davranışının en sıklıkla yerine getirilen ikinci davranış olması dikkat çekmektedir (Tablo 4.6). Bu durumun bir taraftan hemşirelerin empati becerisinin yeterliliğini, diğer taraftan da

“beklentiler” alt boyutundaki diğer bakım davranışlarının çok daha az yerine getirildiğini ifade eden olumlu bir bulgu olduğu düşünülebilir. Suudi Arabistan’da, hastaların oluşturduğu bir örnekleme farklı bir ölçek kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada (Suliman, 2008) hastaların en önemli gördüğü bakım davranışlarının teknik beceri ile ilgili davranışlar yerine “hümanizm- inanç- duyarlılık” ile ilgili “*ihtiyaç duyduğunda ağrı kesinin verilmesi*”, “*saygılı ve nazık davranma*”, “*ilaç ve tedavilerin zamanında yapılması*”, “*rahatlatma- pozisyon değişimi, battaniye verme, sırtına yastık verme vb*” davranışların olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışma hemşirelerin en önemli gördüğü bakım davranışlarının ise “Destekleyici-Koruyucu-Düzeltilici bir ortam sağlama” alt boyutu ile ilgili “*ihtiyaç duyduğunda ilaçların verilmesi*”, “*hasta ile işini bitirdikten sonra odayı temiz bırakma*”, “*hastaya karşı nazik olma ve mahremiyetine saygı gösterme*” davranışlarının olduğu belirlenmiştir.

Hemşireler tarafından en az sıklıkla yerine getirilen ya da en az önemli görülen bakım davranışları sırasıyla “***Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb***”, “***Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb***”, ***Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak, Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.*** olduğu belirlenmiştir(Tablo 4.6).

En sık ve en az yerine getirildiği belirtilen bakım davranışlarına ilişkin bulgular BDÖ alt boyutlarındaki puanlara ilişkin bulgular ile uyumlu olduğu, en sık yerine getirilen bakım davranışlarının “**Gözlemler- izlemler**” alt boyutunda, en az yerine getirilen davranışların ise “**Beklentiler**” ve “**Açıklamalar- olanaklar**” alt boyutunda yer alan davranışlar olduğu görülmektedir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise en sık yerine getirilen ilk üç davranışın “*güler yüzlü olmak*”, “*kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak*” ve “*profesyonel bir görünüm içinde olmak, kimliğine uygun giyinmek ve kimlik takmak*” davranışları olduğu belirlenmiştir (Eskimez, 2012).Bu çalışmada en sık görüldüğü belirlenen bakım davranışları çalışmamızın bulgularından farklı olması öğrenci hemşirelerden beklentilerin ve uygulama kapsamlarının farklı olması ile ilişkili

olabilir. Aynı çalışmada en az görülen davranışların ise çalışmamızda olduğu gibi *“Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.”*, *“Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb”* ve *“Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak”* davranışları olduğu dikkat çekmektedir.

Ayrıca, hemşirelerin BDÖ genel toplam ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunduğu, korelasyonların pozitif yönlü ve kuvvetli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hemşirelerin herhangi bir alt boyuttan almış oldukları puanlar arttıkça, diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar da artmaktadır. Bu sonuç, örneklemdeki bazı hemşirelerin elde edilen ortalama puanın altında puan aldığını, mesleki olarak bakım davranışlarının yerine getirmesinde standartların sağlanması gerektiğini düşündürmektedir.

5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin BDÖ genel toplam ve alt boyutlardaki puan ortalamaları bireysel özelliklere göre incelendiğinde (Tablo 4.1), 25-29 yaşları arasında olan hemşirelerin diğer yaş gruplarına, kadın hemşirelerin erkek hemşirelere, bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre daha yüksek puanlara sahip oldukları belirlenmiştir($p<0,05$) belirlenmiştir.

Türkiye’de hemşire ve hemşire öğrencilerin oluşturduğu örneklemde yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bireysel özelliklerinin bakım algılamalarını etkilemediği belirlenmiştir (Eskimez, 2012; Kurşun,2010; Turan ve diğerleri, 2011 ve Birimoğlu ve Ayaz, 2015). Buna karşın Tayvan’da yapılan bir çalışmada (Li ve diğerleri 2016), yaşı büyük olan hemşirelik öğrencilerinin bakım davranış puanının daha yüksek olduğu bulunmuş, bu durum deneyim süresi ve daha deneyimli hemşirelerin hasta bakımında daha etkili konumlarda görev almaları ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızda ise 30 yaş ve üstü yaş gruplarında yaş arttıkça BDÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olması dikkat çekmekte olup, bu durum ülkemizde daha deneyimli ve yaşı daha büyük hemşirelerin genellikle yatak başı hasta bakımından uzaklaşmalarından, daha çok yönetsel görevlerde yer almalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Cheng ve diğerlerinin (2017) Çin ve Amerikan hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını, Bakım Yeterliliği Envanteri (CAI) kullanarak incelediği karşılaştırmalı araştırmalarında Amerikalı öğrencilerin toplam ve alt boyutlarda Çinli öğrencilerden daha yüksek, Amerikalı kadın öğrencilerin Bakım Yeterliliği Envanterinin “bilme” ve “sabır” alt boyutlarındaki puan ortalamalarının erkek hemşirelerden daha yüksek, evli olan öğrencilerin toplam ve “bilme” alt boyutlarında bekârlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar bu bulguları yaş, evliliğin hemşirelik öğrencilerine başkalarıyla ilişki kurma fırsatı vermesi ve başkalarına karşı daha fazla bilgi ve beceri sahibi olması; zengin bir yaşam deneyimlerine sahip olmalarıyla açıklanmışlardır. Çalışmamızda ise bekâr hemşirelerin BDÖ toplam ve “ulaşılabilirlik”, “konfor” alt boyutlarında daha yüksek puan ortalamasına sahip olmaları yukarıdaki çalışmanın aksine bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre daha çok sosyal ilişkiler içinde olduğunu, bakıma odaklanma olanaklarının daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Örneklemin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bu çalışmada evli hemşirelerin anne/baba, eş olarak evdeki sorumlulukları yerine getirmeye çalışırken, bir yandan da mesleki rol yüklenmesi bu sonuçta etkili olabilir. Arcak ve Kasımoğlu (2006), hemşirelerin iş kalitesini etkileyen etmenler üzerinde yaptıkları çalışmada Hemşirelik İş Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanılmış olup, kadın ve anne rolünün strese yol açtığını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda 25- 29 yaş grubundaki hemşirelerin BDÖ toplam ve alt boyutların çoğunda puan ortalamalarının yüksek olması bu yaş grubunun hem iş yaşamında deneyim sahibi olmaları, hem de genç grup olarak hasta bakım ve uygulamalarına en aktif katılım göstermeleri ile ilişkili olabilir.

Kadın hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamalarının erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu, kadın ve erkek hemşirelerin BDÖ güven verici iletişim alt boyut puanı ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet bakım üzerine etkili olan bir değişkendir. Özbaşaran ve diğerleri (2002), yaptıkları çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun kadın hemşireler tarafından bakılmak istediklerini, bunun nedenini ise “kadın hemşirelerin bilgi ve becerilerinin daha iyi kullanması, empati kurabilmesi, ahlaki değerlerinin daha yüksek olması, şefkatli, güler yüzlü, ilgili oldukları” nedenleriyle açıkladıklarını belirlemiştir. Çalışmamızda da güven verici iletişim alt boyutunda yer alan ve bu iletişim

özellikleri ile ilgili olan bakım davranışlarının kadın hemşireler tarafından daha sıklıkla yerine getirildiği bulunmuştur.

Türkiye’de hemşirelik eğitimi lisans düzeyinde olmasına karşın, uygulamada lise ve önlisans düzeyinde hemşirelik eğitim programları mezunu hemşirelerin bulunduğu bilinmektedir. Bu çalışmadaki örneklemin büyük çoğunluğu lisans (% 65,9) ve yüksek lisans (%12,2) programı mezunu iken, lise (%7,2) ve önlisans (%14,7) mezunu hemşireler de bulunmaktadır. Lisans mezunu hemşirelerin BDÖ genel toplam (%5,36) ve alt boyutlardaki puanları daha yüksek olmakla birlikte, ulaşılabilirlik alt boyutu dışında, toplam ve diğer alt boyutlarda grupların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.10). Hemşirelik lisans programı mezunu hemşirelerin bakım davranışlarını daha etkili şekilde yerine getirmeleri ve farkındalıklarının yüksek olması beklenirken gruplar arasında istatistiksel olarak farkın olmaması eğitim programlarının özelliklerinden ya da çalışma süresince sağlanan eğitim olanaklarından kaynaklanabilir. Ayrıca, Lisans programı mezunu olan ve olmayan hemşire gruplarındaki hemşire sayısının çok farklı olmasının da bu sonuçların tartışılmasını sınırladığı söylenebilir.

5.3. Hemşirelerin kişisel yaşamında bakım alma ve bakım verme deneyimlerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçların tartışılması;

Daha önce hastanede yatma gibi hasta bir birey olarak bakım alma deneyimi yaşayan hemşirelerin, BDÖ “Güven verici iletişim”, “Açıklamalar ve olanaklar” alt boyutlarındaki puan ortalamalarının bu deneyimi olmayan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.13). Ortabağ ve arkadaşlarının (2010) hemşire öğrenciler ile gerçekleştirdiği çalışmada, hastanede yatma deneyiminin öğrencilerin sağlık ve hastalık kavramlarını anlamalarını ve içselleştirmelerini kolaylaştırdığı, hastane ortamının bazı bireysel gereksinimlerin karşılanmasında yarattığı güçlükleri, empati ve iletişimin önemi, sağlığın değeri gibi konularda farkındalıklarını artırdığı belirtilmiştir. Literatürde, hemşirelerin kendisinin ya da yakınının hastalık/ hastane yatma deneyimi yaşamasının ve bu süreç içinde bakımları

ile ilgilenen hemşireye ilişkin algılarının, deneyime paralel olarak olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Larsen ve diğerleri, 2003).

Kişisel yaşamda bakım alma ve verme deneyiminin yaşandığı ana ortam aile ortamı ve bu ortamda yaşanan kardeşler arası, ebeveyn- çocuk ilişkileri gibi ilişkilerdir. Örneklemdeki hemşirelerin % 80,6'sının bir ya da daha fazla kardeşi olduğu, 3 veya daha fazla kardeşi olan hemşirelerin BDÖ toplam puan ve **“Açıklamalar ve olanaklar”** alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.11). Cheng ve diğerlerinin (2017) yaptığı çalışmada da kardeşi olma durumunun bakım davranışları algısını genelde ve/veya alt boyut puanlarında etkili olduğu bulunmuştur. Aile ve kardeşler arası ilişkilerin güçlü olması, genel olarak en fazla desteğin de yakın aile üyeleri tarafından sağlanması deneyimleri hemşirelerin sorumluluk gibi bakım davranış algılarının gelişmesine ve hastalarla kolay ilişki kurulmasına olanak sağlayacağı düşünülebilir.

Örneklemdeki hemşirelerin %46,8'nin bir ya da birden fazla çocuğu bulunduğu belirlenmiştir. Çocuk sahibi olma durumu ile bakım davranışlarının algılanışı incelendiğinde, çocuk sahibi olan hemşirelerin **“Açıklamalar ve olanaklar”** gibi bazı alt boyutlarda puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmekle birlikte, bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır. Buna karşın, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin **“ulaşılabilirlik”** alt boyutunda puan ortalamasının daha yüksek olduğu, bunun istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Bu bulgu çalışmanın hemşirelerin medeni durumu ile ilgili bulguları göz önüne alındığında, bekâr hemşirelerin gerek BDÖ toplam ve ulaşılabilirlik alt boyutu puan ortalamalarına ilişkin bulguların da aynı yönde olduğu, bulguların birbirini destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin çocuğun bakımı sorumluluğunun yarattığı yorgunluğu yaşamadıkları, bilişsel ve duyuşsal becerileri daha iyi kullandıkları bu sonuçta etkili olabilir (Tablo 4.12).

5.4. Hemşirelerin mesleki deneyim ve özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin bulguların tartışılması;

Hastaları “her zaman anladığını” belirten hemşirelerin, BDÖ genel toplam ve tüm alt boyutlarındaki puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, “Konfor” alt boyutundaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur. BDÖ, konfor alt boyutunda hastanın durumu ve tedavisi ile ilişkili olumlu durumları bilme ve hastaya anlatma; en zor hastalarda bile sabırlı olma, güler yüzlü olma; hasta ile oturma, hastanın rahatlama gereksinimi olduğunda ona dokunma; dinleme ve hasta ile konuşma gibi bakım davranışı ifadelerinin yer aldığı göz önünde bulundurulursa bunun beklendik bir sonuç olduğu söylenebilir (Tablo 4.14).

Hemşirelerin çalıştığı servislere göre BDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, cerrahi servisler ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin gözlemler ve izlemler alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p < 0,05$) saptanmıştır. Bu bulgunun yoğun bakım ve cerrahi servisinde yatan hastaların bakım gereksinimleri ile uyumlu olduğu görülmektedir (Tablo 4.19).

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre BDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmekte, çalışma yılı arttıkça puan ortalamalarının düşmesi dikkati çekmektedir. Bu bulgu çalışmanın hemşirelerin yaşı ile BDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ilişkin bulguları ile paralellik göstermektedir. (Tablo 4.18) Daha önce belirtildiği gibi, çalışmamızda 30 yaş ve üstü yaş gruplarında yer alan hemşirelerin BDÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu, yaş arttıkça puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiş olup, bu durumun meslekte daha kıdemli hemşirelerin yatak başı bakım hizmetlerinden uzaklaşması ya da çalışma süresi arttıkça hemşirelerde tükenmişlik gelişmesi ve bakımın duygusal ve sosyal boyutlarından kendini ayırma özelliği ile ilgili olabilir (Taze, 2008).

6. SONUÇLAR

KKTC’ de görev yapan hemşirelerin bakım davranışı algılamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar araştırmanın soruları doğrultusunda aşağıda verilmektedir

6.1. Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarına ilişkin sonuçlar;

- Hemşirelerin Bakım Değerlendirme Ölçeği genel puan ortalaması 5,32 olduğu bulunmuş, örneklemedeki hemşirelerin bakım davranışlarını ortalamanın üzerinde bir sıklıkta yerine getirdiği değerlendirilmiştir.
- Hemşirelerin en yüksek puan aldıkları, diğer bir deyişle en sıklıkla uyguladıkları ilk beş sıradaki bakım davranışları **‘Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek.’**, **‘Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak’**, **‘Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek’**, **‘Hasta ile konuşmak’**, **‘Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak’** olduğu belirlenmiştir.
- Puan ortalamasının en düşük olduğu, diğer bir deyişle hemşireler tarafından en az sıklıkla yerine getirildiği belirlenen bakım davranışları sırasıyla, Sıklıkla ***hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb. Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak, Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb. Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığı anda, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.*** davranışlarıdır.
- Hemşirelerin BDÖ alt boyutlarındaki puan ortalamalarına bakıldığında, **‘Gözlemler ve İzlemler’** alt boyutunda puan ortalamasının en yüksek olduğu, bunu sırasıyla **‘Konfor’**, **‘Güven verici iletişim’** **‘Açıklamalar ve Olanaklar’**, **‘Beklentiler’**, ve **‘Ulaşılabilirlik’** alt boyutunun izlediği belirlenmiştir.

- **Gözlemler ve izlemler** alt boyutunda yer alan maddelerde hemşirelerin puan ortalamalarının 5,43 ile 5,74 arasında değiştiği, bu alt boyutta en yüksek puanın *“Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek”* davranışı ile ilgili maddede olduğu, ayrıca, bu madde puanının tüm BDÖ maddeleri içinde en yüksek puanı olduğu belirlenmiştir.
- **Konfor** alt boyutunda hemşirelerin en çok sıklıkla yerine getirdikleri davranışın *“Hasta ile konuşmak”* ve *“Hastayı dinlemek”* olduğu, en az sıklıkla yerine getirilen bakım davranışının ise *“Hasta ile oturmak”* olduğu,
- **Güven Verici İletişim** alt boyutunda puan ortalamaları en yüksek olan, diğer bir deyişle en sık yerine getirilen bakım davranışları *“Hastayı bir birey olarak kabul etmek”*, *“Hastaya, tüm tedavisi ve hastalığı ile ilgili duygularını açıklamasına izin vermek ve bilgileri gizli tutmak”* ve *“Kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak”* davranışları olduğu,
- **Beklentiler** alt boyutunda, hemşirelerin en sık uyguladıklarını belirttikleri bakım davranışının *“Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak”*, en az sıklıkta uyguladıkları bakım davranışının ise *“Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak”* davranışları olduğu,
- **Açıklamalar ve Olanaklar** alt boyutunda *“Hastaya tedavisi ve hastalığı ile ilgili bilmesi gereken önemli konuları anlaşılır bir dille anlatmak”* maddesi bu alt boyuttaki en yüksek puan ortalamasıdır. Bu alt boyutta en düşük puan madde ortalaması ise *“Hekimine sorması için hastaya sorular önermek”* maddesi olduğu,
- **Ulaşılabilirlik** alt boyutunda *“Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirme”* maddesi bu alt boyuttaki en yüksek puan ortalamasıdır. Bu alt boyutta en düşük puanın ise *“Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.”* maddesi ve *“Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.”* maddesinde maddelerinde olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, bu bakım davranışları BDÖ’ de yer alan tüm bakım davranışları

içinde en düşük puanın elde edildiği, diğer bir deyişle hemşireler tarafından en az sıklıkta yerine getirilen, en az önemli bulunan bakım davranışı olduğu,

- Hemşirelerin BDÖ genel toplam ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve kuvvetli korelasyon olduğu saptanmış, hemşirelerin herhangi bir alt boyuttan almış oldukları puanlar arttıkça, diğer alt boyutlardan aldıkları puanların da arttığı sonucuna varılmıştır.

6.2. Hemşirelerin bireysel özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçlar;

- Hemşirelerin yaşı arttıkça BDÖ puan ortalamasında düşme olduğu,
- Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre yaş grubunda **“Ulaşılabilirlik”**, **“Konfor”**, **“Gözlemler ve İzlemler”** alt gruplarının ve BDÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olduğu,
- Kadın Hemşirelerin anlamlı farklılıkla Erkek Hemşirelerden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu,
- Cinsiyetlerine göre hemşirelerin **“Güven verici iletişim”** alt boyutunun anlamlı olduğu,
- Bekâr hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının anlamlı farklılıkla Evli ve Boşanmış hemşirelerden daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin medeni durumuna göre **“Ulaşılabilirlik”**, **“Konfor”** alt boyutlarının anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin mezun oldukları okula göre Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans mezunu hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamasının Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin eğitim durumuna göre **“Ulaşılabilirlik”** alt boyut puan ortalamasının anlamlı olduğu,

6.3. Hemşirelerin kişisel yaşamında bakım alma ve bakım verme deneyimlerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçlar;

- Hastanede yatma deneyimi olan hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının yatma deneyimi olmayan hemşirelere göre daha yüksek ve **“Açıklamalar ve Olanaklar”**, **“Güven verici iletişim”** alt boyutlarının anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin kardeşi olma durumuna göre BDÖ puan ortalamasında anlamlı bir farklılık olmadığı sadece **“Açıklamalar ve Olanaklar”** alt boyutunda anlamlı fark olduğu,
- Hemşirelerin çocuğu olma durumuna göre BDÖ puan ortalamasında anlamlı bir farklılık olmadığı sadece **“Ulaşılabilirlik”** alt boyutunda anlamlı fark olduğu,

6.4. Hemşirelerin mesleki deneyim ve özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçlar;

- Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin mesleki ve çalışma sürelerine ilişkin özelliklerine bakıldığında %11,4 ‘nün 1 yıldan az çalıştığı ve 1 yıldan az çalışan hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının anlamlı farklılıkla 11 yıl ve daha uzun süredir çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin çalışma yıllarına göre sadece **“Açıklamalar ve Olanaklar”** boyutunun anlamlı olmadığı, diğer tüm alt boyutlardaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Araştırma kapsamındaki hemşirelerin büyük bir kısmının (%82,5) servis Hemşiresi olarak görev yaptığı ve servis sorumlusu, hemşiresi ve diğer konumda çalışan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı,
- Hemşirelerin, %18,1’inin en uzun süre çalıştığı servislerin cerrahi (üroloji, ortopedi, genel cerrahi, göz, KBB vb.) servisler olduğu ve BDÖ toplam puan ortalamasının diğer servislerde çalışan hemşirelerden anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu,

- Hemşirelerin en uzun süre çalıştığı servise göre sadece **“Gözlemler ve izlemler”** alt boyutunun anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin %79,6’sının hemşirelik mesleğini isteyerek seçtikleri ve “bu gün olanak olsa tekrar hemşirelik mesleğini seçip seçmeyecekleri” konusunda değerlendirmelerinde de %55’inin yine hemşirelik mesleğini seçeceğini belirttiği,
- Hemşirelik mesleğini istemeyerek ve diğer nedenlerle seçen hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamasının birbirine yakın, isteyerek seçen hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının ise daha yüksek olduğu,
- Hastaları her zaman anlayan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamasının **“Çoğunlukla Anlarım”** ve **“Bazen Anlarım”** grubundaki hemşirelerden anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin hastaları anlama durumuna göre BDÖ toplam puan ortalaması ve **“Konfor”** alt boyutunun anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%57,2)’sinin çalıştığı ortamdan memnun olduğu, çalıştığı ortamdan memnun olduğunu belirten hemşirelerin BDÖ genel toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olmakla birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Araştırmada örneklemdeki hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarının iyi düzeyde olduğu, BDÖ alt boyutlarında en yüksek puanın **“Gözlemler ve İzlemler”**, **“Konfor”** ve **“Güven Verici İletişim”**, en düşük puanın **“Beklentiler”** alt grubunda gözlendiği, en sıklıkla yerine getirilen bakım davranışının **“Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek”** olduğu; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, çalışılan klinik/ ünite, kardeşi ve çocuğu olma durumu, hastanede yatma deneyimi, hastaları anlama durumunda yeterlilik faktörlerinin hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarını etkilediği sonuçlarına varılmıştır.

7. ÖNERİLER

KKTC de çalışan hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarını ve etkileyen faktörleri tanımlamak amacı ile yapılan bu çalışmanın sonuçlarına dayalı olarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarını ve bu davranışları yerine getirmelerini etkileyen çalışma süresi ve yaş, cinsiyet, medeni durum gibi faktörler göz önünde bulundurularak çalışma ortamı ve eğitim programlarının gözden geçirilmesi,
- Hemşirelik bakımının daha çok fiziksel bakım, teknik bakım becerileri ve uygulamaları ile sınırlı olarak algılandığı belirlenmiştir. Temel ve mezuniyet sonrası eğitim gibi mesleki sosyalizasyon süreçlerinde tıbbi bakım modeli ve teknik beceri odaklı bakım yaklaşımının bu sonuçta etkili olabileceği göz önünde bulundurulması, bu süreçlerde bakımın bireyselleştirilmiş, bakımın koruyucu, ilgi ve özen içeren, empati ve psiko-sosyal destek sunan boyutlarının kapsanması önerilmektedir.
- Bakım davranışlarının algılamasının ve uygulanma sıklığının sadece hemşirelerin değil, hastaların da algılamalarının değerlendirildiği karşılaştırmalı çalışmaların planlanması,
- Çalışmanın ana amacı olmamakla birlikte, Bakım Davranışları Ölçeğinin (CARE-Q) toplam ve alt boyutlarında güvenirlik katsayısının daha düşük bulunduğu sonucuna dayanarak BDÖ' nin dil ve kültürel olarak geçerlilik ve güvenirliğini test eden yeni çalışmalar yapılması önerilmiştir.

8. KAYNAKLAR

- Acaroğlu, R. Şendir, M. Kaya, H. ve Sosyal, E. (2007). Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa ilişkin Yaşam Kalitesine Etkisi. **İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 15 (59), 61- 67.
- Acaroğlu, R. ve Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirme Skalaları. **İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 20 (1), 10-16.
- Ahmed, E, M. El Gamil A, E. Ahmed, N, M. Sayed, A, A. (2013). Oncology Nurses' Versus Oncology Patients' Perceptions of Caring Behaviors Given to Patients in Oncology Units. **Medical Journal of Cairo University**,81(2),11-20.
- Altınok, H. Şengün, F. Üstün, B.(2011). Bakım: Kavram Analizi (Ed). **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi**, 4(3), 137-140.
- Amendolair, D, D. (2012). Caring Behaviors and Job Satisfaction(Ed). **The Journal of Nursing Administration**, 42(1), 4-39.
- Andershed, B., ve Olsson, K., (2009) Review of Research Related To Kristen Swanson's Middle-Range Theory of Caring. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 23; 598–610.
- Arcak, R., Kasımoğlu, E. (2006). Diyarbakır Merkezdeki Hastane Ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri, **Dicle Tıp Dergisi**, 33 (1), 23-30.
- Aupia, A. Ting Lee, T. Yu Liu, C. Fang Vivienne S. Mills E.M. (2017). Caring Behavior Perceived By Nurses, Patients and Nursing Students in Indonesia. (Ed.)**Journal of Professional Nursing**, 1-6.
- Aydın, M. (2014). **Bir Üniversite Hastanesindeki Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları**. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum.

- Bayraktar, D.ve Eşer, İ. (2017). Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları. **Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 20(3), 188-194.
- Beck, T, C. (1999). Quantitative Measurement of Caring. **Journal of Advanced Nursing**. 30(1), 24-32.
- Birimoğlu, C.ve Ayaz, S. (2015). Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları. **Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**, 5(2), 40-48.
- Boykin A. ve Schoenhofer S. (2001). The Role of Nursing Leadership in Creating Caring Environments in Health Care Delivery Systems. **Nursing Administration Quarterly**, 25, 1–7.
- Brilowski, G,A. ve Wendler, M,C. (2005). An Evolutionary Concept Analysis of Caring. **Journal of Advanced Nursing**, 50, 641–650.
- Bulechek, M, G. Butcher, K, H. Wagner, C. (2013). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması (NIC). (F.Erdemir. S.Kav, A, A. Yılmaz Çev.). İstanbul: **Nobel Kitapevleri**(2017).
- Burtson, P.L. ve Stichler, J.F. (2010). Nursing Work Environment and Nurse Caring: Relationship Among Motivational Factors. **Journal of Advanced Nursing**, 66(8), 1819-1831.
- Cheng, L. Liu, Y. Ke Y. Wang, W. (2017). Comparison of Caring Ability Between Chinese and American Nursing Students. **Western Journal of Nursing Research**. 39(2), 290 –304.
- Chung, L, F. Wong, F,K,Y. Chan, MF. (2007). Relationship Of Nurses'spirituality To Their Under standing and Practice of Spiritual Care. **Journal of Advanced Nursing** 58, 158-170.
- Çoban, i.G. (2006). **Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması**. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

- Dobrowolska, B. ve Palese, A.(2016). The Caring Concept, Its Behaviours and Obstacles: Perceptions From A Qualitative Study of Under graduate Nursing Students. **Wiley Nursing Inquiry**, 23,305–314.
- Eskimez, Z. (2012). **Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışları Algılamaları**. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Evans LM. Martin LM. Winslow HE. (1998). Nursing Care and Patient Satisfaction. **American Journal of Nursing**, 98(12), 57–59.
- Finfgeld-Connett D. (2008) Metasynthesis of caring in nursing. **Journal of Clinical Nursing** 17, 196–204.
- Gül, Ş. (2015). **Bakım Kavramının Analizi: Hemşirelerin ve Hastaların Bakım Kavramına İlişkin Algılarının İncelenmesi**. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- He T. Du Y. Wang L. Zhong Z.F. Ye, C. Liu, X,H. (2013). Perceptions of Caring in China: Patient and Nurse Questionnaire Survey. **International Nursing Review**,60, 487–493.
- Jesse, D.E. ve Alligood M.R(2014). Watson's Philosophy and Theory of Transpersonal Caring, Alligood M.R, **Nursing Theorists and Their Work**(79-97). USA: Book Aid International.
- Karagözoğlu, Ş. (2005). Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik. **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, 3(1), 24-28.
- Khademian, Z. ve Vizeshfir, F. (2008). Nursing Students' Perceptions of The Importance of Caring Behaviors. **Advanced of Nursing**, 61(4), 456-462
- Kol, E. (2017). Jean Watson: İnsan Bakım Modeli. Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara, Z., Hemşirelik Teorileri ve Modelleri. (s.506-530).İstanbul: **Akademi Basın ve Yayıncılık**.
- Kurşun Ş.ve Kanan N. (2012). Bakim Davranışlari Ölçeği-24'ün Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. **Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 15(4), 229-235.
- Kurşun, Ş. (2010). **Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması**. Doktora Tezi,

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.

- Labrague, J, L. McEnroe-Petitte, M, Denise. Papathanasiou, V, I. Edet, B, O. Arulappan, J. (2015). Impact of Instructors' Caring on Students' Perceptions of Their Own Caring Behaviors. **Journal of Nursing Scholarship**, 47(4), 338–346.
- Larsen, P,D. McGill, J,S. Palmer, S, J. (2003). Factors Influencing Career Decisions: Perspectives of Nursing Students in Three Types of Programs. **Journal of Nursing Educations**, 42 (4), 168-173.
- Larson, P.J., (1981). Oncology Patients 'And Professional Nurses' Perceptions of Important Nurse Caring Behaviors. **Doctoral Dissertation, University of California**, San Francisco, University Microfilms No. 81-6511
- Lee, M.H., Larson, P.J., Holzemer, W.L. (2006). Psychometric Evaluation of The Modified CARE-Q Among Chinese Nurses in Taiwan. **International Journal for Human Caring**, 10 (4), 8- 13.
- Lee, M.H., Larson, P.J., Holzemer, W.L. (2006). Psychometric Evaluation of The Modified CARE-Q Among Chinese Nurses in Taiwan. **International Journal For Human Caring**, 10 (4), 8- 13.
- Li, S, Y. Yu,P,W. Yang H, B. Liu F, C. (2016). A Comparison of The Caring Behaviours of Nursing Students and Registered Nurses: İmplications for Nursing Education. **Journal of Clinical Nursing**, 25, 3317–3325.
- Liu, W. T. J,E. Mok, E. ve Wong, T (2006). Caring in Nursing: İnvestigating The Meaning of Caring From The Perspective of Cancer Patients in Beijing, China. **Journal of Clinical Nursing** 15,188–196.
- Mailam,F, F. (2005). The Effect of Nursing Care on Overall Patient Satisfaction and Its Predictive Value on Return-to-provider Behavior: A Survey Study, **Quality Management in Health Care**. 14(2):116-20.
- McCance, T. M. Hugh, P. McKenna, A. ve Jennifer, R.P. Boore, B. (1997). Caring: Dealing With a Difficult Concept. **International Journal of Nursing Studies**, 34(4), 241-248.

- McCance, T. M. Slater, P. ve McCormack, B. (2008). Using The Caring Dimensions Inventory As An Indicator of Person-Centred Nursing. **Journal of Clinical Nursing**, 18, 409–417.
- McFarland, R,. (2014). Madeleine Leininger Culture Care Theory of Diversity and Universality Marilyn, Alligood M.R, **Nursing Theorists and Their Work** (417-422). USA: Book Aid International.
- Omari, H, F. AbuAlRub, R. Ayasreh, R,I. (2013). Perceptions of Patients and Nurses Towards Nurse Caring Behaviors In coronary Care Units in Jordan. **Journal of Clinical Nursing**, 22, 3183–3191.
- Ortabağ, T. Tosun, N. Bebiş, H. Yava, A. Çiçek, H.S. Akbayrak, N. (2010). Yatağın Diğer Tarafı: Hemşirelik Yüksek Okulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Eğitim Amaçlı Hastaneye Yatma Deneyimleri. **Gülhane Tıp Dergisi**, 52, 189-197.
- Özbaşaran, F. Taşpınar, A. Çakmakçı, A. (2002). Hastalar Kendilerine Bakım Verenlerin Cinsiyeti Konusunda Ne Düşünüyorlar? **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 5(2).
- Papastavrou, E. Efstathiou, G. Charalambous, A. (2011). Nurses' and Patients' Perceptions of Caring Behaviours: Quantitative Systematic Review of Comparative Studies. **Journal of Advanced Nursing**, 67(6), 1191–1205.
- Papastavrou, E. Efstathiou, G. T sangari, H. Suhonen, R. Kilpi, L. H. Patiraki, E. Karlou, C. Balogh, Z. Palese, A. Tomietto, M. Jarosova, D. Merkouris, A, P. (2011). A Cross-Cultural Study of The Concept of Caring Through Behaviours: Patients' and Nurses' Perspectives in Six Different EU Countries. **Journal of Advanced Nursing**. 68(5), 1026-1037.
- Patistea, E. (1999). Nurses' Perceptions of Caring As Documented in Theory and Research. **Journal of Clinical Nursing**, 8, 487-495.
- Patistea, E. Siamanta, H. (1999). A Literature Review of Patients' Compared with Nurses' Perceptions of Caring: Implications for Practice and Research. **Journal of Professional Nursing**, 15(5), 302-312.

- Poirier, P. Sossong, A. (2010). Oncology Patients' and Nurses' Perceptions of Caring, **Canadian Oncology Nursing Journal**, 5737/11819, (10) 62-65.
- Potter, P.A. ve Perry, A.G. (2009). Caring in Nursing Practice. Fundamentals of Nursing. (7th ed.) St. Louis: Mosby Elseiver; 95-105.
- Potter, P.A. ve Perry, A.G. (2017). Caring in Nursing Practice. **Fundamentals of Nursing**. (95-105). (7th ed.) St. Louis: Mosby Elseiver;
- Safadi R.R., Saleh M.Y.N., Nassar O.S., Amre H.M. ve Froelicher E.S. (2011) Nursing Students' Perceptions of Nursing: A Descriptive Study of Four Cohorts. **International Nursing Review** 58, 420–42.
- Sherwood, G.D. (1997). Meta-Synthesis of Qualitative Analyses of Caring: Defining A Therapeutic Model of Nursing. **Advanced Practice Nursing Quarterly** 31,32–42.
- Suhonen R. Valimaki M., Katajisto J. Leino-Kilpi H. (2007). Hospitals' Organizational Variables and Patients' Perceptions of Individualized Nursing Care in Finland. **Journal of Nursing Management** 15, 197–206.
- Suliman, A.W., Welmann, E., Omer, T., ve Thomas, L., (2009). Applying Watson's Nursing Theory to Assess Patient Perceptions of Being Cared for in a Multicultural Environment. **Journal of Nursing Research**, 17(4), 292-300.
- Tanrıverdi, G. (2017).Modeline M. Leininger: Kültürel Bakımda Farklılıklar ve Benzerlikler Torisi. Karadağ, A., Çalışkan, N., Baykara, Z., **Hemşirelik Teorileri ve Modelleri**. (s.506-530). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Taze S. **Acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi**. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İstanbul, 2008
- Tekin, V. (2017). **Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Kavramı Algısı**. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- Tierney J, A. (2003). Comments on: “A Comparative Analysis of Lay-Caring and Professional (Nursing) Caring Relationships”. **International Journal of Nursing Studies**, 40, 511–513.

- Turan, N. Öztürk. A. Kaya, H. Aştı, T. (2011). Toplumsal Cinsiyet ve Hemşirelik. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, 4(1), 167-171.
- Türk Dil Kurumu Erişim: 06.07.2018 21.30
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=BAKIM
- Watson, J. (2009). CARE-Q and CARE/SAT and Modified CARE-Q. Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences. 2 th Edition, **Springer Publishing Company**, LLC: 25-52.
- Wojnar D.M. (2014). Theory of Caring, Alligood M.R, **Nursing Theorists and Their Work** (688-700). USA: Book Aid International.
- Wolf ZR, Giardino, ER, Osborne PA, Ambrose MS. Dimensions of Nurse Caring. **Image Journal Nursing Science** 1994;26(2):107-11.
- Wu, Y., Larrabee, J, H., Putman, H, P.,(2006). Caring Behaviors Inventory- A Reduction of The Item Instrument. **Nursing Research**. 55(1), 18–25.
- Yılmaz D, U. Dilemek H., Korhan A, E., Çelik E., Rastgel H.(2017).Hemşirelerin Bakım Verici Rollerine İlişkin Tutumları ve İlişkili Faktörler. **Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi** 10, 237-397.
- Youssef M.H.A, Mansour M.A.M., Ayasreh, A.R.İ., Al- Mawajdeh, A.A.N., (2013). Medical-Surgical Nurse's Perceptions of Caring Behaviors Among Hospitals in Taif City. **Life Science Journal**, 10(4).720-730.
- Yürün, Y. (2015). **Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Davranışlarının Belirlenmesi**. Yüksek lisans Tezi, Yakındoğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
- Zamanzadeh,V,. Azimzadeh, R,. Rahmani,. ve Valizadeh,. L(2010). Oncology Patients' and Professional Nurses' Perceptions of Important Nurse Caring Behaviors. **Bio Medcandral Nursing**, 9.10.

9. EKLER

EK 1: Katılımcı Tanıtım Formu

Bilgi Formu

Form no:

Sayın Katılımcı, “Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Algılaması” adlı bu araştırmada veriler ekteki bilgi formu ve Bakım Davranışları Algılama Ölçeği ile toplanmaktadır. Çalışmaya katılımınız ve formları doldurmanız ile elde edilecek bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacak olup, kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde belirtilmeyecektir. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz dikkat ve içtenlik araştırma sonuçlarını açısından son derecede önemlidir. Katıldığınız ve zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederim.

Saygılarımla

Hemşire Mehmet Ali FIRAT

FORM 1: HEMŞİRE BİLGİ FORMU

1. Yaşınız
2. Cinsiyet a) Kadın b) Erkek
3. Eğitim durumunuz?
a) SML b) Ön lisans c) Lisans d) Yüksek lisans ve üzeri
4. Mezun olduğunuz okul- bölüm?.....
5. Hemşire olarak çalışma süreniz?
a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11-15 yıl e) 16 yıl üzeri
6. Hemşire olarak en uzun süre hangi serviste çalıştınız?.....
7. Görev yaptığınız serviste hangi konumda çalışıyorsunuz?
a). Servis sorumlusu b) Servis hemşiresi c). Diğer
8. Hastanede çalışma şekliniz nedir?
a) Gündüz vardiyası b) Gece vardiyası c) Her ikisi d). Diğer
9. Kaç kardeşiniz var? (Siz hariç)
10. Medeni durumunuz?
a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Evli ama ayrı yaşıyor
11. Çocuğunuz var mı? a) Var (Sayı Belirtiniz) ... b) Yok c) Diğer.....
12. Daha önce hiç hastaneye yattınız mı? a) Evet b) Hayır
13. Çalıştığınız ortamda hastaları anlama konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?
a) Her zaman b) Çoğunlukla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman
14. Genel olarak çalışma ortamınızdan memnun musunuz?
a) Memnun b) Kısmen memnun c) Memnun değil
15. Hemşireliği isteyerek mi seçtiniz? a) Evet b) Hayır c) Diğer.....
16. Geriye dönme olanağınız olsaydı tekrar hemşireliği seçer miydiniz?
a) Seçerdim b) Seçmezdim c) Emin Değilim

EK 2: Hemşirelerin Bakım Değerlendirme Ölçeği

Care-Q BAKIM DAVRANIŞLARI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ'NİN Dil, Kapsam-İçerik Geçerliği Yapılarak Türkçeye Dönüştürülmüş Şekli

Yönerge: Bu anket, hemşirelerin bakım davranışlarına yönelik algılarını incelemek amacı ile hazırlanmıştır. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma sonuçları için kullanılacaktır. Tüm sorulara vereceğiniz yanıtların sizi yansıtmaya özen göstermeniz araştırma sonuçlarının bakım davranışları ile ilgili doğru bilgiler yansıtmaya sağlayacaktır. Klinik uygulamanız sırasında verdiğiniz bakımı dikkate alarak anketi doldurmanızı rica ederiz. Teşekkür ederiz.

Aşağıdaki hemşirelik bakım girişimlerini <i>son iki hafta içinde hangi sıklıkta gerçekleştirebildiniz:</i>	Hic	Hemen hemen hiç	Nadiren	Bazen	Genellikle	Hemen hemen her	Her zaman
1. Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.	1	2	3	4	5	6	7
2. Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.	1	2	3	4	5	6	7
3. Hastanın tedavisi ve ilaçlarını zamanında uygulamak	1	2	3	4	5	6	7
4. Hastayı sık sık kontrol etmek	1	2	3	4	5	6	7
5. Hastanın çağrılarını kısa zamanda yanıtlamak	1	2	3	4	5	6	7
6. Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	6	7
7. Hastaya mevcut destek sistemlerini anlatmak, örn; kendi kendine yardım grupları ve benzer hastalığa sahip diğer bireyler vb.	1	2	3	4	5	6	7
8. Hastaya yeterli bilgi vererek kendisini kötü/eksik hissetmemesini sağlamak	1	2	3	4	5	6	7
9. Hastaya tedavisi ve hastalığı ile ilgili bilmesi gereken önemli konuları anlaşılır bir dille anlatmak	1	2	3	4	5	6	7
10. Mümkün olduğunda, hastaya kendi kendine bakımını nasıl yapacağını öğretmek	1	2	3	4	5	6	7
11. Hekimine sorması için hastaya sorular önermek	1	2	3	4	5	6	7
12. Tıbbi durumu hakkında hastaya karşı dürüst olmak	1	2	3	4	5	6	7
13. Temel konfor önlemlerini almak, örn; uygun aydınlatma, gürültünün kontrolü, uygun giyim/örtünme vb.	1	2	3	4	5	6	7
14. Hastaya, durumu ve tedavisi ile ilişkili olumlu öğeleri tanımlayarak cesaret vermek	1	2	3	4	5	6	7
15. Zor beğenen hastalara bile hoşgörülü olmak	1	2	3	4	5	6	7
16. Güler yüzlü olmak	1	2	3	4	5	6	7
17. Hasta ile oturmak	1	2	3	4	5	6	7
18. Rahatlama gereksinimi olduğunda hastaya dokunmak	1	2	3	4	5	6	7
19. Hastayı dinlemek	1	2	3	4	5	6	7
20. Hasta ile konuşmak	1	2	3	4	5	6	7
21. Hastanın ailesi ve onun için önemli olan diğer bireyleri bakımına dâhil etmek	1	2	3	4	5	6	7
22. Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak	1	2	3	4	5	6	7

23. Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlama	1	2	3	4	5	6	7
24. Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.	1	2	3	4	5	6	7
25. Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığı anda, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.	1	2	3	4	5	6	7
26. Hasta için ilklerin, en zor zamanlar olacağını anlamak ve bu günler süresince hastaya özel dikkat göstermek	1	2	3	4	5	6	7
27. Hasta ile birlikte iken, sadece o hastaya yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7
28. Kriz veya kritik bir dönem içinde olduğunda bile hasta ile ilgilenmeyi sürdürmek	1	2	3	4	5	6	7
29. Hastaya, kabul edilebilir alternatifler sunmak, örn: görüşme zamanlarının, banyo zamanlarının seçimi vb.	1	2	3	4	5	6	7
30. Gerçekçi hedefler saptamada hastaya yardım etmek	1	2	3	4	5	6	7
31. Durumdaki değişiklikleri hasta ile konuşmak için en uygun zamanı hasta ile birlikte belirlemek	1	2	3	4	5	6	7
32. Herhangi bir eyleme başlamadan önce, hastanın durumunu, hasta ile birlikte gözden geçirmek	1	2	3	4	5	6	7
33. Hastanın hastalığı ve tedavisine ilişkin düşüncelerini açık bir şekilde anlatmasına yardım etmek	1	2	3	4	5	6	7
34. Bakımın planlanması ve yönetiminde, hastanın kendisini ne zaman en iyi ve uygun hissettiğinin farkında olmak	1	2	3	4	5	6	7
35. Hastayı sorular sorabileceği konusunda cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	6	7
36. Her ne olursa olsun önceliği hastaya vermek	1	2	3	4	5	6	7
37. Hastanın ailesi ve önem verdiği diğer kişiler ile cana yakın ve içten olmak	1	2	3	4	5	6	7
38. Hastaya, tüm tedavisi ve hastalığı ile ilgili duygularını açıklamasına izin vermek ve bilgileri gizli tutmak	1	2	3	4	5	6	7
39. Hastaya, hitap etmek için tercih ettiği ismi sormak	1	2	3	4	5	6	7
40. Hasta ile tutarlı bir yaklaşım içinde olmak	1	2	3	4	5	6	7
41. Hastayı bir birey olarak kabul etmek	1	2	3	4	5	6	7
42. Kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak	1	2	3	4	5	6	7
43. Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve tanıtıcı kimlik takmak	1	2	3	4	5	6	7
44. Röntgen, özel işlemler vb. gibi profesyonel randevu planının, hastanın durumu ve koşullar için uygun olduğundan emin olmak	1	2	3	4	5	6	7
45. İyi organize olmak	1	2	3	4	5	6	7
46. Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek	1	2	3	4	5	6	7
47. Sakin olmak	1	2	3	4	5	6	7
48. Hastaya iyi fiziksel bakım vermek	1	2	3	4	5	6	7
49. Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak	1	2	3	4	5	6	7
50. Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek	1	2	3	4	5	6	7

EK 3: Etik Kurul Onay Formu



EK: 605-2018

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 21.12.2017
 Toplantı No : 2017/53
 Proje No : 498

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Firdevs Erdemir'in sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2017/53-498 proje numaralı ve "KKTC'de Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Algılamaları" başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur
2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz
4. Prof. Dr. Şahan Saygı
5. Prof. Dr. Şanda Çalı
6. Prof. Dr. Nedim Çakır
7. Prof. Dr. Kaan Erler
8. Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz
9. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik
10. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov

(BAŞKAN)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

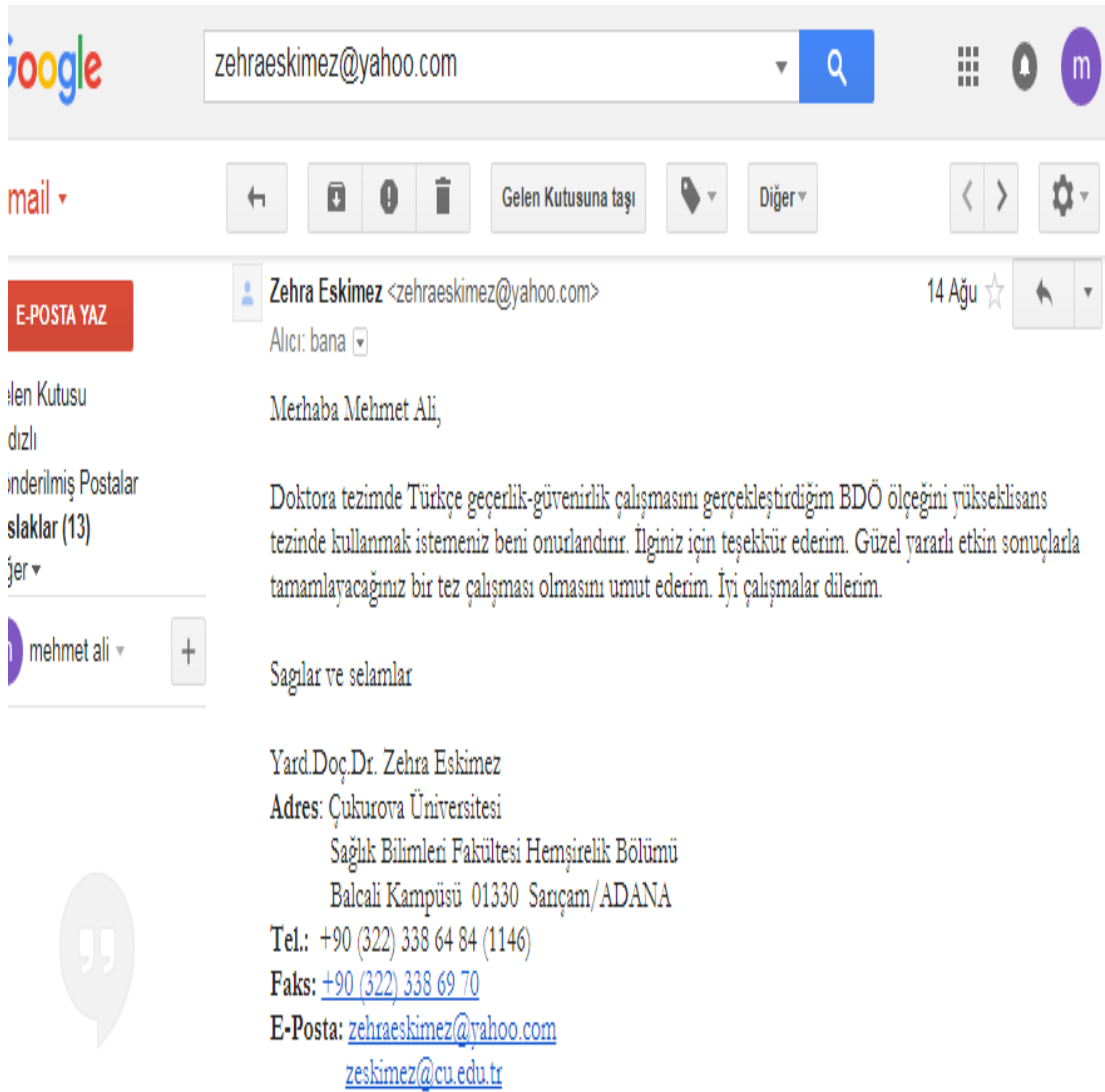
(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE) KATILMADI

(ÜYE)

EK 4: Ölçek Kullanım İzni



The screenshot shows a Gmail interface. At the top, the Google logo is on the left, and a search bar contains the email address 'zehraeskimez@yahoo.com'. Below the search bar, there are navigation icons for mail, a calendar, a clock, and a trash can. A button labeled 'Gelen Kutusuna taşı' (Move to Inbox) is visible. The main content area shows an email from 'Zehra Eskimez <zehraeskimez@yahoo.com>' dated '14 Ağu'. The email body contains the following text:

Alıcı: bana

Merhaba Mehmet Ali,

Doktora tezimde Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışmasını gerçekleştirdiğim BDÖ ölçeğini yüksekisans tezinde kullanmak istemeniz beni onurlandır. İlginiz için teşekkür ederim. Güzel yararlı etkin sonuçlarla tamamlayacağınız bir tez çalışması olmasını umut ederim. İyi çalışmalar dilerim.

Saygılar ve selamlar

Yard.Doç.Dr. Zehra Eskimez
Adres: Çukurova Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Balcalı Kampüsü 01330 Sançam/ADANA
Tel.: +90 (322) 338 64 84 (1146)
Faks: +90 (322) 338 69 70
E-Posta: zehraeskimez@yahoo.com
zeskimez@cu.edu.tr

EK 5: KKTC Sağlık Bakanlığı Onay Formu



KLİZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ



Sayı: YIK.Ö.DD-1/2013-171 *5724*

Lefkoşa : 20.10.2017

**Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimliği,
Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekimliği,
Dr. Akçiçek Hastanesi Başhekimliği,
Cengiz Topel Hastanesi Başhekimliği,**

Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programına kayıtlı olan Mehmet Ali Fırat'ın, Prof. Dr. Fıdevs Erdemir danışmanlığında "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Algılaması" konulu tez çalışmasını ekinde belirtilen anket formu aracılığı ile 02.01.2018 - 28.02.2018 tarihleri arasında araştırmayı kabul eden Hastanelerde görevli Hemşirelere uygulaması Müdürlüğümüzde uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Dr. NİL ERGÜN ELEDAG
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Başhekimliği



Dağıtım: Yakın Doğu Üniversitesi, SBE Hemşirelik Bölümü.
Sn. Mehmet Ali Fırat.



Adres: Beşevler Denizi Caddesi No: 142 Lefkoşa
Tel: (+90 392) 228 2173, 228 4011, 228 4068 / Faks: (+90 392) 228 4247

EK 6: Yakın Doğu Üniversitesi Onay Formu



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

03/11/2017

YDH-762/2017

Doç. Dr. Ömer Dal Yılmaz
SBF Dekanı Yrd./ Hem. Bl. Bşk.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans öğrencisi Mehmet Ali Fırat, Prof. Dr. Feridevş Erdemir danışmanlığında "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Algılaması" konulu tez çalışmasını Hastanemizde çalışan hemşirelere uygulaması programlanmıştır. Saygı ile bilginize getirilir.



Dr. Serim Fikrihan
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Bakım Bl.

EK 7: Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi Onay Formu

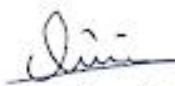
Sayı: SBF-1/DK-17/1288
Konu: tez çalışması izni hk.

03. 11. 2017

Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'ne;

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programına kayıtlı olan Mehmet Ali FIRAT, Prof. Dr. Firdavs ERDEMİR danışmanlığında "Kırsal Kırsal Türk Cumhuriyeti'nde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarının Algılanması" konulu tez çalışmasını yapacaktır. Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelere 01.01.2018 - 01.03.2018 tarihleri arasında ekte yer alan soru formları uygulayabilmesi için gerekli izinlerin verilmesi hususunda bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla;



Doç. Dr. Ümrani Dal YILMAZ
SBF Dekan Yrd./Hem. Bl. Bşk.




EK1: Soru Formu

EK 8: Özgeçmiş

1 Kişisel Bilgiler

Adı: Mehmet Ali

Soyadı: FIRAT

Doğum tarihi ve yeri 01.01.1990 Suruç/Şanlıurfa

Görev Yeri: Yakın Doğu Üniversitesi Acil Servis Hemşiresi

Cep: 05069653919 /05338653044

E-mail: msf63.63@gmail.com

2.Eğitim

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans	Mezuniyet Yılı
	2017-
Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2016
Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yaşlı Bakım Programı	2012

3. İş Deneyimi

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Acil Servis	Çalışma Yılı
	2015-
Sani Konukoğlu (SANKO) Hastanesi Acil Servis	2012-2015

Mehmet Ali Fırat - KKTC 'DE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BAKIM DAVRANIŞLARINI ALGILAMALARI

Yazar Mehmet Ali Fırat

Gönderim Tarihi: 10-Ağu-2018 03:08PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 988953022

Dosya adı: Mehmet_ali_tez_turnitin.doc (1.36M)

Kelime sayısı: 14355

Karakter sayısı: 98654

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı

Hemşirelik, uygulamalarının merkezine “insan” kavramını koyan ve temel işlevi “bakım” olan bir sağlık disiplini. Bakım hemşireliğin özü, özgün işlevi, bir meslek olarak hemşireliği diğer disiplinlerden ayırt edici özelliğidir (Karagözoğlu, 2005; Sherwood, 1997). Hemşirelikte bakım verme eylem ve davranışları bireylere sağlık hizmeti vermek için hemşireler tarafından yapılan tüm faktörleri temsil etmektedir. Swanson’a göre bakım kişinin kişisel sorumluluk ve sorumluluk duygusu hissettiği, değer verdiği bir başka insanla besleyici bir ilişki kurma şeklidir. Bakım, bilme, yanında olma, (onun için) yapma, olanak sağlama ve kolaylaştırma, inancı sürdürme süreçlerini içerir. (Andershed ve Olsson, 2009; Wojnar, 2014). Bakımın felsefi temeli, başkalarına bakma ve başkalarıyla bağlantı kurma sorumluluğu açısından görülür. Hemşirelik bakımı, verme, paylaşma, saygı duyma, onurlandırma, bilgilendirme, destekleme, cesaretlendirme ve sevgi dolu olma gibi birçok kavramı yansıtmaktadır. Leininger *Kültürel Bakım Teorisi’nde* bakımı, bir insanın yaşam şeklinde iyileşme sağlamak için açık ya da tahmin edilen gereksinimleri karşılamak ve bir başkasına yönelik yardım edici, destekleyici ya da geliştirici eylem ve aktiviteler olarak tanımlar (McFarland, 2014; Tanrıverdi, 2017).

Bakımın beklenen sonucu, bakım alan bireyde bir emosyonel ve spirüel iyilik hali, daha çabuk iyileşme ve kendini iyi hissetme, rahatlık ve desteklenmiş olma duygularının ifade edilmesidir. Bu özellikleri ile hemşirenin bakım davranışları hasta sonuçları ve hasta memnuniyeti üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilmektedir (Amendolair, 2012; Tierney, 2003).

Sağlık sisteminin önemli bir bileşeni olan hastaneler, hastaların sağlık durumunun iyileştirilmesine ve hastaların gereksinimlerine uygun kaliteli hizmet sunmaya odaklanmış sağlık kurumlarıdır. Hemşirelik, hastanelerde insan kaynaklarının en büyük kısmını oluşturmaktadır ve hemşirelerin performansı bakım kalitesinin önemli bir belirleyicisidir. Hemşireler, hastanelerde sunulan hizmetin kalitesini ve bireylerin hastane deneyiminden memnun kalmasını sağlamak için yeterlilikleri doğrultusunda profesyonel hizmetler sunmaları, bakım davranışlarını yerine getirmeleri beklenmektedir. Ancak, günümüzde gerek hemşirelik mesleğinde

ve gerekse akut bakım ortamlarında yaşanan değişimler hemşirelerin bakım davranışlarını yerine getiriş özelliklerini etkileyebilmektedir.(Amendolair, 2012;Boykin ve Schoenhofer, 2001; Burtson ve Stichler, 2010; Evans ve diğerleri, 1998; Mailam, 2005; Suhonen ve diğerleri, 2007).

Hemşirelik bakımının etkinliğini ve bakım kalitesini ölçme son otuz yılda araştırmacıların ilgisini çeken bir konu olmuştur. Hemşirelik bakım davranışlarının neler olduğu, bakımın ve bakım davranışlarının hemşireler tarafından nasıl algılandığı, bunların etkin bir şekilde nasıl ölçüleceğı konularında birçok çalışma yapılmıştır (Aupia ve diğerleri, 2017; Aydın, 2014; Birimoğlu ve Ayaz, 2015; Chung ve diğerleri, 2007; Cheng ve diğerleri, 2017; Eskimez, 2012; He ve diğerleri, 2013; Kurşun ve Kanan, 2012). Hemşirelerin bakım davranışlarında bakım algısı, bireysel özellikleri, kurumsal ve bireysel özellikler, eğitsel hazırlık gibi faktörlerin etkili olabileceğı bildirilmektedir (Yılmaz ve diğerleri, 2017; Youssef ve diğerleri, 2013; Yürün, 2015) Diğer taraftan bakım ve bakım davranışları insan insana ilişki içinde gerçekleşmektedir. Bakımın ve bakım davranışlarının algılanışı bakımı veren ve bakımın alıcısı bireyin kültürel özelliklerine göre değişebilir. Leininger'e göre insan bakımı evrensel bir fenomendir ancak bakımın ifade edilişi, süreçleri ve örüntüleri kültürden kültüre değişir (McFarland, 2014; Tanrıverdi, 2017). Bu bağlamda, çeşitli kültürlerde bakım alanların / hastaların ve hemşirelerin bakım kavramlarını anlamak için bakım davranışlarının meydana geldiğı kültüre göre inceleme yapılmalıdır.

Bu nedenle hemşirelerin bakım davranışlarının etkinliğini değerlendirmek ve etkinliği geliştirecek eğitsel ve yönetsel planlamaları yapabilmek için hemşirelerin bakım davranışlarına yönelik algılarının tanımlanması önemlidir.

Çok kültürlü bir toplum olan Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti (KKTC)'de görev yapan hemşirelerin bakım davranışlarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Yürün, (2015) tarafından yapılan ve örneklemini KKTC'deki sadece bir devlet hastanesi ve bir özel hastanede görev yapan 190 hemşirenin oluşturduğu, bakım davranışları ölçeğı olarak madde sayısının az olması nedeniyle hemşire ve hastaların birlikte alındığı çalışmalarda kullanıma daha uygun olan Bakım Davranışları Ölçeğı-24'nin kullanıldığı çalışmada hemşirelerin Bakım Davranışları Ölçeğı-24'ten elde ettikleri en yüksek puanın "bilgi-beceri" ile ilgili alt

boyutta olduğu, en düşük puanın ise “saygılı olma” ve “bağlılık” alt boyutlarında elde edildiği belirlenmiş, çalışmanın sonucunda araştırmacılar bu konuda daha geniş kapsamlı bir örneklem ile daha kapsamlı çalışmalar yapılmasını önermişlerdir.

KKTC’de bulunan 4 devlet ve 2 üniversite hastanesinde görev yapan 587 hemşirenin katılımıyla, 50 bakım davranışı ifadesini içeren Bakım Davranışları Ölçeği (CARE-Q) kullanılarak gerçekleşen bu çalışma, KKTC de görev yapan hemşirelerin algılayışlarını ve algılamayı etkileyen etmenlere ilişkin bir anlayış geliştirmek amacıyla planlanmıştır. Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarının ve algılamayı etkileyen faktörlerin tanımlanmasının çok kültürlü bir toplum olan KKTC de bakım algısı konusunda bir anlayış kazanılmasına katkı sağlayacağı, bakımın sonuçları konusunda yapılacak karşılaştırmalı araştırmalar için bir temel oluşturabileceği düşünülmektedir.

1

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, KKTC de görev yapan hemşirelerin algılayışlarını ve algılamayı etkileyen etmenlere ilişkin bir anlayış geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

S₁: Hemşirelerin bakım davranışları algılamaları nasıldır?

S₂: Hemşirelerin kişisel ve mesleki deneyim ve özellikleri bakım davranışlarını algılamalarını etkilemekte midir?

1.4. Araştırmanın Değişkenleri:

1.4.1. Bağımlı değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkeni bakım davranışlarının algılanışıdır.

1.4.2. Bağımsız değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri bakım davranışlarının algılanışını etkileyen etkenler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, mezun olduğu hemşirelik programı, çalışılan servis, mesleki deneyim süresi, çalışma şekli / saatleri, konumu, çocuk ve kardeş sahibi olma, hastanede yatma deneyimi, meslekten memnuniyet, mesleği tekrar seçme ve hemşirelerin hastaları anlama durumuna ilişkin öz-değerlendirmeleri) dir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bakım ve Bakım Davranışları

Bakım hemşireliğin özü, özgün işlevi, bir meslek olarak hemşireliği diğer disiplinlerden ayırt edici özelliği olarak kabul edilmektedir (Kol, 2017).¹⁷ Watson, İnsan Bakım Bilimi Teorisi'nde hemşireliği *bakım verme felsefesi ve bilimi* olarak tanımlamaktadır.⁵⁴ Watson'a göre bakım, hemşirelik uygulamasında varoluşçu ilişkisel bir deneyim,¹⁷ hemşire ve hasta arasında karşılıklı olarak yararlanım ve büyüme sürecidir.¹⁷ Watson bakım verme sürecinde hemşire ve hastanın geliştiğini bu süreçten yararlandıklarını ifade etmektedir (Kol 2017; Suliman ve diğerleri 2009; Perry, 2017; Wojnar, 2014).

Leninger *Kültürel Bakım Teorisi'nde* bakımı, tahmin edilen gereksinimleri karşılamak için, bir başkasına yönelik yardım edici, destekleyici ya da geliştirici eylem ve aktiviteler olarak tanımlar. Leninger'e göre insan bakımı evrensel bir fenomendir ancak bakımın ifade edilişi, süreçleri ve örüntüleri kültürden kültüre değişir (McFarland, 2014; Tanrıverdi, 2017) Bu bağlamda, çeşitli kültürlerde bakım alanların / hastaların ve hemşirelerin bakım kavramlarını anlamak için yapılan çalışmalar bakım davranışlarının meydana geldiği kültüre özgü olmalıdır.

²⁷ Türk Dil Kurumu Sözlüğünde bakım, 'bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek' olarak tanımlanmaktadır (TDK 2018).³⁴ TDK'a göre *bakmak* (bakım verme), *bakma işi*, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve bunları sağlama işi; ilgilenmek, bakışı bir şey üzerine çevirmek; beslemek, geçindirmek; sorumluluk, birinden bir iş beklemek; ⁵³ *bir işi yapmak, bir işi yapmakla görevli olmak*; gözetmek, korumak; aramak, yoklamak, incelemek, denemek; hastayı muayene etmek; tedavi etmek için ilgilenmek; anlamak, farkına varmak; uğraşmak, meşgul olmak anlamlarına gelmektedir. Bakım ve bakma sözcüklerinin İngilizce karşılıkları da benzer şekilde; nursing (bakım, beslemek, aziz tutmak, bakıp büyütme), responsibility (sorumluluk, yükümlülük, bakım), attendance (refakat, huzur ve bakım), carefull (dikkat, özen göstermek), supervision (denetim, uyarı, ihtimam, üzerine titreme, nezaket) anlamlarına gelmektedir. Bu tanımların her birinin hemşirelik bakımının çeşitli boyutları ile örtüştüğü görülmektedir. Hemşirelikte de bakım, eylem olarak kullanıldığında;

korumak, beslemek, yardım etmek, iletişim ve gereksinimlerin karşılanması, sevgi, sempati ve saygı gösterme, düşünmek, özen göstermek ve empati duymak anlamlarına gelmektedir (Altınok ve diğerleri, 2011; Brilowski ve Wendler, 2005; McCance ve diğerleri, 1997; Perry, 2017).

Hemşirelikte bakım; rahatlatma sanatı olarak tanımlanmıştır (Papastavrou ve diğerleri, 2011; Altınok ve diğerleri, 2011; Jasmine, 2009). Rahatlatma bakımın “yapma” boyutu kadar ilgilenme, özen gösterme, önemseme, kişiler arası ilişkiler, bilgilendirme gibi besleyici boyutları ile ilgilidir. Hemşirelik bakımı verme, hemşirede sağlığın iyileştirilmesine yönelik teknik ve fiziksel bakım verme yeterlilikler kadar bir insanı bilme, onun yanında olma, sağlama ve kolaylaştırma, cesaretlendirme, destekleme, bilgilendirme, rahatlatma, öz-yeterliliği sağlama, geliştirme ve sürdürmeye ilişkin duygusal, sosyal yeterliliklerin ve özgün bir anlayışın olmasını gerektirir. Bu yeterlilikler ve özgün anlayış bir hemşirelik bakımı deneyiminde bakım davranışları olarak ifade bulur (Boykin ve Schoenhofer, 2001; Brilowski ve Wendler, 2005, Finfgeld ve Connett 2008; Kol 2017; Wojnar, 2014).

2.2. Bakım (Bakım verme) Davranışları

Son 30-35 yılda hemşirelikte bakım kavramına odaklanıldığı görülmekle ve bakım hemşireliğin özü, temeli olarak ifade edilmekle birlikte, hemşirelik literatüründe bakımın ve bakım davranışlarının ne olduğuna ilişkin belirsizlik olduğu ileri sürülmektedir (Papastavrou ve diğerleri, 2011).

Watson'un İnsan Bakım Bilimi Kuramında bakım davranışları olarak da değerlendirilebilen 10 iyileştirici eylem (carative factors) tanımlamıştır. Hemşireliğin amacı bireye akıl, beden ve ruh arasında uyum sağlama konusunda yardım etmektir. Bu amaca iyileştirici faktörler adını verdiği bakım davranışları / girişimleri ile ulaşılabilir (Jesse, 2014; Kol, 2017).. Watson'a göre hemşireliğin merkezi bu iyileştirici faktörlerdir ve hemşirelerin bu süreçleri gerçekleştirebilmesi için insani bilimlerde donanımlı olması gerekir. Watson'ın kuramında tanımlanan 10 iyileştirici faktör şunlardır; .

1. Hümanistik- altüstistik değerler sisteminin oluşturulması

2. *Güven-umut aşılama*
3. *Kendi ve diğerleri için duyarlılık geliştirme*
4. *Yardım-güven ilişkisi geliştirme*
5. *Olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesinin sağlanması ve desteklenmesi*
6. *Karar vermede bilimsel problem çözme yönteminin sistematik kullanılması*
7. *Kişilerarası eğitim-öğrenme yöntemlerinin desteklenmesi*
8. *Destekleyici, koruyucu ve düzenleyici, zihinsel, fiziksel, sosyokültürel ve ruhsal bir çevre hazırlanması*
9. *Temel insan gereksinimlerinin karşılanmasında yardım*
10. *Varoluşsal- fenomenolojik güçlerin göz önünde bulundurulması*

Swanson, Bakım Model’inde bakımı şöyle tanımlamıştır; ”Bakım, kişinin kişisel sorumluluk aldığı ve sorumluluk duygusu hissettiği, değer verdiği bir başka insanla besleyici bir ilişki kurma şeklidir”. Swanson, bireyler tarafından yararlı olarak tanımlanan bakım davranışlarının neler olduğunu, bakım vermenin nasıl bir şey olduğunu sorguladığı araştırmalara dayalı olarak bakım verme olarak adlandırılan beş bakım süreci tanımlanmıştır; (1) bilme, (2) (onunla) olma / yanında olma, (3) (onun için) yapma, (4) olanak sağlama, kolaylaştırma, (5) inancın sürdürülmesidir. (Andershed ve Olsson, 2009; Wojnar, 2014).

Bilme: Bir başkasının hayatında olan bir olayın anlamını anlamak, varsayımlardan kaçınmak, bakılan kişiye odaklanmak, ipuçlarını aramak, titizlikle değerlendirmek ve bilme sürecinde hem bakım vermeye, hem de bakım verilen kişiye bir bakışı hem de bilme sürecine değer verenleri anlamaya çalışmak;

Yanında olma: Diğer biri için emosyonel olarak var olma, yanında olma durumudur. Kişinin orada bulunmasını, erişilebilirliğin iletilmesini, bakılan kişiyi bunaltmadan duyguların paylaşılmasını içerir.

(Onun için) yapma;Diğer biri için, eğer olanak olsa kendisi için ne yapmak istiyorsa onun yapılmasıdır. Gereksinimleri önceden tahmin etmeyi, rahatlatmayı,

yapılacakları becerili ve yetkin şekilde, bakılan kişinin onurunu koruyarak gerçekleştirmeyi içerir.

Sağlama/ kolaylaştırma: Olay üzerine odaklanarak, bilgilendirerek, açıklayarak, destekleyerek, duyguların doğrulamasını yaparak, alternatifler yaratarak, her şeyi düşünerek ve geri bildirim vererek bir diğer kişinin yaşamın geçiş dönemlerinden ve aşına olmadığı olaylar / süreçlerden geçişinin kolaylaştırılmasının sağlanması.

İnancın sürdürülmesi, diğerinin bir olay veya geçiş sürecinden geçme ve anlam bularak geleceği karşılama kapasitesine güvenme, diğer birinin kapasitesine inanma ve onu yüksek bir saygınlık içinde tutma, umut dolu bir tutumu sürdürme, gerçekçi iyimserlik sağlama, durum ne olursa olsun bakılan kişiye destek olmak için hazır bekleme.

Bakım Kuramı modelinde tanımlanan tüm bu süreçler bakımın çeşitli boyutlarını içermektedir. Bu bağlamda bakım davranışları, bir başkasına yönelme, onu bilme, onun yanında olma, ona olan inancını sürdürme, koruma ve yardım etme, istek ve gereksinimlerini karşılamaya istekliliği iletme, kolaylaştırma, içtenlikle, şefkat ve saygı duyarak sorumluluklarını yerine getirme gibi davranışlar ile tanımlanabilir (Andershed ve Olsson, 2009).

Bakım süreçleri gözlenebilir bakım davranışlarının tanımlanması için bir temel sağlamaktadır. Günümüzde hemşirelik uygulamalarında ortak dil geliştirme çalışmalarının ürünü olan NIC hemşirelik girişimleri sınıflamasında bu süreçler hemşirelik girişimleri olarak görülmekte, NIC girişimleri arasında fizyolojik ve fiziksel bakım, öğretim, kolaylaştırma, cesaretlendirme ile ilişkili, yanında bulunma/varolma, ümit aşılama, rol güçlendirme gibi girişimler yer almaktadır(Bulechek ve diğerleri, 2013).

Hemen hemen geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinden beri, hemşirelik felsefesi ve kuramlarında hemşirelik ve hemşireliğin özgün işlevi olarak bakımın ne olduğu kapsamlı ve çok boyutlu şekilde tanımlanmasına rağmen günümüzde de hemşirelik bakımının sadece fiziksel bakım verme ile sınırlı şekilde algılandığına ilişkin bulgular ve gözlemler bulunmaktadır (Tekin, 2017; Aydın,2014). Oysa günümüzün birey ve aile merkezli, bireylerin bakıma katılımını ve sağlık davranışlarında öz-

yeterliliğini geliştirmeyi hedefleyen sağlık bakım sistemlerinde çağdaş hemşirelik bakımının önemi giderek daha çok artmaktadır.

Hemşireler tarafından sağlanan bakım davranışları, hastaların bakım gereksinimleri ile uyumlu olursa bakımdan memnuniyet ve doyum artar. Hastalar ve hemşireler arasında kabul gören bakım davranışlarında güçlü bir uyumsuzluk olması, hastaların gereksinimlerinin karşılanmamış olduğu, hastaların aldıkları bakımdan memnun olmadıkları anlamına gelmektedir (He ve diğerleri, 2013; Liu ve diğerleri 2006).

1.3. Bakım davranışlarının belirlenmesine yönelik araştırmalar

Hemşire ne yapar, hemşire neyi, nasıl yapar ve ne sonuç elde eder sorularını soran ve özgün yanıt getiren kuramcıların çalışmaları ve geliştirilen kuramları takiben oluşan mesleki bilgi birikimi sonucu bakım odaklı hemşirelik kuramları ve modelleri gelişmeye başlamıştır. Hemşirelikte yaşanan bu gelişmelere paralel olarak bakım verici davranışların neler olduğu sorusu ilgi çekmeye başlamış, bakımın hastalar, aileler, hemşireler, kurumlar ve toplumla ilişkili sonuçlarının neler olduğunun tanımlanmasına çalışılmıştır (Andershed ve Olsson 2009; McCance, 2008; Papastavrou 2011 ve Beck, 1999; Wu, 2006;). Bu doğrultuda bakımı farklı özellikleri ile inceleyen birçok metodolojik çalışmalar sonucu bakım ölçme araçları geliştirilmiştir. Bunlardan sıklıkla kullanılan ölçeklerden bazıları şunlardır;

Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ)- (Caring Assessment Questionnaire-Care Q):

BDÖ, Patricia Jean Larson tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. ² Hemşirelik literatüründe yer alan ilk kantitatif bakım değerlendirme aracı olan bu ölçek, hemşirelerin, öğrencilerin ve hastaların oluşturduğu farklı gruplarla yapılan çalışmalarda kullanılmıştır. Care-Q'nun zorunlu- seçim formatı ve Q metodolojisinin bazı sınırlılıkları olduğu görülerek getirdiğini ve bakım maddeleri arasında en önemlilerini belirlemede zorlanmalar oluştuğunu ölçeğin tamamlanmasında gereken zamanın uzunluğu ve katılımcıların belirtilen seçimlere göre maddeleri sınıflandırmasında güçlükler olduğu görülmüştür. (Larson 1981; Lee ve diğerleri 2006; Watson 2009). Bunun üzerine ölçek Larson, Lee ve Holzemer tarafından 6 alt boyut ve 50 madde içeren şekilde, Q metodoloji yerine 7'li Likert tip ölçek haline getirilerek uyarlanmıştır. Bu çalışmada da veri toplama aracı olarak kullanılan bu

ölçeğin hasta ve hemşirelerin bakım davranışları algısının birlikte değerlendirildiği çalışmalardan çok sadece hemşirelerin bakım davranışları algısını değerlendirmeye yönelik çalışmalarda kullanıldığı belirtilmiştir. Bu ölçeğin Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği Eskimez ve Acaroğlu tarafından 2012 yılında yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir.

Bakım Davranışları Ölçeği-24: Wu ve ark (2006) tarafından oluşturulan bu ölçek, Wolf ve ark. (1994) tarafından geliştirilen, hasta ve hemşireler tarafından hemşirelik bakım sürecini değerlendirmek için tasarlanan, çift yönlü tanılamaya uygun 42 maddelik “Bakım Davranışları Ölçeği-42 (Caring Behaviors Inventory/CBI-42)”nin kısa formudur. “Bakım Davranışları Ölçeği-24 (Caring Behaviors Inventory-24/CBI-24)” olarak adlandırılan ölçek, 4 alt gruptan (1.güvence, 2. Bilgi ve beceri, 3. Saygılı olma, 4. Bağlılık) ve 24 maddeden oluşan, 6’lı likert tipi bir ölçektir. Bakım Davranışları Ölçeği-24 (BDÖ-24) formunun Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2010 yılında Kurşun ve Kanan tarafından yapılmıştır (Kurşun ve Kanan, 2010).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS): Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası, hastaların bakış açısından bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirmek amacı ile Suhonen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen, her biri bölümünde üç alt boyut bulunan ve 17 madde içeren iki bölümden oluşan likert tipi bir skaladır. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanması 2005 yılında Acaroğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Acaroğlu, 2007, Acaroğlu ve Şendir 2012).

Bakım Davranışları Değerlendirme Ölçeği (Caring Assessment Inventory /CBI): Watson’un bakım kuramında tanımlanan 11 carative (iyileştirici) faktörü temel alarak, Cronin ve Harrison tarafından geliştirilen ölçek 7 alt boyut (1. Hümanizm-umut, inanç, duyarlılık, 2. Yardım etme, güven, 3. Olumlu ve olumsuz duygularını ifade etme, 4. Öğrenme –öğretme, 5. Destekleyici, koruyucu, düzeltici çevre sağlama, 6. İnsan gereksinimlerine yardım, 7. Varoluşsal, fenomolojik ve spiritüel güçler oluşmaktadır. Ölçek 63 madde içermektedir. Ölçekte yer alan bakım davranışları 1-5 arasında puan verilerek değerlendirilmektedir.

Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ): Hastaların hemşirelik bakımını algılayışını değerlendirmek amacı ile Ann M. Dozier ve arkadaşları

tarafından 2001 yılında Amerika'da geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlaması 2006 yılında Çoban ve Kaşıkçı tarafından yapılmıştır. Ölçek hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve bu bakımdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Çoban, 2006).

Bakım davranışlarının algılanışını değerlendirmeyi sağlayan bu araçlar kullanılarak, çeşitli kurumlarda, çeşitli hasta gruplarının, hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarının algılanışını tanımlamak üzere birçok çalışma yapılmıştır (Ahmed ve diğerleri 2013; Aupia, 2017; Aydın, 2014; Bayraktar ve Eşer, 2017; Gül, 2015; Kurşun, 2010; Labrague 2015; Omari ve diğerleri, 2013; Poirier ve Sossong, 2010 ve Tekin, 2017). Papastavrou ve diğerleri(2010), 2009 yılında hastaların ve hemşirelerin bakım davranışlarını algılayışları arasındaki uyum ve uyumsuzlukları tanımlamak ve incelemek amacıyla yaptıkları sistematik gözden geçirme çalışmalarında bilimsel dergilerde bu konuda yayınlanmış olan araştırma makalelerini incelemişlerdir. Kapsama kriterlerine uygun olarak, bu alanda sadece erişkin hasta grupları, hemşireler ve öğrenciler ile yapılmış, İngilizce dilinde yayınlanmış nicel çalışmaların gözden geçirildiği bu çalışmada 292 makale olduğunu belirlemişlerdir. Çalışmanın kapsama kriterlerine uygun olan 29 makalenin değerlendirilmiş ve bu konuda yapılan çalışmaların çoğunun onkoloji ünitelerinde, rehabilitasyon merkezlerinde ve cerrahi ve psikiyatri gibi akut bakım servislerinde yapıldığı, en sıklıkla kullanılan veri toplama aracının Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ)- (CaringAssessmentQuestionnaire-Care Q) ya da bu ölçeğin önceki versiyonu olan Q – metodolojisi olduğunu, ikinci sıklıkta, özellikle hemşire ve hasta gruplarının bakım davranışlarının algılanmasının karşılaştırıldığı çalışmalarda Bakım Davranışları ölçeği-24' ün kullanıldığını belirlemişlerdir. İncelenen çalışmaların çoğunda bakım ve bakım davranışı algılamalarında hastalar ve hemşireler arasında önemli farklar bulunmuştur. Bazı çalışmalarda hastalar teknik bakım uygulamalarını içeren davranışlarını önemli bulurken, hemşirelerin hastayı dinleme, açıklama gibi iletişim ile ilgili davranışları daha önemsedikleri belirlenmiştir. Araştırmacılar, incelemelerinin sonucunda hemşirelerin hastaların bakım algısını doğru bir şekilde değerlendiremediğini, verilen bakımının hastanın tercihlerine, beklentilerine ve bireysel gereksinimlerine uymadığı sonucunu tartışmışlardır (Papastavrou ve diğerleri 2010).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, bakım davranışlarını değerlendirmek için geliştirilmiş ölçeklerin kullanımını sağlamak üzere metodolojik ölçekler kullanılarak hemşirelerin, hastaların ve öğrencilerin bakım algılarının değerlendirildiği tanımlayıcı çalışmalar bulunduğu görülmektedir. Kurşun'un (2010), genel cerrahi servisindeki hasta ve hemşirelerin, hemşirelik bakım davranışlarını ve bakım kalitesini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada hasta ve hemşirelerin öz bildirimleri doğrultusunda, hastaların büyük çoğunluğunun ve hemşirelerin az bir kısmının sağlanan hemşirelik bakımını yeterli bulduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin, bakım kavramının incelendiği nitel bir çalışmada (Tekin, 2017) çalışmaya katılan hemşirelerin hepsinin bakım kavramının hemşireliğin temelini oluşturduğunu belirttiği, ancak bu hemşirelerin neredeyse tamamının bakım kavramını; fiziksel gereksinimini karşılayamayan hastaların bu ihtiyaçlarını gidermelerine yardım etmek olarak algıladıkları belirlenmiştir.

Yedi Avrupa ülkesinde 34 hastaneden cerrahi servislerinde yatan hastalar ve burada görev yapan hemşirelerin oluşturduğu örnekleme yapılan çalışmada hastaların ve hemşirelerin bakım davranışlarının algılamalar olduğu belirlenmiştir. Her iki grubunda, bilgi ve beceri önemli olduğu hemşirelerin daha çok “insanın yanında olduğuna güvenmek ve diğerine saygı gösterme davranışını önemsendiği belirlenmiştir. Ülkeler arasında bakım puan ortalamalarında fark olduğu, hastaların değerlendirmelerine göre bakım puan ortalaması en düşük olan 3 ülkenin Yunanistan, Kıbrıs ve Çek cumhuriyeti olduğu belirlenmiş, bu durum bu ülkelerdeki hastanelerde hemşirelik hizmetlerinin fonksiyonel modele göre ilişkilendirmiştir. Bu ülkeler arasında Finlandiya, hasta ve hemşirelerin bakım değerlendirme puanı en yüksek ve birbiriyle uyumlu olan ülkedir (Papastavrou ve diğerleri, 2010).

Tayvan'da hemşire ve hemşire öğrencilerin bakım davranışlarını algılamalarını tanımlamak için yapılan çalışmada, her iki grupta da en önemli görülen davranışın “hastayı tanımak”, en az bakım davranışının ise hastanın ve ailenin çıkarlarını/ yararını gözetmek, onların sesi olmak, buna saygı duymayı ifade eden “hasta savunuculuğu” olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin bakım davranışları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı, buna karşın

bakım davranışlarında yaşın etkileyici bir faktör olduğu belirlenmiştir (Li ve diğerleri, 2016).

Patistea ve Siamanta (1999), hastaların ve hemşirelerin bakım algılamalarına ilişkin araştırmaları inceleyerek yaptıkları sistematik derlemede, çeşitli araştırmalarda belirlenen en önemli bakım öğeleri değerlendirmiştir. Patistea ve Siamanta'nın belirttiğine göre; 1972 yılında White 'nin yaptığı çalışmada hastalar fiziksel bakımı, hemşireler ise emosyonel ve duygusal bakımı öncelemiştir. Larson 'un 1984 ve 1987'de kanser hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların klinik uzmanlığa (izlem becerilerine), hemşirelerin ise duygusal ve iletişim becerilerine (konuşma, dinleme ve rahatlatma) önem verdikleri belirlenmiştir. 1991 yılında van essen Shoden tarafından dâhiliye ve cerrahi servislerinde yapılan çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Bu araştırmaların sonuçlarına dayalı olarak araştırmacılar hastalar tarafından fiziksel bakım (temizleme, besleme ve izleme gibi) aktivitelerinin en önemli bakım davranışı olarak algılandığı sonucuna varmışlardır.

Aydın'ın (2014), yaptığı çalışmada hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını değerlendirilmiş, hastaların hemşirelik bakım davranışlarını algılama ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir

Hemşirelik öğrencilerinin bakım kavramın incelendiği nitel bir çalışmada (Dobrowolska ve Palase, 2016), öğrencilerin klinik uygulamaya başlamadan önce bakımın hümanistik yönünü önemli bulurken, klinik uygulama sonrası teknik yönüne önem verdikleri belirlenmiştir. Bu durum, araştırmacılar tarafından hemşirelik öğrencilerinin eğitim süresince sosyalizasyonunun medikal ve teknolojik yönde olduğu ileri sürülerek tartışılmıştır.

Eskimez (2012), Bakım Değerlendirme Ölçeği 'ni (BDÖ) Türkçe 'ye uyarlayarak geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığı çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayısının ($\alpha=0.97$) olduğunu belirlemiştir. Ölçeğin Türkiye'de kullanımının uygun olduğu, ancak ölçeğin daha büyük ve farklı özelliklere sahip örneklem gruplarına uygulanarak geçerlilik ve güvenirliğine ilişkin çalışmaların tekrar kontrol edilmesini önerilmiştir. Çalışmasında ise öğrenci hemşirelerin uygulama sıklığına göre en önemli gördükleri bakım davranışının "Güler yüzlü olmak" ve en az önemli

gördükleri bakım davranışının ise “Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb” olduğu belirlenmiştir.

Bir üniversitede hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını algılamalarını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada (Birimoğlu ve Ayaz, 2015), bakım davranışlarını algılama ölçeğinden aldıkları puanın ortalamanın üzerinde olduğu, bakım davranışlarını algılama durumunu ² mesleği isteyerek tercih etme, bakım ile ilgili deneyim yaşama gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir.

¹ 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, KKTC'de çalışan hemşirelerin bakım davranışlarını algılamasını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı- kesitsel bir çalışmadır.

¹ 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikler

Araştırma KKTC Lefkoşa Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi, Gazimağusa Devlet Hastanesi, Cengiz Topel Hastanesi, Girne Dr. Akçiçek Hastanesi, Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi'nde yapılmıştır.

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi; Lefkoşa'da 1978 yılında kurulmuş olan 603 yataklı bir hastanedir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (2 Ocak- 28 Şubat 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 421 dir.

Gazimağusa Devlet Hastanesi; 2007 yılında hizmete açılan Gazimağusa Devlet Hastanesi, 164 yataklıdır. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (2 Ocak- 28 Şubat 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 135 dir.

¹ **Cengiz Topel Devlet Hastanesi;** Güzelyurt-Lefke yöre halkına hizmet veren bir bölge hastanesidir. Hastane 1929 yılında bir maden şirketi tarafından açılmış, 1975 tarihinden itibaren sağlık bakanlığına bağlanmış olan, 60 yataklı bir hastanedir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (2 Ocak- 28 Şubat 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 32'dir.

¹ **Girne Dr. Akçiçek Hastanesi:** Girne Dr. Akçiçek Hastanesi 1975 yılında Girne'de kurulmuş, 1996 ve 2000 yılında ek binalar açılarak hizmet kapsamı genişletilmiştir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (2 Ocak- 28 Şubat 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 72'dir.

¹ Yukarıda belirtilen bu dört hastanede hemşireler 07:00-14:00, 14:00-21:00 ve 21:00- 07:00 saatlerinde olmak üzere 3 vardiya şeklinde çalışmaktadır.

¹ **Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi:** Yakın Doğu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi KKTC'nin ilk ¹ eğitim ve araştırma hastanesidir. Hastane 2010 yılında kurulmuştur ve 262 yataklı bir hastanedir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (1 Ocak- 1 Mart 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 241'dir.

Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi:2016 yılında kurulmuş, 150 yatak kapasitesi olan bir hastanedir. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı tarih (1 Ocak- 1 Mart 2018) itibarı ile hastanede hemşire olarak görevlendirilen personel sayısı 84 kişidir.

Bu iki hastanede hemşireler 08:00-16:00, 16:00-24:00 ve 24:00- 08:00 şeklinde olmak üzere 3 vardiya şeklinde çalışmaktadır.

¹ **3.3. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini KKTC'de bulunan 4 devlet 2 üniversite hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş, KKTC'de bulunan 4 devlet ve 2 üniversite hastanesinde çalışan, araştırmanın örnekleme katma ¹⁵ kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden 587 hemşire örnekleme oluşturmuştur.

3.5. Araştırma Örneklemine Katma Kriterleri

Araştırmanın örnekleme bir hemşirelik programından mezun olup, en az 1 aydır hemşire olarak çalışan, araştırma yönergesini ve veri toplama formunu okuyup, algılayıp, yanıtlayabilme yetkinliğine sahip düzeyde Türkçe okuma ve yazma yeterliliği olan hemşireler örnekleme alınmıştır.

Tablo 3.1. Çalışmanın yapıldığı kurumlar ve kurumlarda çalışan hemşire sayıları ve çalışmaya katılan hemşire sayısı

KURUMLAR	Kurumdaki Hemşire/ hemşirelik personeli sayısı	Soru formunu ve BDÖ doldurarak veren Hemşire sayısı
Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi	81	55
Dr. Akçiçek Devlet Hastanesi	74	41
Gazimağusa Devlet Hastanesi	135	97
Cengiz Topel Devlet Hastanesi	32	8
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi	224	195
Nalbantoğlu Devlet Hastanesi	421	191
Toplam	967	587

Araştırmanın yapıldığı kurumlarda, 1 Ocak- 1 Mart 2018 tarihleri arasında hemşire olarak görev yapan 967 kişi bulunmaktadır. Örneklemdeki hemşire sayısı ise 587'dir.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Araçları:

Araştırmada veriler hemşire bilgi formu ve Bakım Değerlendirme Ölçeği (Caring Assessment Questionnaire/Care-Q) kullanılarak toplanmıştır.

3.6.1.1. Hemşire Bilgi Formu: Hemşirelerin bakım davranışı algılarını etkileyebileceği düşünülen değişkenlerin sorgulandığı bilgi formu ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır (Birimoğlu ve ayaz 2015; Eskimez 2012 ve Kurşun 2010). Bilgi formunda hemşirelerin yaşı, medeni durumu, cinsiyeti gibi sosyo-demografik özelliklerini, eğitim durumu, mesleki deneyim süresi, çalıştığı servis, çalıştığı serviste konumu, çalışma şekli, çalıştığı ortamdan ve meslekten memnuniyet durumu gibi mesleki ve çalışma koşullarına ilişkin özellikleri, çocuğu ve kardeşi olma durumu ve sayısı, hastanede yatma deneyimi

gibi bakım alma ve verme deneyimlerini ²⁶ belirlemeye yönelik 16 soru bulunmaktadır (EK 1).

3.6.1.2. Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) (Caring Assessment Questionnaire/Care-Q):

² Bakım Değerlendirme Ölçeği 1981 yılında Larson tarafından geliştirilmiş olup bu konudaki ilk kantitatif bakım değerlendirme aracıdır (Larson 1981, Watson 2009) Ölçek bakım davranışlarını içeren ve davranışın yerine getiriliş sıklığı 1-7 arasında değerlendirilen 50 maddeden ve 6 alt boyuttan oluşan Likert tip bir ölçektir (EK 2). Her bir maddenin uygulanış durumu ² “Hiç (1), Hemen Hemen Hiç (2), Nadiren (3), Bazen (4), Genellikle (5), Hemen Hemen Her Zaman (6) ve Her Zaman (7)” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçeğin puanlandırılması her bir bakım davranışına verilen yanıtı gösteren rakamsal değerler dikkate alınarak (1 puan – 7 puan arası) hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam ham puan 50, en yüksek toplam ham puan 350’dir. Toplam ham puan madde sayısına (50 madde) bölünerek, 1-7 arasında toplam ölçek puanı elde edilmektedir. Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça, bakım davranışlarının uygulanma sıklığı ve algılamalarının olumlu yönde arttığı değerlendirilmektedir.

Ölçeğin “Ulaşılabilirlik, “Açıklamalar ve Olanaklar”, “Konfor”, “Beklentiler”, “Güven Verici İletişim”, “Gözlem ve izlemler” olmak üzere altı alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve madde sayı ve numaraları aşağıda verilmektedir.

Tablo 3.2. Ölçeğin alt boyutların madde sayıları

Ölçeğin içerdiği alt boyutlar;	Madde
• Ulaşılabilirlik	1-2-3-4-5-6
• Açıklamalar ve olanaklar	7-8-9-10-11-12
• Konfor	13-14-15-16-17-18-19-20-21
• Beklentiler	22-23-24-25-26
• Güven verici iletişim	27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42
• Gözlemler ve izlemlerdir	43-44-45-46-47-48-49-50

Bakım Değerlendirme Ölçeğinin ² Türkiye’de geçerliliği ve güvenilirliği Eskimez ve Acaroğlu tarafından 2012 yılında yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,97 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmamızda ise tüm ölçek için toplam Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0,94 bulunmuş olup, ölçeğin alt toplam ve alt boyutlarına ilişkin Eskimez (2012) tarafından yapılan geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında ve çalışmamızda elde edilen Cronbach alfa güvenirlik katsayıları aşağıda verilmiştir.

Tablo 3.3. Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) ve alt boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

ALT BOYUTLAR	Eskimez ve Acaroğlu 2012	Çalışmada α güvenirlik değeri
Ulaşılabilirlik	0.84	0,85
Açıklamalar ve Olanaklar	0.86	0,63
Konfor	0.89	0,77
Beklentiler	0.88	0,69
Güven Verici İletişim	0.95	0,86
Gözlemler ve izlemler	0.92	0,80
BDÖ Toplam	0.97	0,94

3.6.2. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini kontrol etmek amacıyla ⁶ Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi ve Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi acil ve cerrahi kliniklerinde çalışan 10 hemşire ile Kasım 2017’de ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda soru formuna 1 soru (cinsiyet) eklenmiş, 3 soru (mevcut pozisyonda çalışma süresi, çalıştığı birimde çalışmanın kendi talebi olup olmadığı, birimdeki çalışma süresi) çıkarılmıştır. Bu düzenlemeden sonra tekrar 10 hemşire ile ön uygulama yapılmış, soru formunda herhangi bir düzenleme gerekmediği değerlendirilmiştir. Birinci ön uygulamanın yapıldığı hemşireler örnekleme dâhil edilmez iken, ikinci uygulamada herhangi bir düzenleme gerekmediği için ikinci ön uygulamanın yapıldığı 10 hemşire örnekleme dâhil edilmiştir.

Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 30 dakikadan uzun sürdüğü saptanmış, hemşirelerin bu kadar süreyi bir oturumda tamamlamalarının güç olduğu değerlendirilerek çalışmanın veri toplama formlarının dağıtılıp, daha sonra toplanması şeklinde uygulanmasına karar verilmiştir.

3.6.3. Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapıldığı kurumların yönetimleri ile işbirliği sağlanarak hemşirelere ulaşılmış ve ¹¹ çalışmanın amacı ve süreçleri açıklanarak hemşirelere çalışmaya katılmaya davet edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere Hemşire Bilgi Formu ve Bakım Değerlendirme Ölçeği verilmiş, doldurulmuş formların ne zaman toplanacağı hemşireler ile birlikte belirlenmiş ve belirlenen zamanda araştırmacı tarafından alınmıştır. Kurumların çalışma düzenine göre araştırmacı her vardiyada belirli süreler ile kurumda ulaşılabilir konumda bulunmuştur. Ayrıca, katılımcı hemşirelerin gerektiğinde ulaşabilmeleri için telefon numarası verilmiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada genel özellikler hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Sürekli Değişkenlere ait veriler Aritmetik Ortalama, Standart Sapma ve Standart Hata şeklinde verilmiştir. Niteliksel veriler için Sayı ve Yüzde ile dağılımlar hakkında bilgi verilmiştir.

Sürekli değişkenlere ait verilerin homojenliği (normal dağılıma uyup uymadıkları) “Levenee testi” ile değerlendirilmiş, $p \leq 0.05$ olduğunda verilerin homojen olmadığı (normal dağılıma uymadığı), $p > 0.05$ olduğunda ise verilerin homojen olduğu (normal dağılıma uydukları) kabul edilmiştir.

Ölçümle belirtilen değişkenler için, (ikiden çok boyut olduğunda) gruplar arası farkları bulmak için “Tek Yönlü Varyans Analizi (one way ANOVA)” kullanılmıştır. Verilerin homojen olmadığı durumda ($p \leq 0.05$) ise bu testin parametrik olmayan karşılığı olan “Kruskall Wallis Varyans Analizi” kullanılmıştır. Varyans Analizinde gruplar arasında fark önemli bulunduğunda gruplar ikişer ikişer “Post Hoc” testlerinden “Tukey HSD” testi ile karşılaştırılmıştır. Kruskal Wallis Varyans Analizinde gruplar arasında fark önemli bulunduğunda gruplar ikişer ikişer “Mann Whitney U-testi (Bonferoni Düzeltmeli) ile karşılaştırılmıştır.

Ölçümle belirtilen değişkenler için (iki boyut olduğunda), gruplar arası farkları bulmak için “Bağımsız Gruplarda t-testi (t-test for independent samples)” kullanılmıştır. Verilerin Normal Dağılıma uymadığı durumda ($p \leq 0.05$) ise bu testin parametrik olmayan karşılığı olan “Mann Whitney U-testi” kullanılmıştır.

Hemşirelerin bakım davranışları ölçeğindeki alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkinin / korelasyonun saptanmasında Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

Önemlilik değeri 0.05’den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalar hazır istatistik yazılımı ile yapılmıştır (IBM SPSS Statistics 21, SPSSinc., an IBM Co., Somers, NY).

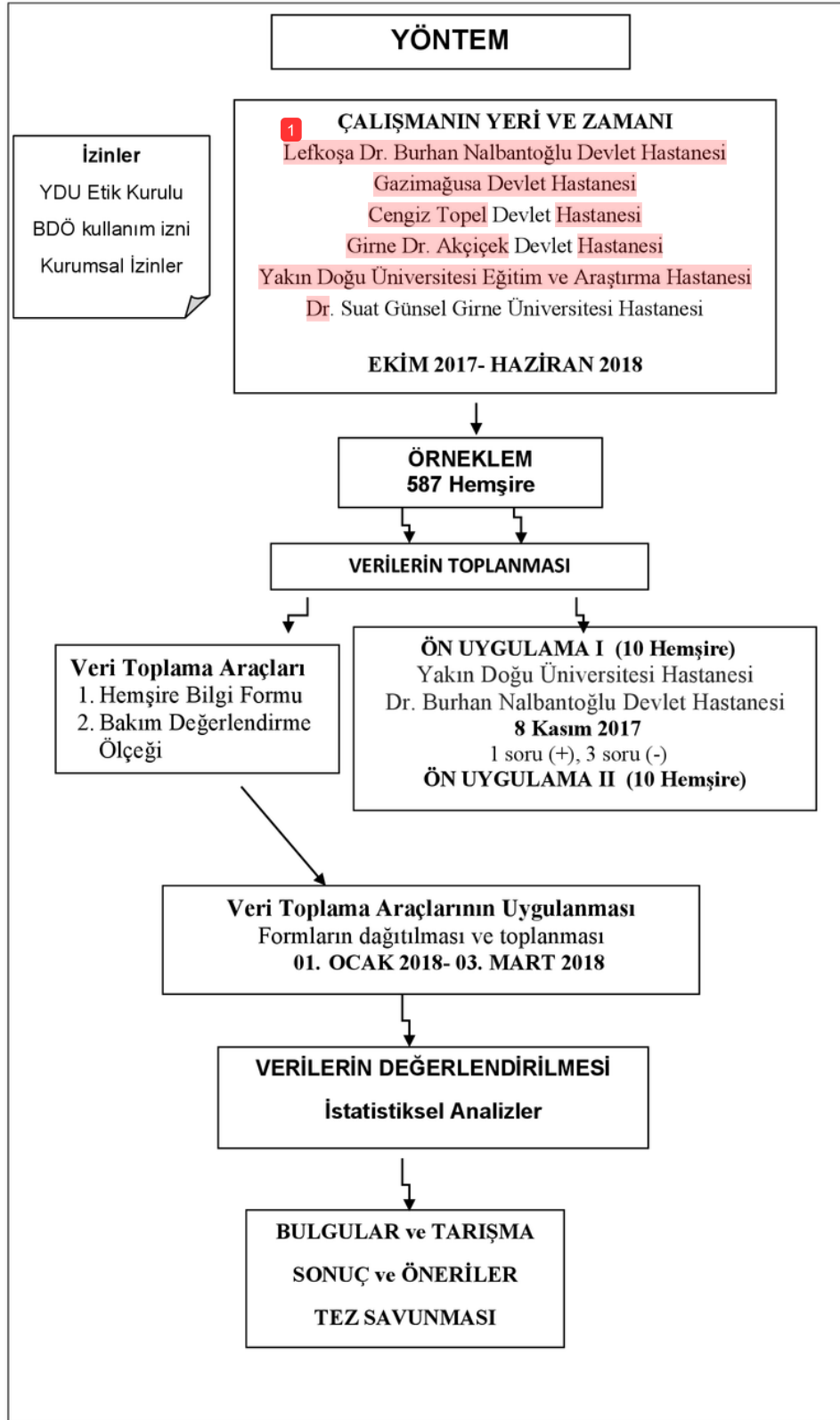
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma konusunun, veri toplama araçlarının ve yönteminin¹ etik olarak uygunluğu Yakın Doğu Üniversite Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Değerlendirme Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve yazılı onay (YDU/ 21.12.2017/53-498) alınmıştır (EK 3).

Araştırmaya başlamadan önce Bakım Değerlendirme Ölçeğini (BDÖ) kullanabilmek için Dr. Zehra ESKİMEZ 'den 14.08.2017 tarihinde izin alınmıştır (EK 4).

Veri toplama formlarının devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelere uygulanabilmesi için Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'ndan (EK 5), üniversite hastanelerine uygulanabilmesi için Yakın doğu Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği (EK-6) ve Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden (EK-7) kurumsal izinler alınmıştır.

Araştırmada¹ "insana ve insanın karar verme hakkına saygı" ilkesi göz önünde bulundurulmuştur. Bu nedenle örneklem; çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler tarafından seçilmiş, çalışmaya katılacak her hemşireye katılıp/ katılmama konusunda kendisinin karar verebileceği söylenmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler¹ araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin "mahremiyet/gizlilik hakkına" saygılı olunacağı ve kendisinden alınan bilgilerin başkaları ile paylaşılmayacağı açıklanmıştır.



1 4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hemşirelerin bireysel özellikleri (n=587)

Bireysel Özellikler	Sayı(n)	Yüzde (%)
Yaş		
24 <	85	14,5
25-29	123	21,0
30-35	101	17,2
36 >	278	47,3
Cinsiyet		
Kadın	485	82,6
Erkek	102	17,4
Eğitim durumu		
Sağlık meslek lisesi	42	7,2
Ön lisans	86	14,7
Lisans	387	65,9
Yüksek lisans ve üzeri	72	12,2
Medeni durumu		
Evli	306	52,1
Bekâr	281	47,9
Çocuğu olma durumu		
Var	275	46,8
Yok	312	53,2
Kardeşi olma durumu /sayısı		
Yok	114	19,4
1-2 kardeş	200	34,1
3 ve üzeri	273	46,5
Hastanede yatma deneyimi		
Var	380	64,7
Yok	207	35,3

Örneklemdaki hemşirelerin %47,3'ü 36 ve daha büyük yaşlarda, %82,6'sinin kadın, % 65,9'unun lisans programı mezunu, % 52,1'unun evli, %46,8'inin çocuğu olduğu, %46,5'inin 3 ve daha fazla kardeşe sahip olduğu, %64,7'sinin hastaneye yatma deneyimi olduğu saptanmıştır.

7
Tablo 4.2. Hemşirelerin mesleki ve çalışma durumlarına ilişkin bazı özellikleri (n=587)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde %
Çalışma süresi		
1 <	67	11,4
1-5	152	25,9
6-10	123	21,0
11-15	113	19,2
16 >	132	22,5
En uzun süre çalışılan servis		
Dâhiliye servisleri (nöroloji, göğüs hastalıkları dermatoloji vb.)	154	26,2
Cerrahi servisler (üroloji, ortopedi, genel cerrahi, göğüs cerrahisi, göz, KBB ve vb.)	106	18,1
Kadın doğum servisi	32	5,5
Çocuk servisi	40	6,8
Acil servis	65	11,1
Poliklinikler	103	17,5
Yoğun bakımlar	87	14,8
Görev konumu		
Servis sorumlusu	74	12,6
Servis hemşiresi	484	82,5
Diğer (başhemşire, enfeksiyon ve eğitim hemşiresi)	29	4,9
Çalışma düzeni		
Gündüz	179	30,5
Gece	13	2,2
Her ikisi	395	67,3

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin %25,9'unun çalışma süresinin 1-5 yıl arası, %26,2'nin Dâhiliye (nöroloji, göğüs hastalıkları dermatoloji ve vb.) servislerde, %82,5'inin servis hemşiresi olarak çalıştığı, %67,3'nün ise hem gündüz hem de gece vardiyalarında görev yaptığı saptanmıştır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin mesleklerine ilişkin bazı görüş ve düşünceleri (n=587)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde %
Hastaları anlama durumuna ilişkin öz değerlendirme		
Her zaman anlarım	217	37,0
Çoğunlukla anlarım	292	49,7
Bazen anlarım	78	13,3
Çalışma ortamınızdan memnuniyet		
Memnun	336	57,2
Kısmen memnun	208	35,5
Memnun değil	43	7,3
Mesleği isteyerek seçme durumu		
Evet	467	79,6
Hayır	102	17,4
Diğer	18	3,0
Hemşireliği seçme kararına ilişkin değerlendirme		
Seçerdi	323	55,0
Seçmezdi	113	19,3
Emin değil	151	25,7

Örneklemdaki hemşirelerin hastaları anlama konusunda kendi yeterliliklerine ilişkin öz değerlendirmelerine dayalı bulgulara bakıldığında, %49,7'sinin hastaları çoğunlukla anladıkları şeklinde değerlendirmeye sahip olduğu, %57,2'si çalıştıkları ortamdan memnun olduğu, %79,6'sının hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiği saptanmıştır. Hemşirelerin *“bugün olanak olsa tekrar hemşirelik mesleğini seçip seçmeyecekleri”* konusunda değerlendirilmeleri incelenmiş, %55'i yine hemşirelik mesleğini seçeceği belirlenmiştir.

Tablo 4.4. Hemşirelerin Bakım Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarındaki puanları (n= 587)

BDÖ ve Alt Boyutları	Min. $\bar{X}$	Max. $\bar{X}$	$\bar{X}$	SS
2 Ulaşılabirlik (6 madde)	1,00	7,00	4,84	1,02
Açıklamalar ve olanaklar (6 madde)	2,50	7,00	5,30	0,71
Konfor (9 madde)	1,78	7,00	5,42	0,70
Beklentiler (5 madde)	1,40	7,00	5,19	0,78
Güven verici iletişim (16 madde)	2,25	7,00	5,38	0,67
Gözlem ve izlenimler (8 madde)	2,28	7,00	5,53	0,72
BDÖ TOPLAM	2,28	7,00	5,32	1,02

Hemşirelerin BDÖ genel puan ortalamasının $5,32 \pm 1,02$ olduğu saptanmıştır. Alt boyutlardaki puan ortalamaları ise, “Ulaşılabirlik” alt boyutunda puan ortalaması $4,84 \pm 1,02$, “Açıklamalar ve Olanaklar” alt boyutunda puan ortalaması $5,30 \pm 0,71$; toplam 9 madde içeren “Konfor” alt boyutunda puan ortalaması $5,42 \pm 0,70$; “Beklentiler” alt boyutunda puan ortalaması $5,19 \pm 0,78$; en fazla madde içeren “Güven Verici İletişim” alt boyutunda puan ortalaması $5,38 \pm 0,67$ olup, “Gözlem ve İzlemler” alt boyutunda en yüksek puan ortalamasına ($5,53 \pm 0,72$) sahip oldukları belirlenmiştir.

Tablo 4. 5. Hemşirelerin Bakım Davranışı Ölçeğinde yer alan alt boyutlardan aldıkları puanlar arasındaki korelasyonlar (n=587)

Alt Boyutlar		Ulaşabilirlik	Açıklamalar ve Olanaklar	Konfor	Beklentiler	Güven Verici İletişim	Gözlem ve İzlenim	Toplam
Ulaşabilirlik	r	1						
	p							
	n	587						
Açıklamalar ve Olanaklar	r	0,57	1					
	p	0,00						
	n	587	587					
Konfor	r	0,54	0,57	1				
	p	0,00	0,00					
	n	587	587	587				
Beklentiler	r	0,59	0,57	0,59	1			
	p	0,00	0,00	0,00				
	n	587	587	587	587			
Güven Verici İletişim	r	0,65	0,65	0,63	0,73	1		
	p	0,00	0,00	0,00	0,00			
	n	587	587	587	587	587		
Gözlem Ve İzlenim	r	0,55	0,52	0,60	0,58	0,72	1	
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
	n	587	587	587	587	587	587	
Toplam	r	0,79	0,76	0,80	0,80	0,92	0,81	1
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	n	587	587	587	587	587	587	587

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin BDÖ genel toplam ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon (r=0,76-0,92) bulunduğu saptanmıştır (p<0,05). Alt boyutlar arasındaki korelasyonlar pozitif yönlü ve kuvvetlidir. Hemşirelerin herhangi bir alt boyuttan almış oldukları puanlar arttıkça, diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar da artmaktadır.

Tablo 4.6. Bakım Değerlendirme Ölçeği'nin maddelerinde puan ortalamaları (n= 587)

Ulaşılabilirlik	$\bar{X} \pm SS$
1. Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.	4,00±1,54
2. Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.	4,17±1,46
3. Hastanın tedavisi ve ilaçlarını zamanında uygulamak	5,11±1,40
4. Hastayı sık sık kontrol etmek	5,12±1,33
5. Hastanın çağrılarını kısa zamanda yanıtlamak	5,31±1,19
6. Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirme	5,33±1,19
Açıklamalar ve Olanaklar	
7. Hastaya mevcut destek sistemlerini anlatmak, örn; kendi kendine yardım grupları ve benzer hastalığa sahip diğer bireyler vb.	5,20±1,17
8. Hastaya yeterli bilgi vererek kendisini kötü/eksik hissetmemesini sağlamak	5,34±1,21
9. Hastaya tedavisi ve hastalığı ile ilgili bilmesi gereken önemli konuları anlaşılır bir dille anlatmak	5,45±1,16
10. Mümkün olduğunda, hastaya kendi kendine bakımını nasıl yapacağını öğretmek	5,37±1,16
11. Hekimine sorması için hastaya sorular önermek	5,14±1,29
12. Tıbbi durumu hakkında hastaya karşı dürüst olmak	5,33±1,13
Konfor	
13. Temel konfor önlemlerini almak, örn; uygun aydınlatma, gürültünün kontrolü, uygun giyim/örtünme vb.	5,39±1,19
14. Hastaya, durumu ve tedavisi ile ilişkili olumlu öğeleri tanımlayarak cesaret verme	5,41±1,07
15. Zor beğenen hastalara bile hoşgörülü olmak	5,36±1,14
16. Güler yüzlü olmak	5,54±1,14
17. Hasta ile oturmak	5,20±1,27
18. Rahatlama gereksinimi olduğunda hastaya dokunmak	5,34±1,23
19. Hastayı dinlemek	5,52±1,11
20. Hasta ile konuşmak	5,59±1,13
21. Hastanın ailesi ve onun için önemli olan diğer bireyleri bakımına dâhil etmek	5,41±1,17

Tablo 6:Bakım Değerlendirme Ölçeği (Care-Q)'nin maddelerinde puan ortalamaları (n=587) (Devam)

Beklentiler	
22. Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak	5,67±1,10
23. Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak	4,96±1,25
24. Hastanın “bunaldığı” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.	5,04±1,12
25. Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığı anda, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.	5,08±1,22
26. Hasta için ilklerin, en zor zamanlar olacağını anlamak ve bu günler süresince hastaya özel dikkat göstermek	5,18±1,20
Güven Verici İletişim	
27. Hasta ile birlikte iken, sadece o hastaya yoğunlaşmak	5,27±1,21
28. Kriz veya kritik bir dönem içinde bulunduğunda bile hasta ile ilgilenmeyi sürdürmek	5,35±1,15
29. Hastaya, kabul edilebilir alternatifler sunmak, örn: görüşme zamanlarının, banyo zamanlarının seçimi vb.	5,37±1,20
30. Gerçekçi hedefler saptamada hastaya yardım etmek	5,34±1,17
31. Durumundaki değişiklikleri hasta ile konuşmak için en uygun zamanı hasta ile birlikte belirlemek	5,28±1,21
32. Herhangi bir eyleme başlamadan önce, hastanın durumunu, hasta ile birlikte gözden geçirmek	5,33±1,18
33. Hastanın hastalığı ve tedavisine ilişkin düşüncelerini açık bir şekilde anlatmasına yardım etmek	5,29±1,16
34. Bakımın planlanması ve yönetiminde, hastanın kendisini ne zaman en iyi ve uygun hissettiğinin farkında olmak	5,38±1,16
35. Hastayı sorular sorabileceği konusunda cesaretlendirmek	5,44±1,15
36. Her ne olursa olsun önceliği hastaya vermek	5,40±1,17
37. Hastanın ailesi ve önem verdiği diğer kişiler ile cana yakın ve içten olmak	5,34±1,13
38. Hastaya, tüm tedavisi ve hastalığı ile ilgili duygularını açıklamasına izin vermek ve bilgileri gizli tutmak	5,50±1,11
39. Hastaya, hitap etmek için tercih ettiği ismi sormak	5,36±1,17
40. Hasta ile tutarlı bir yaklaşım içinde olmak	5,44±1,12
41. Hastayı bir birey olarak kabul etmek	5,52±1,15
42. Kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak	5,50±1,15

Tablo 6: Bakım Değerlendirme Ölçeği (Care-Q)'nin maddelerinde puan ortalamaları (n= 587)(Devam)

Gözlemler ve izlemler

43. Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve tanıtıcı kimlik takma	5,43±1,16
44. Röntgen, özel işlemler vb. gibi profesyonel randevu planının, hastanın durumu ve koşullar için uygun olduğundan emin olmak	5,48±1,09
45. İyi organize olmak	5,45±1,11
46. Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek	5,60±1,11
47. Sakin olmak	5,51±1,11
48. Hastaya iyi fiziksel bakım vermek	5,47±1,12
49. Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak	5,57±1,08
50. Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek	5,74±1,10

Hemşirelerin en yüksek puan aldıkları, diğer bir deyişle en sıklıkla uyguladıkları ilk beş sıradaki bakım davranışları sırasıyla, '**Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek.**' 5,74±1,10 ortalaması, '**Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak**' 5,67±1,10 ortalaması '**Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek**' 5,60±1,11 ortalaması, '**Hasta ile konuşmak**' 5,59±1,13 ortalaması, '**Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak**' 5,57±1,08 ortalaması olduğu belirlenmiştir.

Puan ortalamasının en düşük olduğu, diğer bir deyişle hemşireler tarafından en az sıklıkla yerine getirildiği belirlenen bakım davranışları sırasıyla, '**Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb**' 4,00±1,54 ortalaması, '**Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.**' 4,17±1,46 ortalaması, '**Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak**' 4,96±1,25 ortalaması, '**Hastanın "bunaldığının" farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek,**

örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.’’ 5,04±1,12 ortalaması, ‘‘*Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığımda, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.*’’ 5,08±1,22 ortalaması ¹⁶ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Hemşirelerin yaş özelliklerine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

	< 24 (n=85)	25- 29 (n=123)	30- 35 (n=101)	> 36 (n=278)	Test Analizi
Alt boyutlar	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Ulaşılabilirlik	5,24±1,04	5,32±1,16	4,68±1,02	4,56±0,85	$\chi^2_{KW}=71,457$ p=0,0001***
Açıklamalar ve Olanaklar	5,34±0,84	5,35±0,93	5,21±0,62	5,30±0,33	$\chi^2_{KW}=5,643$ p=0,130
Konfor	5,58±0,82	5,54±0,89	5,38±0,63	5,33±0,56	$\chi^2_{KW}=17,852$ p=0,0001***
Beklentiler	5,19±1,00	5,31±1,01	5,14±0,74	5,15±0,59	$\chi^2_{KW}=7,740$ p=0,052
Güven Verici iletişim	5,46±0,80	5,47±0,93	5,40±0,61	5,31±0,47	$\chi^2_{KW}=11,279$ p=0,010**
Gözlemler ve izlemler	5,60±0,80	5,77±0,96	5,52±0,62	5,41±0,56	$\chi^2_{KW}=30,997$ p=0,0001***
BDÖ					
Toplam Puanı	5,44±0,73	5,48±0,82	5,28±0,59	5,22±0,45	$\chi^2_{KW}=29,339$ p=0,0001***

25-29 yaş grubu hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,48±0,82 olup, hemşirelerin yaş grubu arttıkça puan ortalaması düşme dikkat çekmektedir. Yaş gruplarının BDÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak çok önemli (p=0,0001) bulunmuştur.

Hangi yaş grupları arasındaki farkın önemli olduğunu belirlemek için ileri analiz yapılmış, veriler normal dağılıma uymadığından ileri analiz için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İleri analizde toplam 6 karşılaştırma olması nedeniyle belirlenen anlamlılık derecesi 6'ya bölünerek yeni anlamlılık düzeyi saptanmıştır. Yeni anlamlılık düzeyi 0.05/6=0,00833'tür. Bu

analize göre < 24 yaş grubu ile 25 ve 29 yaş grubu arasında BDÖ toplam ve hiç bir alt boyut puan ortalamaları arasında fark bulunamamıştır ($p>0,05$). 24 ve daha küçük yaşlardaki hemşirelerin oluşturduğu grup ile 30-35 yaş grubu arasında ise BDÖ toplam puanı ($p=0,010$) ve Ulaşılabilirlik ($p=0,0001$), Konfor puan ortalamaları arasındaki fark önemli ($p=0,0021$) bulunmuştur. 24 ve daha küçük yaş grubu ile 36 ve daha büyük yaşlardaki grubun puan ortalamaları arasındaki fark tüm boyutlarda önemli bulunmuştur ($p \leq 0,0001$). 25-29 yaş ve 30-35 yaş grubunun puan ortalamaları arasındaki fark güven verici iletişim alt boyutu dışında tüm boyutlar için ($p \leq 0,0001$); 25-29 ve >36 yaş grupları arasında ise tüm boyutlar için önemli bulunmuştur ($p \leq 0,0001$). 30-35 yaş grubu ile 36 ve daha büyük yaşlardaki hemşirelerin oluşturduğu grubun puan ortalamaları arasındaki fark ise hiçbir boyutta önemli bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Hemşirelerin cinsiyetlerine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Kadın (n=485) $\bar{X} \pm SS$	Erkek (n=102) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,84±1,01	4,86±1,15	²⁵ t=0,178 p=0,859
Açıklamalar ve Olanaklar	5,31±0,68	5,25±0,83	Z=-0,297 ⁵ p=0,767
Konfor	5,41±0,68	5,44±0,76	t=0,316 p=0,752
Beklentiler	5,22±0,73	5,06±0,99	Z=-1,120 p=0,263
Güven Verici iletişim	5,41±0,63	5,22±0,80	Z=-2,457 p=0,014*
Gözlemler ve izlemler	5,55±0,69	5,46±0,83	Z=-1,179 p=0,238
BDÖ			t=1,339
Toplam Puanı	5,33±0,60	5,24±0,68	p=0,181

Kadın hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,33±0,60 iken, erkek hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,24±0,68'dir. Kadın hemşirelerin puan ortalamasının erkek hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak, yapılan istatistiksel değerlendirmede BDÖ toplam puan ve alt boyutlardan Ulaşılabilirlik, Açıklamalar-olanaklar, Konfor, Beklentiler ve Gözlem-izlemler 'de kadın ve erkek hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). BDÖ Güven verici iletişim alt boyutunda ise puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.9. Hemşirelerin medeni duruma göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Evli (n=306) $\bar{X} \pm SS$	Bekâr (n=281) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,72±0,98	4,97±1,08	t= 2,915 p=0,004**
Açıklamalar ve Olanaklar	5,30±0,67	5,31±0,75	t =0,098 p =0,922
Konfor	5,38±0,66	5,45±0,73	Z =-1,234 p=0,217
Beklentiler	5,20±0,70	5,18±0,91	Z =-0,137 p=0,891
Güven Verici iletişim	5,38±0,60	5,39±0,74	Z=-0,316 p= 0,752
Gözlemler ve izlemler	5,51±0,69	5,56±0,75	t =0,731 p =0,465
BDÖ Toplam Puanı	5,30±0,58	5,34±0,66	Z =-1,376 p= 0,169

Evli hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,30±0,58, bekâr hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,34±0,66, bekâr hemşirelerin ise puan ortalaması 5,34±0,66'dır. Evli ve bekâr hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Alt boyutlarda ise sadece Ulaşılabilirlik alt boyutunda puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.10. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

BDÖ VE ALT BOYUTLARI	Sağlık meslek lisesi (n=42) $\bar{X} \pm SS$	Ön lisans (n=86) $\bar{X} \pm SS$	Lisans (n=387) $\bar{X} \pm SS$	Yüksek lisans ↑ (n=72) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,36±1,04	4,75±0,92	4,93±1,06	4,74±0,95	F=4,597 p=0,003**
Açıklamalar ve Olanaklar	5,20±0,67	5,25±0,67	5,34±0,73	5,21±0,62	F=1,225 p=0,300
Konfor	5,45±0,71	5,29±0,66	5,46±0,70	5,32±0,69	F=1,953 p=0,120
Beklentiler	5,02±0,82	5,20±0,67	5,21±0,80	5,15±0,82	F=0,799 p=0,495
Güven Verici iletişim	5,18±0,71	5,34±0,55	5,42±0,67	5,31±0,75	F=2,095 p=0,100
Gözlemler ve izlemler	5,49±0,65	5,44±0,67	5,57±0,73	5,49±0,76	F=0,946 p=0,418
BDÖ Toplam	5,17±0,60	5,25±0,54	5,36±0,63	5,25±0,66	F=2,171 p=0,090

Sağlık meslek lisesi (SML) mezunu olan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,17±0,60, lisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması 5,36±0,63 tür. Grupların BDÖ toplam ve Ulaşılabilirlik alt boyutu dışında alt boyutlardaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Ulaşılabilirlik alt boyutunda ise SML mezunu olan hemşirelerin puan ortalaması 4,36±1,04, lisans mezunu hemşirelerin puan ortalaması 4,93±1,06 olup, grupların ulaşılabilirlik puan ortalamaları arasındaki fark yapılan istatistiksel olarak önemli ($p=0,0001$) bulunmuştur. Farkın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığını belirlemek için gruplar ikişer ikişer Post Hoc testlerinden 'Tukey HSD' ile karşılaştırılmıştır. Bu analiz sonucunda anlamlı farkın sadece sağlık meslek lisesi ile lisans arasında ($p=0,003$) olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.11. Hemşirelerin kardeşi olma durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

BDÖ VE ALT BOYUTLARI	Yok (n=114) $\bar{X} \pm SS$	1-2 kardeş (n=200) $\bar{X} \pm SS$	3 ve 1 (n=273) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,98±1,10	4,76±1,01	4,84±1,02	F=1,657 p=0,192
Açıklamalar ve Olanaklar	5,21±0,77	5,22±0,69	5,40±0,68	F=4,769 p=0,009**
Konfor	5,43±0,75	5,34±0,68	5,47±0,69	F=2,215 p=0,110
Beklentiler	5,17±0,88	5,12±0,72	5,24±0,79	$\chi^2=3,988$ p=0,136
Güven Verici iletişim	5,40±0,72	5,30±0,69	5,44±0,62	F=2,429 p=0,089
Gözlemler ve izlemler	5,55±0,81	5,44±0,71	5,59±0,68	F=2,531 p=0,080
BDÖ Toplam Puanı	5,33±0,66	5,24±0,62	5,37±0,59	F=2,809 p=0,061

Kardeşi olmayan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,33±0,66 iken, ⁴⁶ ve daha fazla kardeşe sahip olan hemşirelerin **puan ortalaması** 5,37±0,59 olup, grupların BDÖ toplam ve Açıklamalar ve olanaklar alt boyutu dışında tüm alt boyutlardaki ³ **puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05)**. Açıklamalar ve olanaklar alt boyutunda ise **puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu (p=0,009)** belirlenmiştir. Farkın hangi durumdan kaynaklandığını belirlemek için Tukey HSD testi kullanılarak yapılan ileri analize göre; hiç kardeşi olmayan grup ile 3 ve daha fazla kardeşi olan grup arasındaki fark (p=0,044) ve 1-2 kardeşi olan ve 3 ve daha fazla kardeşi olan grup arasındaki fark önemli (p=0,021) bulunmuştur. ¹² Hiç kardeşi olmayan grup ile 1-2 kardeşi olan grup arasındaki fark ise önemsiz **bulunmuştur (p>0,05)**.

Tablo 4.12. Hemşirelerin çocuğu olma durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Var (n=275) $\bar{X} \pm SS$	Yok (n=312) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,68±0,93	4,99±1,10	Z=-4,290 p=0,0001***
Açıklamalar ve Olanaklar	5,33±0,56	5,28±0,81	Z=-0,243 p=0,808
Konfor	5,39±0,61	5,44±0,77	Z=-1,393 p=0,164
Beklentiler	5,20±0,65	5,18±0,89	Z=-0,755 p=0,450
Güven Verici iletişim	5,41±0,52	5,36±0,77	Z=-0,700 p=0,484
Gözlemler ve izlemler	5,52±0,62	5,55±0,80	Z=-0,803 p=0,422
BDÖ Toplam Puanı	5,30±0,50	5,33±0,71	Z=-1,127 p=0,260

Çocuğu hemşirelerin olan BDÖ toplam puan ortalaması 5,30±0,50 iken, çocuğu olmayan hemşirelerin puan ortalaması 5,33±0,71 olup, grupların BDÖ toplam ve Ulaşılabilirlik alt boyutu dışında tüm alt boyutlardaki puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p \geq 0,05$). Ulaşılabilirlik alt boyutunda ise puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak çok önemli olduğu ($p=0,0001$) belirlenmiştir.

Tablo 4.13 Hemşirelerin hastanede yatma deneyimlerine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Var (n=380) $\bar{X} \pm SS$	Yok (n=207) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,88±1,04	4,78±1,02	Z ₁₀ =0,100 p=0,92
Açıklamalar ve Olanaklar	5,37±0,67	5,18±0,75	t=3,137 p=0,002**
Konfor	5,45±0,69	5,35±0,71	t=1,694 p=0,091
Beklentiler	5,25±0,75	5,08±0,84	t=2,504 p=0,013*
Güven Verici iletişim	5,44±0,67	5,28±0,66	t=2,646 p=0,008*
Gözlemler ve izlemler	5,56±0,73	5,48±0,71	t=1,259 p=0,209
BDÖ Toplam Puanı	5,36±0,62	5,23±0,60	t=2,456 p=0,014*

Daha önce hastanede yatma deneyimi olan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması 5,36±0,62 iken, bu deneyimi olmayan hemşirelerin puan ortalaması 5,23±0,60 olup, BDÖ alt boyutlarında da hastanede yatma deneyimi olan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olması dikkat çekmektedir. BDÖ toplam ve Açıklamalar-olanaklar, Beklentiler, Güven Verici iletişim alt boyutlarında grupların ¹⁴ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu belirlenmiştir (p≤0.05).

Tablo 4.14. Hemşirelerin hastaları anlamada öz-değerlendirme durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması (n=587)

Alt boyutlar	Her zaman anlarım (n=217) $\bar{X} \pm SS$	Çoğunlukla anlarım (n=292) $\bar{X} \pm SS$	Bazen anlarım (n=78) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,93±1,15	4,83±0,94	4,64±1,01	$\chi^2_{23}=3,868$ $p=0,145$
Açıklamalar ve Olanaklar	5,36±0,75	5,30±0,65	5,16±0,74	$F=2,303$ $p=0,101$
Konfor	5,54±0,80	5,38±0,61	5,22±0,64	$\chi^2_{KW}=11,831$ $p=0,003^{**}$
Beklentiler	5,27±0,85	5,17±0,71	5,03±0,84	$F=2,704$ $p=0,068$
Güven Verici iletişim	5,45±0,74	5,36±0,62	5,28±0,64	$F=2,317$ $p=0,100$
Gözlemler ve izlemler	5,62±0,80	5,49±0,65	5,43±0,69	$\chi^2_{KW}=4,771$ $p=0,092$
BDÖ Toplam Puanı	5,40±0,70	5,29±0,55	5,18±0,57	$\chi^2_{KW}=6,050$ $p=0,049^*$

Hemşirelerin hastaları anlama durumuna ilişkin öz değerlendirme sonuçları istenmiş ve hastaları her zaman anladığını belirten hemşirelerin BDÖ toplam puanının ($\bar{X}=5,40\pm0,70$) ve alt boyutlardaki puan ortalamalarının diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur. Hastaları anlama durumuna göre grupların BDÖ toplam puan ve Konfor alt boyutundaki puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ($p\leq0,05$), diğer alt boyutlarda ise farkın anlamlı olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir. BDÖ toplam ve Konfor alt boyutunda puan ortalamaları arasındaki farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltmeli

Mann-Whitney U testi kullanılarak yapılan ileri analizde toplam 3 karşılaştırma olması nedeniyle belirlenen anlamlılık derecesi 3'e bölünerek yeni anlamlılık düzeyi $0.05/3=0.0166$ olarak saptanmış ve ileri analizde BDÖ toplam puan ortalamaları arasında gruplar arasında fark olmadığı; Konfor alt boyutunda ise bu farkın hastaları "her zaman" anladığını belirten hemşireler ile "bazen" anladığını belirten hemşirelerin puan ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir. ¹² ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Hemşirelerin çalışma ortamından memnuniyetine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması (n=587)

Alt boyutlar Kardeşi olma durumu	Memnun (n=336) $\bar{X} \pm SS$	Kısmen memnun (n=208) $\bar{X} \pm SS$	Memnun değil (n=43) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,87±1,05	4,81±0,98	4,77±1,13	F=0,338 p=0,713
Açıklamalar ve Olanaklar	5,34±0,69	5,27±0,71	5,18±0,77	¹⁶ F=1,235 p=0,291
Konfor	5,44±0,71	5,37±0,67	5,46±0,70	F=0,814 p=0,443
Beklentiler	5,23±0,77	5,11±0,82	5,26±0,76	F=1,786 p=0,168
Güven Verici iletişim	5,42±0,64	5,34±0,68	5,31±0,79	F=1,206 p=0,300
Gözlemler ve izlemler	5,58±0,73	5,48±0,69	5,43±0,76	F=1,623 p=0,198
BDÖ Toplam Puanı	5,35±0,62	5,27±0,59	5,27±0,72	F=1,278 p=0,279

Çalışma ortamından memnun olan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalaması ve BDÖ alt boyutlarındaki puan ortalamalarının çalışma ortamından kısmen memnun olan ve memnun olmayan hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmekle birlikte, yapılan istatistiksel analizde gruplarının puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p \geq 0,05$).

Tablo 4.16. Hemşirelerin mesleği isteyerek seçme durumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalaması karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar Kardeşi olma durumu	İsteyerek (n=467) $\bar{X} \pm SS$	İstemeyerek seçti (n=102) $\bar{X} \pm SS$	Diğer (n=18) $\bar{X} \pm SS$	Test Analizi
Ulaşılabilirlik	4,85±1,04	4,81±1,02	4,78±0,98	F=0,091 p=0,913
Açıklamalar ve Olanaklar	5,31±0,70	5,25±0,73	5,51±0,71	F=1,137 p=0,321
Konfor	5,44±0,69	5,34±0,74	5,23±0,60	F=1,511 p=0,222
Beklentiler	5,22±0,77	5,07±0,86	5,02±0,80	F=2,076 p=0,126
Güven Verici iletişim	5,40±0,66	5,29±0,72	5,27±0,66	F=1,379 p=0,053
Gözlemler ve izlemler	5,55±0,71	5,47±0,76	5,49±0,63	F=0,495 p=0,610
BDÖ Toplam Puan	5,34±0,61	5,24±0,64	5,24±0,59	F=1,073 p=0,343

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçen hemşirelerin BDÖ toplam ve BDÖ alt boyutlarındaki puan ortalamalarının mesleği isteyerek seçmeyen hemşirelerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Mesleği yakınlarının yönlendirmesi ya da iş olanağının olması gibi nedenlerle seçtiğini belirten hemşirelerin puanı ise mesleği isteyerek seçmediğini belirten hemşirelere benzer olup, BDÖ puan ortalaması 5,24±0,59'dür. Hemşirelik mesleğini isteyerek, istemeyerek ya da diğer nedenlerle seçen hemşire gruplarının BDÖ toplam **puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı** belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 4.17. Hemşirelerin çalışma konumuna göre Bakım Değerlendirme Ölçeği (BDÖ) toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=587)

Alt boyutlar	Servis sorumlusu (n=74)	Servis hemşiresi (n=484)	Diğer* (n=29)	Test analizi
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Ulaşılabilirlik	4,77±1,18	4,82±0,99	5,35±1,27	$\chi^2_{KW}=5,495$ p=0,064
Açıklamalar ve Olanaklar	5,33±0,75	5,28±0,68	5,57±0,89	$\chi^2_{KW}=3,663$ p=0,160
Konfor	5,44±0,68	5,39±0,68	5,77±0,93	$\chi^2_{KW}=4,492$ p=0,106
Beklentiler	5,19±0,79	5,19±0,76	5,11±1,14	$\chi^2_{KW}=0,050$ p=0,975
Güven Verici iletişim	5,36±0,70	5,38±0,64	5,54±0,95	$\chi^2_{KW}=2,641$ p=0,267
Gözlemler ve izlemler	5,54±0,80	5,52±0,70	5,80±0,84	F=2,140 p=0,119
BDÖ Toplam Puanı	5,31±0,63	5,31±0,60	5,56±0,77	F=2,289 p=0,102

*Başhemşire, başhemşire yardımcısı, hizmet içi eğitim hemşiresi, enfeksiyon kontrol hemşiresi, süpervizör hemşire

Servis sorumlusu ve servis hemşiresi olarak görev yapan hemşirelerin BDÖ toplam puanı ortalamalarının benzer olduğu ($\bar{X}=5,31\pm0,63$ ve $\bar{X}=5,31\pm0,60$), başhemşire, başhemşire yardımcısı, hizmet içi eğitim hemşiresi, enfeksiyon kontrol hemşiresi, süpervizör hemşire gibi özel konumlarda çalışan hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının ise $5,56\pm0,77$ olduğu saptanmıştır. Görev konumlarına göre grupların puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p≥0,05).

Tablo 4.18. Hemşireleri¹⁹ mesleğinde çalışma süresine göre Bakım Değerlendirme Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması(n=587)

Alt boyutlar	1 yıldan az (n=67) $\bar{X} \pm SS$	³¹ 1-5 yıl arası (n=152) $\bar{X} \pm SS$	6-10 arası (n=123) $\bar{X} \pm SS$	11-15 yıl arası (n=113) $\bar{X} \pm SS$	16 ve üzeri (n=132) $\bar{X} \pm SS$	Test analizi
Ulaşılabilirlik	5,45±0,96	5,19±1,20	4,67±0,90	4,56±0,87	4,53±0,86	$\chi^2_{KW}=76,742$ p=0,0001***
Açıklamalar ve Olanaklar	5,45±0,80	5,30±0,90	5,25±0,58	5,29±0,54	5,30±0,62	$\chi^2_{KW}=5,581$ p=0,233
Konfor	5,66±0,78	5,52±0,87	5,32±0,64	5,34±0,50	5,35±0,58	$\chi^2_{KW}=24,027$ p=0,0001***
Beklentiler	5,29±0,98	5,24±0,95	5,21±0,73	5,07±0,58	5,16±0,65	$\chi^2_{KW}=10,894$ p=0,028 *
Güven Verici iletişim	5,51±0,84	5,47±0,88	5,34±0,54	5,29±0,46	5,33±0,52	$\chi^2_{KW}=15,174$ p=0,004**
Gözlemler ve izlemler	5,67±0,78	5,73±0,92	5,46±0,59	5,39±0,58	5,43±0,59	$\chi^2_{KW}=31,273$ p=0,0001***
BDÖ Toplam Puanı	5,53±0,70	5,44±0,80	5,25±0,50	5,20±0,44	5,23±0,51	$\chi^2_{KW}=34,079$ p=0,0001***

Çalışma yılı bir yıldan az olan hemşirelerin BDÖ toplam puan en yüksek ($\bar{X}=5,53\pm0,70$) olup, çalışma süresi 11 ile 15 yıl olan hemşirelerin puanı $\bar{X}=5,20\pm0,44$ ve 16 yıl ve üzerinde olan hemşirelerin puanı puan ortalaması $5,23\pm0,51$ olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin çalışma yıllarına göre BDÖ toplam puan ortalamaları ve Açıklamalar –Olanaklar alt boyutu dışında tüm alt boyutlardaki ³ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu ⁴ saptanmıştır. Farkın hangi yıllardan kaynaklandığını belirlemek için Bonferroni düzeltilmeli Mann-Whitney U testi

kullanılarak yapılan ileri analizde toplam 10 karşılaştırma olması nedeniyle belirlenen anlamlılık yeni anlamlılık düzeyi 0.005 ($0.05/10=0.005$) olarak belirlenmiştir. Buna göre çalışma sürelerine göre BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılığın çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan iki grup ile diğer gruplar (çalışma süresi 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 16 ve daha fazla) arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Grupların BDÖ Ulaşılabilirlik Konfor, Beklentiler, Güven verici iletişim ve Gözlem-izlemler alt boyutlarında puan ortalamaları arasında saptanan istatistiksel olarak anlamlı farkın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamaya yönelik analizde ise şu sonuçlar elde edilmiştir;

Ulaşılabilirlik alt boyutunda çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan iki grup ile diğer grupların (çalışma süresi 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 16 ve daha fazla) puan ortalamaları arasındaki farkın ($p=0,0001$) ve çalışma süresi 6-10 yıl olan grupla 16 yıl ve daha uzun süredir çalışan hemşirelerin oluşturduğu grupların puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p=0.047$) belirlenmiştir.

BDÖ Konfor alt boyutunda puan ortalamaları arasındaki anlamlı farklılığın çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan iki grup ile diğer gruplar (çalışma süresi 6-10 yıl, 11-15 yıl ve 16 ve daha fazla) arasındaki farktan kaynaklandığı ($p=0,0001 - 0,0004$) belirlenmiştir.

BDÖ Beklentiler ve Güven verici iletişim alt boyutlarında çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan iki grup ile çalışma süresi 11-15 yıl olan grupların puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu ($p=0,0005$; $p=0,0023$) belirlenmiştir.

BDÖ Gözlemler ve izlemler alt grubunda ise, çalışma süresi 1 yıldan az olan hemşirelerin oluşturduğu grup ile çalışma süresi 6-10 yıl olan grup arasındaki farkın ($p=0,003$) ve çalışma süresi 1-5 yıl olan iki grup ile çalışma süresi 11-15 yıl ve 16 ve daha fazla olan grubun puan ortalamaları arasındaki farkın ($p=0,0001$) önemli olduğu belirlenmiştir.

Özellikler	n	Bakım Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları						Gözlemler ve izlemler
		Bakım Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı	Ulaşılabilirlik	Açıklamalar ve Olanaklar	Konfor	Beklentiler	Güven Verici iletişim	
		$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Dâhiliye servisleri	154	5,26±0,65	4,77±1,04	5,24±0,74	5,36±0,73	5,14±0,78	5,34±0,67	5,43±0,74
Cerrahi servisler	106	5,42±0,64	4,95±1,19	5,32±0,73	5,47±0,75	5,28±0,86	5,51±0,69	5,68±0,71
Kadın doğum servisi	32	5,24±0,66	4,73±1,00	5,30±0,70	5,39±0,69	5,13±,76	5,29±0,65	5,41±0,71
Çocuk servisi	40	5,16±0,45	4,58±0,87	5,22±0,58	5,32±0,58	5,02±0,62	5,17±0,51	5,45±0,44
Acil servis	65	5,20±0,51	4,78±0,77	5,14±0,61	5,23±0,54	5,11±0,67	5,31±0,63	5,37±0,64
Poliklinikler	103	5,39±0,53	4,82±0,98	5,40±0,62	5,53±0,57	5,25±0,69	5,48±0,59	5,56±0,70
Yoğun bakımlar	87	5,41±0,72	5,07±1,12	5,43±0,80	5,52±0,83	5,24±0,94	5,38±0,79	5,70±0,82
Test Analizi		$\chi^2_{KW}=13,921$	$\chi^2_{KW}=9,841$	F=1,734	$\chi^2_{KW}=9,283$	$\chi^2_{KW}=6,813$	F=1,914	$\chi^2_{KW}=18,433$
		p=0,031 *	p=0,131	p=0,111	p=0,158	p=0,338	p=0,077	p=0,005**

Hemşirelerin en uzun süre çalıştıkları kliniklere göre BDÖ ve alt boyutlardaki puan ortalamalarına ilişkin bulgular verilmektedir. BDÖ toplam puan ortalamaları en yüksek olan gruplar en uzun süre cerrahi klinikler ($\bar{X}=5,42\pm0,64$) ve yoğun bakım ünitelerinde ($\bar{X}=5,41\pm0,72$) çalışmış olan hemşirelerin oluşturduğu gruplardır. En uzun süre çocuk ($\bar{X}=5,16\pm0,45$) ve acil servislerde çalıştığını belirten hemşireler ise en düşük BDÖ toplam puan ortalamasına ($\bar{X}=5,20\pm0,51$) sahiptir. Yapılan istatistiksel değerlendirme grupların BDÖ toplam puan ortalamaları arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p\leq0,05$).

BDÖ' de Ulaşılabilirlik, Açıklamalar-olanaklar, Konfor ve Gözlemler-izlemler alt boyutlarında yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, Beklentiler ve Güven verici iletişim alt boyutlarında ise cerrahi servislerde çalışan hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda Toplam BDÖ ($p=0,03$) ve Gözlem ($p=0,005$) puanlarına göre Kruskal Wallis Varyans analizine göre fark bulunmuştur. İleri analiz aşamasında Mann whitney U Bonferoni düzeltmesi yapıldığında $0,05/21=0,0023$ bulunmuştur. Değer çok küçük olduğu için ikişerli karşılaştırmada da bu düzeyin altında bir değere ulaşamamıştır. Hemşirelerin en uzun süre çalıştıkları kliniklere göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p\geq0,05$). Karşılaştırmalar aşağıda verilmiştir.

Dâhiliye	Gözlem ve izlemler	Toplam
Cerrahi	0,011	0,170
Kadın doğum	0,330	0,136
Çocuk	0,706	0,184
Acil	0,382	0,326
Poliklinik	0,174	0,125
Yoğun bakımlar	0,012	0,185
Cerrahi	Gözlem ve izlemler	Toplam
Kadın doğum	0,015	0,047
Çocuk	0,119	0,046
Acil	0,004	0,048
Poliklinik	0,254	0,968
Yoğun bakımlar	0,799	0,992
Kadın doğum	Gözlem ve izlemler	Toplam
Çocuk	0,133	0,590
Acil	0,655	0,524
Poliklinik	0,081	0,014
Yoğun bakımlar	0,026	0,059
Çocuk	Gözlem ve izlemler	Toplam
Acil	0,219	0,729
Poliklinik	0,487	0,020
Yoğun bakımlar	0,081	0,058
Acil	Gözlem ve izlemler	Toplam
Poliklinik	0,052	0,028
Yoğun bakımlar	0,006	0,058
Poliklinik	Gözlem ve izlemler	Toplam
Yoğun bakımlar	0,201	0,989

5. TARTIŞMA

KKTC’ deki hastanelerde görev yapan hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarını belirlemek amacıyla planlanan ve 587 hemşirenin katılımıyla gerçekleşen bu çalışmada bakım davranışı algılarının belirlenmesinde Bakım Davranışları Ölçeği/ BDÖ (CARE-Q) kullanılmıştır. Eskimez (2012) tarafından Türkiye’de kullanımı için geçerlilik- güvenirlik çalışması yapılan ve uyarlanan ve güvenirlik katsayısı 0.97 olarak belirtilen bu ölçeğin bu çalışmada güvenirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. ölçeğin “Ulaşılabilirlik” alt boyutu dışında diğer 5 alt boyutta da güvenirlik katsayısı Eskimez’in(2012) yaptığı geçerlilik-güvenirlik çalışmasından daha düşük bulunmuştur. Geçerlilik- güvenirlik çalışmasında alt boyutlarda güvenirlik katsayısı 0.84- 0.95 arasında olduğu belirtilmişken, bu çalışmada alt boyutların güvenirlik katsayısı 0.63-0.86 olarak belirlenmiştir. İki çalışmada güvenirlik katsayısının farklılık göstermesi BDÖ’ nün Türkçe uyarlamasının geçerlilik güvenirlik çalışmasının örneklemini hemşirelik öğrencilerinin oluşturması, çalışmamızda ise örneklemin sadece hastanede çalışan hemşirelerden oluşmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada elde edilen diğer bulgular çalışmanın soruları doğrultusunda tartışılmıştır.

- **Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarına ilişkin bulguların tartışılması**
- **Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile Bakım Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının tartışılması**
- **Hemşirelerin kişisel yaşamında bakım alma ve bakım verme deneyimlerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçların tartışılması;**
- **Hemşirelerin mesleki deneyim ve özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin bulguların tartışılması;**

5.1.Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarına ilişkin bulguların tartışılması

Çalışma kapsamında bulunan hemşirelerin BDÖ genel toplam puan ortalamasının $5,32 \pm 1,02$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). BDÖ den alınabilecek en düşük puanın 1, en yüksek puanın 7 olduğu ve puan yükseldikçe hemşire bakım davranışı algısının arttığı göz önüne alındığında, hemşirelerin bakım davranışı algısının ortanın üzerinde olduğu söylenebilir. Birimoğlu ve Ayaz (2015) tarafından hemşirelik öğrencilerinin bakım algısını değerlendirdikleri çalışmada öğrencilerin BDÖ genel ortalama puan ortalaması $5,23 \pm 0,98$ olduğu, Eskimez (2012) ise öğrencilerin BDÖ ortalama puanının $5,26 \pm 0,79$ olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda BDÖ puan ortalamasının daha yüksek olması örneklemin hemşirelerden oluşması, çalışan hemşirelerin bakım davranışlarını daha sıklıkla yerine getirmesi ile ilgili olabilir.

Hemşirelerin BDÖ alt boyutlarındaki puan ortalamalarına bakıldığında, en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla “Gözlemler ve İzlemler”, “Konfor”, “Güven verici iletişim”, “Açıklamalar ve Olanaklar”, “Beklentiler”, “Ulaşılabilirlik” alt boyutunda olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4). Hemşireler, hemşirelik öğrencileri ve hastaların bakım davranışlarını algılamalarının incelendiği diğer çalışmalarda da benzer şekilde en yüksek puanın “Gözlemler ve İzlemler” alt boyutundan alındığı saptanmıştır (Birimoğlu ve Ayaz, 2015; Eskimez ve Acaroğlu 2012; Zamanzedahet ve diğerleri, 2010; Khademian ve Vizeshtar, 2008). En düşük puan ortalaması ise diğer çalışmalarda “güven verici iletişim” alt boyutunda (Birimoğlu ve Ayaz, 2015; Eskimez ve Acaroğlu 2012; Zamanzedahet ve diğerleri, 2010; Khademian ve Vizeshtar, 2008) olduğu belirtilmektedir. En düşük puan ortalamasının hasta için bir şeyler yapmaya gönüllü olma- örneğin kahve getirme, hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında verme, hastayı sık kontrol etme, hastanın aramalarına- çağrılarına çabuk cevap verme, hastanın problemi olduğunda arayabileceğini belirtme, araması için cesaretlendirme gibi bakım davranışlarının yer aldığı ulaşılabilirlik alt boyutunda olması hemşirelerin bakım davranışı algısı kadar, çalışma koşullarından ya da kültürel özelliklerden kaynaklanabileceği söylenebilir.

Ulaşılabilirlik alt boyutunda *“Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirme”* maddesi, bu alt boyuttaki en yüksek puan ortalamasıdır. Bu alt boyutta en düşük puanın ise *“Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.”* maddesidir ve *“Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.”* maddesinde olduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda, bu bakım davranışları BDÖ’ de yer alan tüm bakım davranışları içinde en düşük puanın elde edildiği, diğer bir deyişle hemşireler tarafından en az sıklıkta yerine getirilen, en az önemli bulunan bakım davranışı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). En düşük puanın olduğu diğer alt boyutlar ise hastanın / ailesinin yaşantı ve sorunlarını önceden tahmin etme ve bu olasılıklara onları hazırlama, gerekli ön rehberliği ve desteği sunma ile ilgili bakım davranışlarının **“Beklentiler”** alt boyutu ve hastanın tıbbi durumu hakkında dürüstçe açıklamalarda bulunma gibi açıklayıcı, kolaylaştırıcı, cesaretlendirici bakım davranışlarının bulunduğu **“Açıklamalar ve Olanaklar”** alt boyutudur. Bu alt boyutların ağırlıklı olarak bilişsel ve duyuşsal becerilere yönelik bakım davranışlarının yer aldığı görülmekte olup, bu davranışların daha az sıklıkta yerine getirilmesi hemşirelerin bu bakım davranışlarında yeterliliklerinin sınırlı olması ya da görev tanımları ve kurumsal koşullar ilgili olabilir (Birimoğlu ve Ayaz, 2015; Khademian ve Vizeshfar, 2008; Safadi ve diğerleri, 2011 Zamanzedahet ve diğerleri, 2010).

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin BDÖ’ deki bakım davranışı maddelerinden en yüksek puan aldıkları, diğer bir deyişle en sıklıkla yerine getirdikleri bakım davranışlarının sırasıyla, *“Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek”*, *“Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak”*, *“Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek”*, *“Hasta ile konuşmak”*, *“Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak”*, *“Güler yüzlü olmak”*, *“Hastayı dinlemek”*, *“Hastayı bir birey olarak kabul etmek”* olduğu belirlenmiştir. Bu maddelerin çoğunun BDÖ “Gözlemler ve izlemler” ve “Konfor” alt boyutunda yer alan maddeler olduğu görülmektedir. Diğer taraftan, en düşük puanın olduğu “Beklentiler” alt boyutunda yer alan bir madde olan *“Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak”* bakım davranışının en

sıklıkla yerine getirilen ikinci davranış olması dikkat çekmektedir (Tablo 4.6). Bu durumun bir taraftan hemşirelerin empati becerisinin yeterliliğini, diğer taraftan da “beklentiler” alt boyutundaki diğer bakım davranışlarının çok daha az yerine getirildiğini ifade eden olumlu bir bulgu olduğu düşünülebilir. Suudi Arabistan’da, hastaların oluşturduğu bir örnekleme farklı bir ölçek kullanılarak yapılan bir diğer çalışmada (Suliman, 2008) hastaların en önemli gördüğü bakım davranışlarının teknik beceri ile ilgili davranışlar yerine “hümanizm- inanç- duyarlılık” ile ilgili “*ihtiyaç duyduğunda ağrı kesimin verilmesi*”, “*saygılı ve nazik davranma*”, “*ilaç ve tedavilerin zamanında yapılması*”, “*rahatlatma- pozisyon değişimi, battaniye verme, sırtına yastık verme vb*” davranışların olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışma hemşirelerin en önemli gördüğü bakım davranışlarının ise “Destekleyici-Koruyucu-Düzeltilici bir ortam sağlama” alt boyutu ile ilgili “*ihtiyaç duyduğunda ilaçların verilmesi*”, “*hasta ile işini bitirdikten sonra odayı temiz bırakma*”, “*hastaya karşı nazik olma ve mahremiyetine saygı gösterme*” davranışlarının olduğu belirlenmiştir.

Hemşireler tarafından en az sıklıkla yerine getirilen ya da en az önemli görülen bakım davranışları sırasıyla “*Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb*”, “*Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb*”.*Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak, Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb* olduğu belirlenmiştir(Tablo 4.6).

En sık ve en az yerine getirildiği belirtilen bakım davranışlarına ilişkin bulgular BDÖ alt boyutlarındaki puanlara ilişkin bulgular ile uyumlu olduğu, en sık yerine getirilen bakım davranışlarının “Gözlemler- izlemler” alt boyutunda, en az yerine getirilen davranışların ise “Beklentiler” ve “Açıklamalar- olanaklar” alt boyutunda yer alan davranışlar olduğu görülmektedir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise en sık yerine getirilen ilk üç davranışın “*güler yüzlü olmak*”, “*kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak*” ve “*profesyonel bir görünüm içinde olmak, kimliğine uygun giyinmek ve kimlik takmak*” davranışları olduğu belirlenmiştir (Eskimez, 2012).Bu çalışmada en sık görüldüğü belirlenen

bakım davranışları çalışmamızın bulgularından farklı olması öğrenci hemşirelerden beklentilerin ve uygulama kapsamlarının farklı olması ile ilişkili olabilir. Aynı çalışmada en az görülen davranışların ise çalışmamızda olduğu gibi “Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.”, “Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb” ve “Hastanın tanısı somucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak” davranışları olduğu dikkat çekmektedir.

Ayrıca, hemşirelerin BDÖ genel toplam ve ölçeğin ¹ alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunduğu, korelasyonların pozitif yönlü ve kuvvetli olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). ¹ Hemşirelerin herhangi bir alt boyuttan almış oldukları puanlar arttıkça, diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar da artmaktadır. Bu sonuç, örneklemdaki bazı hemşirelerin elde edilen ortalama puanın altında puan aldığını, mesleki olarak bakım davranışlarının yerine getirmesinde standartların sağlanması gerektiğini düşündürmektedir.

5.2. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin BDÖ genel toplam ve alt boyutlardaki puan ortalamaları bireysel özelliklere göre incelendiğinde (Tablo 4.1), 25-29 yaşları arasında olan hemşirelerin ⁷ diğer yaş gruplarına, kadın hemşirelerin erkek hemşirelere, bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre daha yüksek puanlara sahip oldukları belirlenmiştir ($p<0,05$) belirlenmiştir.

Türkiye’de hemşire ve hemşire öğrencilerin oluşturduğu örneklemden yapılan çalışmalarda yaş, cinsiyet, medeni durum gibi bireysel özelliklerinin bakım algılamalarını etkilemediği belirlenmiştir (Eskimez, 2012; Kurşun, 2010; Turan ve diğerleri, 2011 ve Birimoğlu ve Ayaz, 2015). Buna karşın Tayvan’da yapılan bir çalışmada (Li ve diğerleri 2016), yaşı büyük olan hemşirelik öğrencilerinin bakım davranış puanının daha yüksek olduğu bulunmuş, bu durum deneyim süresi ve daha deneyimli hemşirelerin hasta bakımında daha etkili konumlarda görev almaları ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmamızda ise 30 yaş ve üstü yaş gruplarında yaş arttıkça BDÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olması dikkat çekmekte

olup, bu durum ülkemizde daha deneyimli ve yaşı daha büyük hemşirelerin genellikle yatak başı hasta bakımından uzaklaşmalarından, daha çok yönetsel görevlerde yer almalarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Cheng ve diğerlerinin (2017) Çin ve Amerikan hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışlarını, Bakım Yeterliliği Envanteri (CAI) kullanarak incelediği karşılaştırmalı araştırmalarında Amerikalı öğrencilerin toplam ve alt boyutlarda Çinli öğrencilerden daha yüksek, Amerikalı kadın öğrencilerin Bakım Yeterliliği Envanterinin “bilme” ve “sabır” alt boyutlarındaki puan ortalamalarının erkek hemşirelerden daha yüksek, evli olan öğrencilerin toplam ve “bilme” alt boyutlarında bekârlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar bu bulguları yaş, evliliğin hemşirelik öğrencilerine başkalarıyla ilişki kurma fırsatı vermesi ve başkalarına karşı daha fazla bilgi ve beceri sahibi olması; zengin bir yaşam deneyimlerine sahip olmalarıyla açıklanmışlardır. Çalışmamızda ise bekâr hemşirelerin BDÖ toplam ve “ulaşılabilirlik”, “konfor” alt boyutlarında daha yüksek puan ortalamasına sahip olmaları yukarıdaki çalışmanın aksine bekâr hemşirelerin evli hemşirelere göre daha çok sosyal ilişkiler içinde olduğunu, bakıma odaklanma olanaklarının daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Örneklemin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bu çalışmada evli hemşirelerin anne/baba, eş olarak evdeki sorumlulukları yerine getirmeye çalışırken, bir yandan da mesleki rol yüklenmesi bu sonuçta etkili olabilir. Arcak ve Kasımoğlu (2006), hemşirelerin iş kalitesini etkileyen etmenler üzerinde yaptıkları çalışmada Hemşirelik İş Yaşam Kalitesi Ölçeğini kullanılmış olup, kadın ve anne rolünün strese yol açtığını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda 25- 29 yaş grubundaki hemşirelerin BDÖ toplam ve alt boyutların çoğunda puan ortalamalarının yüksek olması bu yaş grubunun hem iş yaşamında deneyim sahibi olmaları, hem de genç grup olarak hasta bakım ve uygulamalarına en aktif katılım göstermeleri ile ilişkili olabilir.

Kadın hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamalarının erkek hemşirelere göre daha yüksek olduğu, kadın ve erkek hemşirelerin BDÖ güven verici iletişim ⁵ alt boyut puanı ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet bakım üzerine etkili olan bir değişkendir. Özbaşaran ve diğerleri (2002), yaptıkları çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun kadın hemşireler tarafından

bakılmak istediklerini, bunun nedenini ise “kadın hemşirelerin bilgi ve becerilerinin daha iyi kullanması, empati kurabilmesi, ahlaki değerlerinin daha yüksek olması, şefkatli, güler yüzlü, ilgili oldukları” nedenleriyle açıkladıklarını belirlemiştir. Çalışmamızda da güven verici iletişim alt boyutunda yer alan ve bu iletişim özellikleri ile ilgili olan bakım davranışlarının kadın hemşireler tarafından daha sıklıkla yerine getirildiği bulunmuştur.

Türkiye’de hemşirelik eğitimi lisans düzeyinde olmasına karşın, uygulamada lise ve önlisans düzeyinde hemşirelik eğitim programları mezunu hemşirelerin bulunduğu bilinmektedir. Bu çalışmadaki örneklemin büyük çoğunluğu lisans (% 65,9) ve yüksek lisans (%12,2) programı mezunu iken, lise (%7,2) ve önlisans (%14,7) mezunu hemşireler de bulunmaktadır. Lisans mezunu hemşirelerin BDÖ genel toplam (%5,36) ve alt boyutlardaki puanları daha yüksek olmakla birlikte, ulaşılabilirlik alt boyutu dışında, toplam ve diğer alt boyutlarda grupların ³ **ortalamarı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.10).** Hemşirelik lisans programı mezunu hemşirelerin bakım davranışlarını daha etkili şekilde yerine getirmeleri ve farkındalıklarının yüksek olması beklenirken gruplar arasında istatistiksel olarak farkın olmaması eğitim programlarının özelliklerinden ya da çalışma süresince sağlanan eğitim olanaklarından kaynaklanabilir. Ayrıca, Lisans programı mezunu olan ve olmayan hemşire gruplarındaki hemşire sayısının çok farklı olmasındabu sonuçların tartışılmasını sınırlandırdığı söylenebilir.

5.3. Hemşirelerin kişisel yaşamında bakım alma ve bakım verme deneyimlerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçların tartışılması;

Daha önce hastanede yatma gibi hasta bir birey olarak bakım alma deneyimi yaşayan hemşirelerin, BDÖ “Güven verici iletişim”, “Açıklamalar ve olanaklar” alt boyutlarındaki ⁶ **puan ortalamalarının bu deneyimi olmayan hemşirelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır(p<0,05) (Tablo 4.9.).** Ortağ ve arkadaşlarının (2010) ⁴¹ **hemşire öğrenciler ile gerçekleştirdiği çalışmada, hastanede yatma deneyiminin öğrencilerin ³⁰ sağlık ve hastalık kavramlarını anlamalarını ve içselleştirmelerini kolaylaştırdığı, hastane ortamının bazı bireysel gereksinimlerin karşılanmasında**

yarattığı güçlükleri, empati ve iletişimin önemi, sağlığın değeri gibi konularda farkındalıklarını artırdığı belirtilmiştir. Literatürde, hemşirelerin kendisinin ya da yakınının hastalık/ hastane yatma deneyimi yaşamasının ve bu süreç içinde bakımları ile ilgilenen hemşireye ilişkin algılarının, deneyime paralel olarak olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (Larsen ve diğerleri 2003).

Kişisel yaşamda bakım alma ve verme deneyiminin yaşandığı ana ortam aile ortamı ve bu ortamda yaşanan kardeşler arası, ebeveyn- çocuk ilişkileri gibi ilişkilerdir. Örneklemdeki hemşirelerin % 80.6'sının bir ya da daha fazla kardeşi olduğu, 3 veya daha fazla kardeşi olan hemşirelerin BDÖ toplam puan ve “Açıklamalar ve olanaklar” alt boyut puan ortalamalarının diğer gruplardan yüksek olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9.). Cheng ve diğerlerinin (2017) yaptığı çalışmada da kardeşi olma durumunun bakım davranışları algısını genelde ve/veya alt boyut puanlarında etkili olduğu bulunmuştur. Aile ve kardeşler arası ilişkilerin güçlü olması, genel olarak en fazla desteğin de yakın aile üyeleri tarafından sağlanması deneyimleri hemşirelerin sorumluluk gibi bakım davranış algılarının gelişmesine ve hastalarla kolay ilişki kurulmasına olanak sağlayacağı düşünülebilir.

Örneklemdeki hemşirelerin %46,8'nin bir ya da birden fazla çocuğu bulunduğu belirlenmiştir. Çocuk sahibi olma durumu ile bakım davranışlarının algılanışı incelendiğinde (Tablo 4.9.), çocuk sahibi olan hemşirelerin “Açıklamalar ve olanaklar” gibi bazı alt boyutlarda puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmekle birlikte, bu farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır. Buna karşın, çocuk sahibi olmayan hemşirelerin “ulaşılabilirlik” alt boyutunda puan ortalamasının daha yüksek olduğu, bunun istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Bu bulgu çalışmanın hemşirelerin medeni durumu ile ilgili bulguları göz önüne alındığında, bekâr hemşirelerin gerek BDÖ toplam ve ulaşılabilirlik alt boyutu puan ortalamalarına ilişkin bulguların da aynı yönde olduğu, bulguların birbirini destekler nitelikte olduğu görülmektedir. Çocuk sahibi olmayan hemşirelerin çocuğun bakımı sorumluluğunun yarattığı yorgunluğu yaşamadıkları, bilişsel ve duyuşsal becerileri daha iyi kullandıkları bu sonuçta etkili olabilir.

5.4. Hemşirelerin mesleki deneyim ve özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin bulguların tartışılması;

Hastaları “her zaman anladığını” belirten hemşirelerin, BDÖ genel toplam ve tüm alt boyutlarındaki ³⁷ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, “Konfor” alt boyutundaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur. BDÖ, konfor alt boyutunda hastanın durumu ve tedavisi ile ilişkili olumlu durumları bilme ve hastaya anlatma; en zor hastalarda bile sabırlı olma, güler yüzlü olma; hasta ile oturma, hastanın rahatlama gereksinimi olduğunda ona dokunma; dinleme ve hasta ile konuşma gibi bakım davranışı ifadelerinin yer aldığı göz önünde bulundurulursa bunun beklendik bir sonuç olduğu söylenebilir.

Hemşirelerin çalıştığı servislere göre BDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde, cerrahi servisler ⁷ ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin gözlemler ve izlemler alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p < 0,05$) saptanmıştır. Bu bulgunun yoğun bakım ve cerrahi servisinde yatan hastaların bakım gereksinimleri ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin çalışma sürelerine göre BDÖ toplam puan ortalamaları incelendiğinde çalışma süresi 1 yıldan az olan ve 1-5 yıl olan hemşirelerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmekte, çalışma yılı arttıkça puan ortalamalarının düşmesi dikkati çekmektedir. Bu bulgu çalışmanın hemşirelerin yaşı ile BDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ilişkin bulguları ile paralellik göstermektedir. Daha önce belirtildiği gibi, çalışmamızda 30 yaş ve üstü yaş gruplarında yer alan hemşirelerin BDÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının daha düşük olduğu, yaş arttıkça puan ortalamalarının düştüğü belirlenmiş olup, bu durumun meslekte daha kıdemli hemşirelerin yatak başı bakım hizmetlerinden uzaklaşması ya da çalışma süresi arttıkça hemşirelerde tükenmişlik gelişmesi ve bakımın duygusal ve sosyal boyutlarından kendini ayırma özelliği ile ilgili olabilir (taze,2008).

6. SONUÇLAR

4 KKTC’ de görev yapan hemşirelerin bakım davranışı algılamalarını belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada elde edilen sonuçlar araştırmanın soruları doğrultusunda aşağıda verilmektedir

Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarına ilişkin sonuçlar;

- Hemşirelerin Bakım Değerlendirme Ölçeği genel puan ortalaması 5,32 olduğu bulunmuş, örneklemdaki hemşirelerin bakım davranışlarını ortalamanın üzerinde bir sıklıkta yerine getirdiği değerlendirilmiştir.
- Hemşirelerin en yüksek puan aldıkları, diğer bir deyişle en sıklıkla uyguladıkları ilk beş sıradaki bakım davranışları ‘*Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek*’, ‘*Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak*’, ‘*Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek*’, ‘*Hasta ile konuşmak*’, ‘*Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak*’ olduğu belirlenmiştir.
- Puan ortalamasının en düşük olduğu, diğer bir deyişle hemşireler tarafından en az sıklıkla yerine getirildiği belirlenen bakım davranışları sırasıyla, Sıklıkla *hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb. Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak, Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığında, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb. davranışlarıdır.*
- Hemşirelerin BDÖ alt boyutlarındaki puan ortalamalarına bakıldığında, ‘*Gözlemler ve İzlemler*’ alt boyutunda puan ortalamasının en yüksek olduğu, bunu sırasıyla ‘*Konfor*’, ‘*Güven verici iletişim*’ ‘*Açıklamalar ve*

Olanaklar”, **“Beklentiler**”, ve **“Ulaşılabilirlik**” alt boyutunun izlediği belirlenmiştir.

- **Gözlemler ve izlemler** alt boyutunda yer alan maddelerde hemşirelerin puan ortalamalarının 5,43 ile 5,74 arasında değiştiği, bu alt boyutta en yüksek puanın *“Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek”* davranışı ile ilgili maddede olduğu, ayrıca, bu madde puanının tüm BDÖ maddeleri içinde en yüksek puanı olduğu belirlenmiştir.
- **Konfor** alt boyutunda hemşirelerin en çok sıklıkla yerine getirdikleri davranışın *“Hasta ile konuşmak”* ve *“Hastayı dinlemek”* olduğu, en az sıklıkla yerine getirilen bakım davranışının ise *“Hasta ile oturmak”* olduğu,
- **Güven Verici İletişim** alt boyutunda puan ortalamaları en yüksek olan, diğer bir deyişle en sık yerine getirilen bakım davranışları *“Hastayı bir birey olarak kabul etmek”*, *“Hastaya, tüm tedavisi ve hastalığı ile ilgili duygularını açıklamasına izin vermek ve bilgileri gizli tutmak”* ve *“Kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak”* davranışları olduğu,
- **Beklentiler** alt boyutunda, hemşirelerin en sık uyguladıklarını belirttikleri bakım davranışının *“Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak”*, en az sıklıkta uyguladıkları bakım davranışının ise *“Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlamak”* davranışları olduğu,
- **Açıklamalar ve Olanaklar** alt boyutunda *“Hastaya tedavisi ve hastalığı ile ilgili bilmesi gereken önemli konuları anlaşılır bir dille anlatmak”* maddesi bu alt boyuttaki en yüksek puan ortalamasıdır. Bu alt boyutta en düşük puan madde ortalaması ise *“Hekimine sorması için hastaya sorular önermek”* maddesi olduğu,
- **Ulaşılabilirlik** alt boyutunda *“Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirme”* maddesi bu alt boyuttaki en yüksek puan ortalamasıdır. Bu alt boyutta en düşük puanın ise *“Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.”* maddesi ve *“Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.”* maddesinde maddelerinde olduğu belirlenmiştir. Aynı

zamanda, bu bakım davranışları BDÖ' de yer alan tüm bakım davranışları içinde en düşük puanın elde edildiği, diğer bir deyişle hemşireler tarafından en az sıklıkta yerine getirilen, en az önemli bulunan bakım davranışı olduğu,

- Hemşirelerin BDÖ genel toplam ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlar arasında pozitif yönlü ve kuvvetli korelasyon olduğu saptanmış, ¹ hemşirelerin herhangi bir alt boyuttan almış oldukları puanlar arttıkça, diğer alt boyutlardan aldıkları puanların da arttığı sonucuna varılmıştır.

Hemşirelerin bireysel özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçlar;

- Hemşirelerin yaşı arttıkça BDÖ puan ortalamasında düşme olduğu,
- Hemşirelerin bireysel özelliklerine göre yaş grubunda “Ulaşılabilirlik”, “Konfor”, “Gözlemler ve İzlemler” alt gruplarının ve BDÖ toplam puan ortalamasının anlamlı olduğu,
- Kadın Hemşirelerin anlamlı farklılıkla Erkek Hemşirelerden daha yüksek puan ortalamasına sahip olduğu,
- Cinsiyetlerine göre hemşirelerin “Güven verici iletişim” alt boyutunun anlamlı olduğu,
- Bekâr hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının anlamlı farklılıkla Evli ve Boşanmış hemşirelerden daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin medeni durumuna göre “Ulaşılabilirlik”, “Konfor” alt boyutlarının anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin mezun oldukları okula göre ²⁴ Ön Lisans, Lisans ve Yüksek Lisans mezunu hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamasının Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşirelerin puan ortalamasından daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin eğitim duruma göre “Ulaşılabilirlik” alt boyut puan ortalamasının anlamlı olduğu,

Hemşirelerin kişisel yaşamında bakım alma ve bakım verme deneyimlerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin sonuçlar;

- Hastanede yatma deneyimi olan hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının yatma deneyimi olmayan hemşirelere göre daha yüksek ve **“Açıklamalar ve Olanaklar”**, **“Güven verici iletişim”** alt boyutlarının anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin kardeşi olma durumuna göre BDÖ puan ortalamasında anlamlı bir farklılık olmadığı sadece **“Açıklamalar ve Olanaklar”** alt boyutunda anlamlı fark olduğu,
- Hemşirelerin çocuğu olma durumuna göre BDÖ puan ortalamasında anlamlı bir farklılık olmadığı sadece **“Ulaşılabilirlik”** alt boyutunda anlamlı fark olduğu,

Hemşirelerin mesleki deneyim ve özelliklerinin bakım davranışlarını algılamalarına etkisine ilişkin bulgular;

- Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin mesleki ve çalışma sürelerine ilişkin özelliklerine bakıldığında %11,4 ‘nün 1 yıldan az çalıştığı ve 1 yıldan az çalışan hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının anlamlı farklılıkla 11 yıl ve daha uzun süredir çalışan hemşirelerden daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin çalışma yıllarına göre sadece **“Açıklamalar ve Olanaklar”** boyutunun anlamlı olmadığı, diğer tüm alt boyutlardaki farkın ise istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Araştırma kapsamındaki hemşirelerin büyük bir kısmının (%82,5) servis Hemşiresi olarak görev yaptığı ve servis sorumlusu, hemşiresi ve diğer konumda çalışan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamaları arasında farklılık olmadığı,
- Hemşirelerin, %18,1’inin en uzun süre çalıştığı servislerin cerrahi (üroloji, ortopedi, genel cerrahi, göz, KBB vb.) servisler olduğu ve BDÖ toplam puan ortalamasının diğer servislerde çalışan hemşirelerden anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu,

- Hemşirelerin en uzun süre çalıştığı servise göre sadece “Gözlemler ve izlemler” alt boyutunun anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin %79,6’sının hemşirelik mesleğini isteyerek seçtikleri ve “bu gün olanak olsa tekrar hemşirelik mesleğini seçip seçmeyecekleri” konusunda değerlendirmelerinde de %55’inin yine hemşirelik mesleğini seçeceğini belirttiği,
- Hemşirelik mesleğini istemeyerek ve diğer nedenlerle seçen hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamasının birbirine yakın, isteyerek seçen hemşirelerin BDÖ puan ortalamasının ise daha yüksek olduğu,
- Hastaları her zaman anlayan hemşirelerin BDÖ toplam puan ortalamasının “Çoğunlukla Anlarım” ve “Bazen Anlarım” grubundaki hemşirelerden anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu,
- Hemşirelerin hastaları anlama durumuna göre BDÖ toplam puan ortalaması ve “Konfor” alt boyutunun anlamlı olduğu,
- Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%57,2)’sinin çalıştığı ortamdan memnun olduğu, çalıştığı ortamdan memnun olduğunu belirten hemşirelerin BDÖ genel toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olmakla birlikte bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

Araştırmada örneklemdeki hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarının iyi düzeyde olduğu, BDÖ alt boyutlarında en yüksek puanın “Gözlem ve İzlemler”, “Konfor” ve “Güven Verici İletişim”, en düşük puanın “Beklentiler” alt grubunda gözlemlendiği, en sıklıkla yerine getirilen bakım davranışının “Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek” olduğu; yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma süresi, çalışılan klinik/ ünite, kardeşi ve çocuğu olma durumu, hastanede yatma deneyimi, hastaları anlama durumunda yeterlilik faktörlerinin hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarını etkilediği sonuçlarına varılmıştır.

7. ÖNERİLER

1 KKTC de çalışan hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarını ve etkileyen faktörleri tanımlamak amacı ile yapılan bu çalışmanın sonuçlarına dayalı olarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Hemşirelerin bakım davranışlarını algılamalarını ve bu davranışları yerine getirmelerini etkileyen çalışma süresi ve yaş, cinsiyet, medeni durum gibi faktörler göz önünde bulundurularak çalışma ortamı ve eğitim programlarının gözden geçirilmesi,
- Hemşirelik bakımının daha çok fiziksel bakım, teknik bakım becerileri ve uygulamaları ile sınırlı olarak algılandığı belirlenmiştir. Temel ve mezuniyet sonrası eğitim gibi mesleki sosyalizasyon süreçlerinde tıbbi bakım modeline teknik beceri odaklı bakım yaklaşımının bu sonuçta etkili olabileceği göz önünde bulundurulması, bu süreçlerde bakımın bireyselleştirilmiş, bakımın koruyucu, ilgi ve özen içeren, empati ve psiko-sosyal destek sunan boyutlarının kapsanması önerilmektedir.
- Bakım davranışlarının algılamasının ve uygulanma sıklığının sadece hemşirelerin değil, hastaların da algılamalarının değerlendirildiği karşılaştırmalı çalışmaların planlanması,
- Çalışmanın ana amacı olmamakla birlikte, Bakım Davranışları Ölçeğinin (CARE-Q) toplam ve alt boyutlarında güvenilirlik katsayısının daha düşük bulunduğu sonucuna dayanarak BDÖ' nin dil ve kültürel olarak geçerlilik ve güvenilirliğini test eden yeni çalışmalar yapılması önerilmiştir.

9. EKLER

EK 1: Katılımcı Tanıtım Formu

Bilgi Formu

Form no:

Sayın Katılımcı, “Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Algılaması” adlı bu araştırmada veriler ekteki bilgi formu ve Bakım Davranışları Algılama Ölçeği ile toplanmaktadır. Çalışmaya katılımınız ve formları doldurmanız ile elde edilecek bilgiler sadece bu araştırmada kullanılacak olup, kimlik bilgileriniz hiçbir şekilde belirtilmeyecektir. Soruları yanıtlarken göstereceğiniz dikkat ve içtenlik araştırma sonuçlarını açısından son derecede önemlidir. Katıldığınız ve zaman ayırdığınız için çok teşekkür ederim.

Saygılarımla

Hemşire Mehmet Ali FIRAT

FORM 1: HEMŞİRE BİLGİ FORMU

1. Yaşınız
2. Cinsiyet a) Kadın b) Erkek
3. Eğitim durumunuz?
a) SML b) Ön lisans c) Lisans d) Yüksek lisans ve üzeri
4. Mezun olduğunuz okul- bölüm?.....
5. Hemşire olarak çalışma süreniz?
a) 1 yıldan az b) 1-5 yıl c) 6-10 yıl d) 11-15 yıl e) 16 yıl üzeri
6. Hemşire olarak en uzun süre hangi serviste çalıştınız?.....
7. Görev yaptığınız serviste hangi konumda çalışıyorsunuz?
a) Servis sorumlusu b) Servis hemşiresi c) Diğer
8. Hastanede çalışma şekliniz nedir?
a) Gündüz vardiyası b) Gece vardiyası c) Her ikisi d) Diğer
9. Kardeşiniz var? (Siz hariç)
10. Medeni durumunuz?
a) Evli b) Bekar c) Boşanmış d) Evli ama ayrı yaşıyor
11. Çocuğunuz var mı? a) Var (Sayı Belirtiniz) ... b) Yok c) Diğer.....
12. Daha önce hiç hastaneye yattınız mı? a) Evet b) Hayır
13. Çalıştığınız ortamda hastaları anlama konusunda kendinizi yeterli hissediyor musunuz?
a) Her zaman b) Çoğunlukla c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman
14. Genel olarak çalışma ortamınızdan memnun musunuz?
a) Memnun b) Kısmen memnun c) Memnun değil
15. Hemşireliği isteyerek mi seçtiniz? a) Evet b) Hayır c) Diğer.....
16. Geriye dönme olanağınız olsaydı tekrar hemşireliği seçer miydiniz?
a) Seçerdim b) Seçmezdim c) Emin Değilim

EK 2: Hemşirelerin Bakım Değerlendirme Ölçeği

Care-Q BAKIM DAVRANIŞLARI DEĞERLENDİRME ENVANTERİ'NİN Dil, Kapsam-İçerik Geçerliği Yapılarak Türkçeye Dönüştürülmüş Şekli

Yönerge: Bu anket, hemşirelerin bakım davranışlarına yönelik algılarını incelemek amacı ile hazırlanmıştır. Vereceğiniz tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırma sonuçları için kullanılacaktır. Tüm sorulara vereceğiniz yanıtların sizi yansıtmaya özen göstermeniz araştırma sonuçlarının bakım davranışları ile ilgili doğru bilgiler yansıtmalarını sağlayacaktır. Klinik uygulamanız sırasında verdiğiniz bakımı dikkate alarak anketi doldurmanızı rica ederiz. Teşekkür ederiz.

Aşağıdaki hemşirelik bakım girişimlerini <i>son iki hafta içinde hangi sıklıkta gerçekleştirebildiniz:</i>	Hic	Hemen hemen hiç	Nadiren	Bazen	Genellikle	Hemen hemen her	Her zaman
1. Sıklıkla hasta önceliğini ele almak, örn: ağrı kontrolü, sırt masajı vb.	1	2	3	4	5	6	7
2. Hasta için küçük şeyleri gönüllü olarak yapmak, örn: bir fincan kahve, gazete getirmek vb.	1	2	3	4	5	6	7
3. Hastanın tedavisi ve ilaçlarını zamanında uygulamak	1	2	3	4	5	6	7
4. Hastayı sık sık kontrol etmek	1	2	3	4	5	6	7
5. Hastanın çağrılarını kısa zamanda yanıtlamak	1	2	3	4	5	6	7
6. Hasta, herhangi bir sorun yaşadığında, haber vermesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	6	7
7. Hastaya mevcut destek sistemlerini anlatmak, örn: kendi kendine yardım grupları ve benzer hastalığa sahip diğer bireyler vb.	1	2	3	4	5	6	7
8. Hastaya yeterli bilgi vererek kendisini kötü/eksik hissetmemesini sağlamak	1	2	3	4	5	6	7
9. Hastaya tedavisi ve hastalığı ile ilgili bilmesi gereken önemli konuları anlaşılır bir dille anlatmak	1	2	3	4	5	6	7
10. Mümkün olduğunda, hastaya kendi kendine bakımını nasıl yapacağını öğretmek	1	2	3	4	5	6	7
11. Hekimine sorması için hastaya sorular önermek	1	2	3	4	5	6	7
12. Tıbbi durumu hakkında hastaya karşı dürüst olmak	1	2	3	4	5	6	7
13. Temel konfor önlemlerini almak, örn: uygun aydınlatma, gürültünün kontrolü, uygun giyim/örtünme vb.	1	2	3	4	5	6	7
14. Hastaya, durumu ve tedavisi ile ilişkili olumlu öğeleri tanımlayarak cesaret vermek	1	2	3	4	5	6	7
15. Zor beğenen hastalara bile hoşgörülü olmak	1	2	3	4	5	6	7
16. Güler yüzlü olmak	1	2	3	4	5	6	7
17. Hasta ile oturmak	1	2	3	4	5	6	7
18. Rahatlama gereksinimi olduğunda hastaya dokunmak	1	2	3	4	5	6	7
19. Hastayı dinlemek	1	2	3	4	5	6	7
20. Hasta ile konuşmak	1	2	3	4	5	6	7
21. Hastanın ailesi ve onun için önemli olan diğer bireyleri bakımına dâhil etmek	1	2	3	4	5	6	7
22. Hasta için genellikle gecelerin en zor zamanlar olduğunu anlamak	1	2	3	4	5	6	7

23. Hastanın tanısı sonucunda, hastanın ve ailesinin yaşayacağı zor durumu önceden tahmin etmek ve onlarla bireysel olarak ya da grup halinde konu hakkında konuşmayı planlama	1	2	3	4	5	6	7
24. Hastanın “bunaldığının” farkına varmak ve uygun bir şekilde eyleme geçmek, örn: yeniden bir muayene düzenlemek, ziyaretçileri kısıtlamak, gizlilik sağlamak vb.	1	2	3	4	5	6	7
25. Hastanın gereksinimlerini algılamak ve bu doğrultuda plan yapmak ve eyleme geçmek, örn: hasta bulantıya neden olacak bir ilaç aldığı anda, bulantıyı önleyici bir ilaç vermek vb.	1	2	3	4	5	6	7
26. Hasta için ilklerin, en zor zamanlar olacağını anlamak ve bu günler süresince hastaya özel dikkat göstermek	1	2	3	4	5	6	7
27. Hasta ile birlikte iken, sadece o hastaya yoğunlaşmak	1	2	3	4	5	6	7
28. Kriz veya kritik bir dönem içinde olduğunda bile hasta ile ilgilenmeyi sürdürmek	1	2	3	4	5	6	7
29. Hastaya, kabul edilebilir alternatifler sunmak, örn: görüşme zamanlarının, banyo zamanlarının seçimi vb.	1	2	3	4	5	6	7
30. Gerçekçi hedefler saptamada hastaya yardım etmek	1	2	3	4	5	6	7
31. Durumundaki değişiklikleri hasta ile konuşmak için en uygun zamanı hasta ile birlikte belirlemek	1	2	3	4	5	6	7
32. Herhangi bir eyleme başlamadan önce, hastanın durumunu, hasta ile birlikte gözden geçirmek	1	2	3	4	5	6	7
33. Hastanın hastalığı ve tedavisine ilişkin düşüncelerini açık bir şekilde anlatmasına yardım etmek	1	2	3	4	5	6	7
34. Bakımın planlanması ve yönetiminde, hastanın kendisini ne zaman en iyi ve uygun hissettiğinin farkında olmak	1	2	3	4	5	6	7
35. Hastayı sorular sorabileceği konusunda cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	6	7
36. Her ne olursa olsun önceliği hastaya vermek	1	2	3	4	5	6	7
37. Hastanın ailesi ve önem verdiği diğer kişiler ile cana yakın ve içten olmak	1	2	3	4	5	6	7
38. Hastaya, tüm tedavisi ve hastalığı ile ilgili duygularını açıklamasına izin vermek ve bilgileri gizli tutmak	1	2	3	4	5	6	7
39. Hastaya, hitap etmek için tercih ettiği ismi sormak	1	2	3	4	5	6	7
40. Hasta ile tutarlı bir yaklaşım içinde olmak	1	2	3	4	5	6	7
41. Hastayı bir birey olarak kabul etmek	1	2	3	4	5	6	7
42. Kendini tanıtmak ve ne yaptığını hastaya anlatmak	1	2	3	4	5	6	7
43. Profesyonel bir görünüm içinde olmak-kimliğine uygun giyinmek ve tanıtıcı kimlik takmak	1	2	3	4	5	6	7
44. Röntgen, özel işlemler vb. gibi profesyonel randevu planının, hastanın durumu ve koşullar için uygun olduğundan emin olmak	1	2	3	4	5	6	7
45. İyi organize olmak	1	2	3	4	5	6	7
46. Damar yolu ile ilaçların, IV, vb. nasıl verileceğini ve I.V. kateter, aspiratör vb. araç-gereçleri nasıl kullanacağını bilmek	1	2	3	4	5	6	7
47. Sakin olmak	1	2	3	4	5	6	7
48. Hastaya iyi fiziksel bakım vermek	1	2	3	4	5	6	7
49. Diğerlerinin hastaya nasıl bakım vereceğini bildiğinden emin olmak	1	2	26	4	5	6	7
50. Hekimin ne zaman çağırılacağını bilmek	1	2	3	4	5	6	7

EK 3: Etik Kurul Onay Formu

EK: 605-2018

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 21.12.2017
 Toplantı No : 2017/53
 Proje No : 498

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Firdevs Erdemir'in sorumlu araştırmacısı olduğu, YDU/2017/53-498 proje numaralı ve "KKTC'de Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Algılamaları" başlıklı proje önerisi kurumumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur.

1. Prof. Dr. Rüştü Onur
2. Prof. Dr. Nerin Bahçeciler Önder
3. Prof. Dr. Tamer Yılmaz
4. Prof. Dr. Şahan Saygı
5. Prof. Dr. Şanda Çalı
6. Prof. Dr. Nedim Çakır
7. Prof. Dr. Kaan Erler
8. Doç. Dr. Ümran Dal Yılmaz
9. Doç. Dr. Nilüfer Galip Çelik
10. Yrd. Doç. Dr. Emil Mammadov

(BAŞKAN)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE)

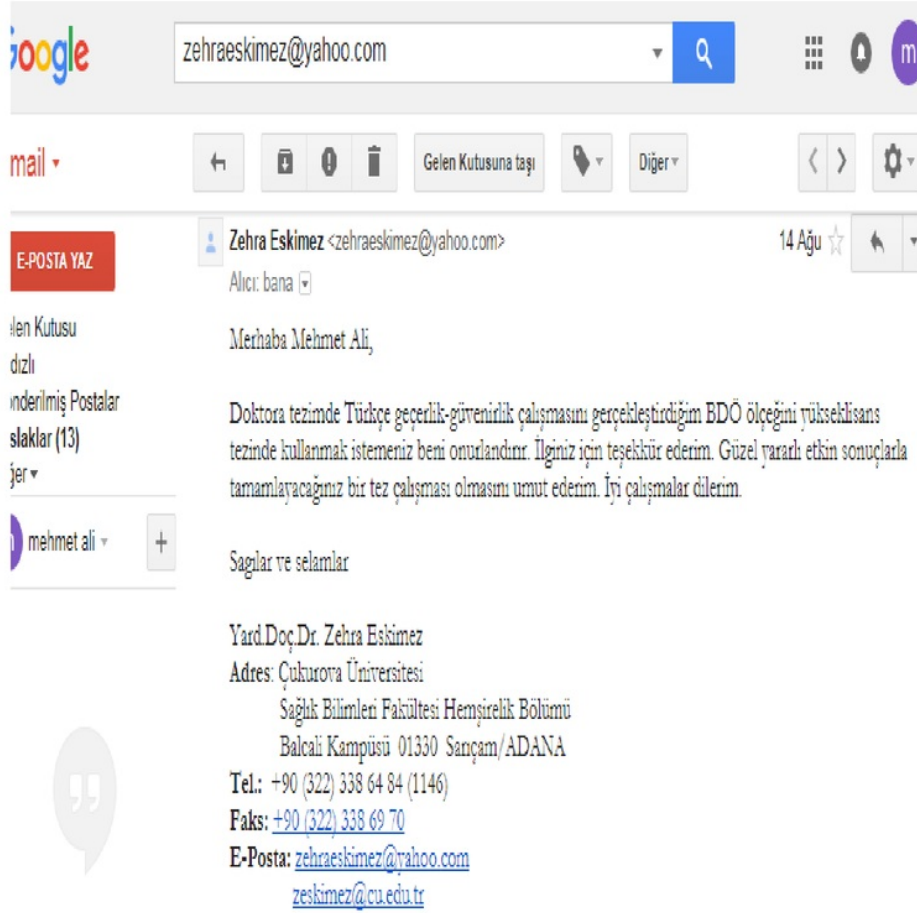
(ÜYE)

(ÜYE)

(ÜYE) KATILMADI

(ÜYE)

EK 4: Ölçek Kullanım İzni:



The screenshot shows a web-based email interface. At the top, there is a search bar with the text "zehraeskimez@yahoo.com" and a Google logo. Below the search bar, there are several icons for email management, including a trash can, a folder, and a "Gelen Kutusuna taşı" (Move to Inbox) button. The email header shows the sender as "Zehra Eskimez <zehraeskimez@yahoo.com>" and the recipient as "mehmet ali". The email body contains the following text:

Merhaba Mehmet Ali,

Doktora tezimde Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışmasını gerçekleştirdiğim BDÖ ölçeğini yüksek lisans tezinde kullanmak istemeniz beni onurlandırır. İlginiz için teşekkür ederim. Güzel yararlı etkin sonuçlarla tamamlayacağınız bir tez çalışması olmasını umut ederim. İyi çalışmalar dilerim.

Saygılar ve selamlar

Yard.Doç.Dr. Zehra Eskimez
Adres: Çukurova Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Balcalı Kampüsü 01330 Sançam/ADANA
Tel.: +90 (322) 338 64 84 (1146)
Faks: +90 (322) 338 69 70
E-Posta: zehraeskimez@yahoo.com
zeskimez@cu.edu.tr

EK 5: KKTC Sağlık Bakanlığı Onay Formu



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Son YTK.Ö.DD-1/2013-171 *5726*

Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi Başhekimliği,
Gazimağusa Devlet Hastanesi Başhekimliği,
Dr. Akçiçek Hastanesi Başhekimliği,
Cengiz Topel Hastanesi Başhekimliği,

Lefkoşa : 20.10.2017

Yalın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programına kayıtlı olan Mehmet Ali Fırat'ın, Prof. Dr. Fıdevs Erdemir danışmanlığında "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyetinde Çalgan Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Algılaması" konulu tez çalışmasını ekinde belirtilen anket formu aracılığı ile 02.01.2018 - 28.02.2018 tarihleri arasında araştırmayı kabul eden Hastanemizdeki görevli Hemşirelere uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.

Dr. NİL ERGÜN ELEDAG
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Başhekim

Dağıtım: Yalın Doğu Üniversitesi, SBE Hemşirelik Bölümü.
Sn. Mehmet Ali Fırat.

EK 6: Yakın Doğu Üniversitesi Onay Formu

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

03/11/2017

YDH-762/2017

Doç. Dr. Ömer Dal Yılmaz
SBF Dekanı Yrd./ Hem. Bl. Bşk.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans öğrencisi Mehmet Ali Fırat, Prof. Dr. Firdavs Erdemir danışmanlığı'nda "Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarını Algılaması" konulu tez çalışmasını Hastanemizde çalışan hemşirelere uygulaması programlanmıştır. Saygı ile bilginize getirilir.



Dr. Sevim Preman
Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi
Bakım

A: Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi, İskeçe / KKTC
T: +90 392 444 05 35

www.nearasthospital.com

EK 7: Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi Onay Formu

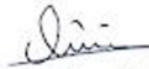
Sayı: SBF-1/DK-17/1288
Konu: tez çalışması izni hk.

03. 11. 2017

Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'ne;

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programına kayıtlı olan Mehmet Ali FIRAT, Prof. Dr. Firdavs ERDEMİR danışmanlığında "Kırsal Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Çalışan Hemşirelerin Bakım Davranışlarının Algılanması" konulu tez çalışmasını yapacaktır. Dr. Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelere 01.01.2018 - 01.03.2018 tarihleri arasında ekte yer alan soru formları uygulayabilmesi için gerekli izinlerin verilmesi hususunda bilgilerinize arz ederim.

Saygılarımla;



Doç Dr. Umran Dal YILMAZ
SBF Dekan Yrd./Hem. Bl. Bşk.




EK1: Soru Formu

EK 8: Özgeçmiş

1 Kişisel Bilgiler

Adı: Mehmet Ali

Soyadı: FIRAT

Doğum tarihi ve yeri 01.01.1990 Suruç/Şanlıurfa Çaykara köyü

Görev Yeri: Yakın Doğu Üniversitesi Hemşiresi Acil Servis

Cep: 05069653919 /05338653044

E-mail: msf63.63@gmail.com

2.Eğitim

Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Mezuniyet Yılı
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans	2017-
Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2016
Kırklareli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Yaşlı Bakım Programı	2012

3. İş Deneyimi

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi Acil Servis	Çalışma Yılı
	2015-
Sani Konukoğlu (SANKO) Hastanesi Acil Servis	2012-2015

Mehmet Ali Fırat - KKTC 'DE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN BAKIM DAVRANIŞLARINI ALGILAMALARI

ORIJINALLIK RAPORU

% 12	% 11	% 7	%
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	% 4
2	dergipark.ulakbim.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
4	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.khsdergisi.com İnternet Kaynağı	<% 1
6	library.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
7	dspace.baskent.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
8	hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

9	www.saglikcalisanisagligi.org İnternet Kaynağı	<%1
10	GÜROL, Ayşe and BİNİCİ, Yıldız. "Günübirlik cerrahi geçirecek çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi", Logos Yayıncılık, 2017. Yayın	<%1
11	angora.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
12	BOSTAN, NALAN and BEŞER, AYŞE. "Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2017. Yayın	<%1
13	etd.lib.metu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
14	ailetoplum.aile.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
15	www.docstoc.com İnternet Kaynağı	<%1
16	blogspot.com İnternet Kaynağı	<%1
17	www.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1

18

www.turkpsikiyatri.com

İnternet Kaynağı

<% 1

19

Gönül KARAER, Dilek ÖZMEN. "Occupational Safety of Employees: An Example of Public Hospital", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing, 2016

Yayın

<% 1

20

YILDIZ, MÜKERREM KABATAŞ and EKİNCİ, MINE. "Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler", Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2017.

Yayın

<% 1

21

YILMAZ, Emel, KARACA, Fatoş and YILMAZ, Ela. "Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerilerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi", Atatürk Üniversitesi, 2009.

Yayın

<% 1

22

mersin.mitosweb.com

İnternet Kaynağı

<% 1

23

www.hacettepehemsirelikdergisi.org

İnternet Kaynağı

<% 1

24

acikarsiv.atilim.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

25

www.academia.edu

İnternet Kaynağı

<% 1

26

openaccess.inonu.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<% 1

27

OCAK, İjlal, DUBAN, Nil and YAĞICI, Gülhan. "İlkokul Öğrencilerinin Kişisel Bakım, Temizlik ve Beslenme ile İlgili Görüşleri", Atatürk Üniversitesi, 2016.

Yayın

<% 1

28

Arslan, Sevban, Evsen Nazik, Derya Tanriverdi, and Seher Gurdil. "DETERMINING THE LEVEL OF SATISFACTION OF PATIENTS IN NURSING CARE AND HEALTH SERVICES", TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012.

Yayın

<% 1

29

GÜN, Yasemin and KORKMAZ, Medet. "Treatment adaptation and Quality of life of hypertensive patients", Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014.

Yayın

<% 1

30

ORTABAĞ, Tülay, TOSUN, Nuran, BEBİŞ, Hatice, YAVA, Ayla, ÇİÇEK, SÜTÇÜ, Hatice and AKBAYRAK, Nalan. "Yatağın diğer tarafı: Hemşirelik Yüksek Okulu birinci sınıf öğrencilerinin eğitim amaçlı hastaneye yatma deneyimleri", TUBİTAK, 2010.

Yayın

<% 1

31

ALAN, Handan and YILDIRIM, Aytolan.
"Hemşirelerin İş Yaşam Kalitesi ve Etkileyen
Faktörlerin İncelenmesi", Logos Yayıncılık,
2016.

Yayın

<% 1

32

halksagligiokulu.org

İnternet Kaynağı

<% 1

33

sbd.gumushane.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

34

nedir.ileilgili.org

İnternet Kaynağı

<% 1

35

www.ulusalhemsirelikkongresi2017.org

İnternet Kaynağı

<% 1

36

xa.yimg.com

İnternet Kaynağı

<% 1

37

eskidergi.cumhuriyet.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

38

hemarge.org.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

39

toraks.dergisi.org

İnternet Kaynağı

<% 1

40

www.phdernegi.org

İnternet Kaynağı

<% 1

www.researchgate.net

41

İnternet Kaynağı

<% 1

42

www.dersindir.net

İnternet Kaynağı

<% 1

43

ERDEMİR, Fikret, FINDIK, Esra, CEYLAN, Mustafa, SÖĞÜT, Erkan, ÇAYLI, Sevil and KESİCİ, Hakan. "İzogenol tabanlı etkili yeni bir antioksidanın testis torsiyonu oluşturulan ratlarda testis dokuları üzerine olan etkilerinin melatoninle karşılaştırılması", Türk Androloji Derneği, 2017.

Yayın

<% 1

44

DOMBAYCI, Mehmet Ali and ERCAN, Orhan. "ÖĞRETMEN ADAYLARININ BİLİMSEL OKURYAZARLIK ", Abant İzzet Baysal Üniversitesi, 2017.

Yayın

<% 1

45

www.egepediatrikongresi.com

İnternet Kaynağı

<% 1

46

library.cu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<% 1

47

www.sporbilim.com

İnternet Kaynağı

<% 1

48

KAVAKLI, Öznur, UZUN, Şenay and ARSLAN, Filiz. "Yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel

<% 1

davranışlarının belirlenmesi", Gülhane Askeri
Tıp Akademisi, 2009.

Yayın

49

TURAN, İbrahim. "DİN GÖREVLİLERİNİN
MESLEKİ YETERLİLİKLERİ", OMÜ İlahiyat
Fakültesi, 2013.

Yayın

<% 1

50

pt.scribd.com

İnternet Kaynağı

<% 1

51

ATEŞ, Elif and BİLGİLİ, Naile. "Omurilik
yaralanmalı bireye bakım verenlerde stresle
baş etme ve sosyal destek", Sade Ajans, 2013.

Yayın

<% 1

52

hal.archives-ouvertes.fr

İnternet Kaynağı

<% 1

53

www.seslisozluk.net

İnternet Kaynağı

<% 1

54

www.beypazarihaberajansi.com

İnternet Kaynağı

<% 1

55

ACAROĞLU, Rengin and ŞENDİR, Merdiye.
"Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme
skalaları", İstanbul Üniversitesi, 2012.

Yayın

<% 1

56

KARADAŞ, Ayşe, DURAN, Songül and DOĞU,
Özlem. "Servis sorumlu hemşirelerinin yönetsel
yeterlik düzeylerinin belirlenmesi: Balıkesir ve

<% 1

Sakarya örnekleri", Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017.

Yayın

57

ÇIRLAK, Ahu and ERDEMİR, Firdevs. "Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerin ebeveynlerinin rahatlık düzeyi", Atatürk Üniversitesi, 2013.

Yayın

<% 1

58

KURŞUN, Şerife and KANAN, Nevin. "Bakım davranışları ölçeği-24'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması", Atatürk Üniversitesi, 2012.

Yayın

<% 1

Alıntıları çıkart

Kapat

Eşleştirmeleri çıkar

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart

Kapat