

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

**HASTALARIN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

CANSEV BAL KAPLAN

**DANIŞMAN
PROF. DR. RENGİN ACAROĞLU**

**HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI**

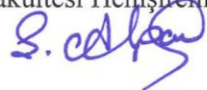
İSTANBUL-2015


TEZ ONAYI

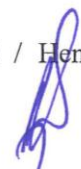
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Cansel Bal Kaplan tarafından hazırlanan Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.


25 / 11 / 2015

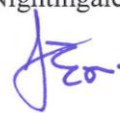
Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası
 1.Prof.Dr.Şule Ecevit Alpar Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi 

2.Prof.Dr.Rengin Acaroğlu (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

3.Prof.Dr.Merdiye Şendir İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

4.Doç.Dr.Hatice Kaya İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

5.Yard.Doç.Dr.Funda Büyükyılmaz İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi 

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Cansev Bal Kaplan

(İmza)



İTHAF

'Bu çalışmayı hayatımın en değerli varlıkları olan canım aileme ithaf ediyorum'

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her zaman rehberlik ederek ilgi ve desteğini esirgemeyen, mesleki gelişimime büyük katkı sağlayan tez danışmanım saygıdeğer hocam Prof. Dr. Rengin Acaroğlu'na,

Değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve aydınlatan başta Doç. Dr. Merdiye Şendir ve Doç. Dr. Hatice Kaya olmak üzere Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda görev alan tüm öğretim elemanlarına,

Lisans eğitimimden bu yana benden desteğini esirgemeyen ve yanımda olan Doç. Dr. Zeliha Koç'a,

Yüksek Lisans tezimi hazırlama sürecinde benden ilgi ve desteğini esirgemeyen ' Biricik Eşim' Nazmi Kaplan'a,

Hayatımın her anında destek ve sevgilerini yanımda hissettiğim, bana güç veren ve varlıkları ile hayatıma anlam katan canım aileme, özellikle annem Hatice Bal ve babam Tezcan Bal'a, yaşamımın her döneminde benden yardımını esirgemeyen ağabeyim Ata ve kardeşim Atakan'a,

Ve adını sayamadığım katkıda bulunan herkese en içten duygularıyla ve tüm kalbimle teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------|
| TEZ ONAYI | ii |
| BEYAN..... | iii |
| İTHAF..... | iv |
| TEŞEKKÜR..... | v |
| İÇİNDEKİLER | vi |
| TABLolar LİSTESİ..... | viii |
| SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ | ix |
| ÖZET | x |
| ABSTRACT..... | xi |
| 1.GİRİŞ ve AMAÇ | 1 |
| 2.GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1.Çağdaş Hemşirelik Felsefesi | 3 |
| 2.1.1.Hümanistik Varoluşçuluk..... | 4 |
| 2.1.2.Holizm | 5 |
| 2.2.Hemşireliğin Temel Kavramları | 6 |
| 2.2.1. İnsan Kavramı | 7 |
| 2.2.2. Sağlık/Hastalık Kavramı | 12 |
| 2.2.3. Çevre Kavramı..... | 15 |
| 2.2.4.Hemşirelik ve Bakım Kavramı | 17 |
| 2.3.Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı | 21 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM | 28 |
| 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi..... | 28 |
| 3.2. Araştırma Soruları | 28 |
| 3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı..... | 28 |
| 3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi | 28 |
| 3.5. Veri Toplama Araçları | 29 |
| 3.5.1.Hasta Bilgi Formu | 29 |
| 3.5.2.Yaşam Doyumu Algısı | 29 |
| 3.5.3.Bakım Doyumu Algısı..... | 29 |
| 3.5.4.Yaşam Yönelimi Testi..... | 29 |
| 3.5.5.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta Versiyonu | 30 |

| | |
|---|----|
| 3.6. Veri Toplamada İzlenen Yol | 32 |
| 3.7. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri | 32 |
| 3.8. Verilerin İstatiksel Analizi | 32 |
| 3.9. Araştırmanın Güçlü Yönleri..... | 33 |
| 3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları | 33 |
| 4. BULGULAR..... | 34 |
| 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular | 34 |
| 4.2. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algularına İlişkin Bulgular | 34 |
| 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular | 34 |
| 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular..... | 35 |
| 4.2. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algularına İlişkin Bulgular | 38 |
| 4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular | 39 |
| 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle BBS-B Toplam Madde Ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular | 46 |
| 5. TARTIŞMA | 47 |
| 5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 48 |
| 5.2. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algularına İlişkin Bulguların Tartışılması.. | 50 |
| 5.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması..... | 52 |
| 5.4. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması | 59 |
| KAYNAKLAR | 65 |
| FORMLAR | 78 |
| ÖZGEÇMİŞ | 87 |

TABLOLAR LİSTESİ

| | |
|--|----|
| Tablo 3-1: BBS-B Cronbach Alpha Değerleri | 31 |
| Tablo 4-1: Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=150)..... | 35 |
| Tablo 4-2: Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=150)..... | 36 |
| Tablo 4-3: Hastaların Hastalık ve Hastane Deneyimlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı (N=150)..... | 37 |
| Tablo 4-4: Hastaların BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=150)..... | 38 |
| Tablo 4-5: Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)..... | 40 |
| Tablo 4-6: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)..... | 42 |
| Tablo 4-7: Hastaların Hastalık ve Hastane Deneyimlerine İlişkin Görüşlerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)..... | 44 |
| Tablo 4-8: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=150)..... | 46 |

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ANA: American Nurses Association- Amerikan Hemşireler Birliği

BBS-A: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A

BBS-B: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası B

ICN: International Council of Nurses-Uluslararası Hemşireler Konseyi

SPSS: Statistical Package for the Social Science

TDK: Türk Dil Kurumu

THD: Türk Hemşireler Derneği

VAS: Visual Analog Scale-Görsel Analog Skala

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

YYT: Yaşam Yönelimi Testi

ÖZET

Kaplan, C.B. (2015). Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Alguları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları A.D. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma, hastaların bireyselleştirilmiş bakım alguları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile planlanarak gerçekleştirilen tanımlayıcı, karşılaştırmalı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırma evrenini, İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinin nöroşirürji kliniğinde yatan ve evine taburcu olan hastalar, örneklem grubunu ise araştırmaya katılmayı kabul eden 150 hasta oluşturdu. Araştırma verileri, “Hasta Bilgi Formu”, “Yaşam Doyumu Algısı”, “Bakım Doyumu Algısı”, “Yaşam Yönelimi Testi” ve “Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu (BBS-B) kullanılarak toplandı. Veriler, bilgisayarda, SPSS 22.0 paket programı ile değerlendirildi.

Hastaların BBS-B toplam madde ortalaması $4,02\pm 0,64$, alt boyutlarına ilişkin madde puan ortalamaları, sırasıyla, *Karar Verme Kontrolü* $4,16\pm 0,70$; *Klinik Durum* $4,10\pm 0,80$ ve *Kişisel Yaşam Durumu* $3,87\pm 0,72$ idi. Kadın hastaların ve kliniğe planlı şekilde yatan hastaların, BBS-B toplam madde puan ortalamasının, istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$). Hastaların, BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları ile Yaşam Doyumu Algısı arasında pozitif yönde ve zayıf derecede anlamlı bir ilişki ($p<0,05$), Bakım Doyumu Algısı arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0,01$).

Sonuç olarak, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algı puanlarının yüksek olduğu; cinsiyet, servise kabul şeklinin ve hemşirelerin tutumlarının bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediği; hastaların yaşam doyumu ve bakım doyumu algıları arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algılarının da arttığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: bakım, bireyselleştirilmiş bakım, bireysel özellikler.

ABSTRACT

Kaplan, C.B. (2015). Investigation of Individualized Care Perceptions of Patients and the Influencing Factors. University of Istanbul Institute of Medical Sciences, Department of Fundamental Nursing, Master's Thesis. Istanbul.

This is a descriptive, comparative and correlational study, designed to investigate the individualized care perceptions of the patients and the influencing factors.

The research population is formed by the patients who were hospitalized in the neurosurgical clinic of a university hospital and discharged home and the sample group is comprised of 150 patients who agreed to participate in the study.

Research data were collected by using "Patient Information Form", "Life Satisfaction Perception", "Care Satisfaction Perception", "Life Orientation Test" and "Individualized Care Scale- B, Patient Version (ICS-B). Data were evaluated on the computer by using SPSS 22.0 package program.

Average of total score of patients' ICS-B was $4,02\pm 0,64$, average scores for subscales were $4,16\pm 0,70$ for *Decisional Control*; $4,10\pm 0,80$ for *Clinical Situation* and $3,87\pm 0,72$ for *Personal Life Situation*. The average of total score of ICS-B for female patients and the patients admitted by planned hospitalization were found to be statistically significantly higher ($p<0,05$). The average of total score of ICS-B and the average of subscale scores were determined to have a positive and weakly significant relationship with Life Satisfaction Perception ($p<0,05$) and a positive and moderately significant relationship with Care Satisfaction Perception ($p<0,01$).

As a result, it was observed that individualized care perception of the patients displayed higher scores; gender, route of hospitalization and attitude of the nurses had influence on individualized care perception and also the perception of individualized care increased as life satisfaction perception and care satisfaction perception increased.

Key Words: care, individualized care, personal characteristics

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Hemşirelik, insanların sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme, hastalık halinde iyileştirme ya da yetersizlikleri ile baş etmesine yardımcı amaçlayan, bilim ve sanattan oluşan bir meslektir (Öztunç 2012; Topuksak ve Kublay 2010). Varoluş amacı ve temel işlevi insana yardım etmek olan hemşirelik, bu amaca, bağımsız işlevi olan ‘bakım’ eylemi ile ulaşır (Acaroğlu 2003; Ay 2013b; Babadağ 2010; Çoban 2006; Potter ve Perry 2009; Şahin 2006). İnsanlar, sağlık, esenlik, rahatsızlık, hastalık ve ölümle sonlanan yaşam deneyimlerinin herhangi bir noktasında, bakıma gereksinim duyarlar (Acaroğlu 2003, Babadağ 1997, Potter ve Perry 2009). Hemşirelik bu süreçte insanı, insanın doğasını, sağlık/hastalığa karşı yanıtlarını ve gereksinimlerini anlamaya ve bu gereksinimleri karşılamasına yardım eder. Hemşireliğin odak noktasını oluşturan insan, aynı zamanda hemşireliğin bilimsel çerçevesini belirlemeyi sağlayan temel kavramlarından biridir (Velioglu 2012).

Doğanın en karmaşık varlığı olan insana yaklaşımda, hemşireler nasıl bir tutum ve hangi değerlere dayalı davranış biçimini benimseyeceğini bilmek durumundadır (Babadağ 2010). Bu bağlamda hemşirelik davranışlarına rehberlik ederek yönlendiren hemşirelik felsefesidir (Acaroğlu 2003; Babadağ 2010). Hümanizm ve holizme temellenen çağdaş hemşirelik felsefesinde, insana yüklenen anlam ile birey; onuru, saygınlığı, bireyselliği, inançları, değerleri, tutumları, istekleri, tercihleri, beğenilerinin oluşturduğu eşsizliği, bütünlüğü ve hakları ile en yüce varlıktır (Babadağ 2010; Eskimez 2012; Kıvanç 2012). Hemşirelikte hümanizm akımının ağırlık kazanması ile birlikte hemşireliğin inanç ve değer sistemini oluşturan, düşünce ve uygulamalarına yön veren bireyselliğin, birey otonomisinin değeri anlaşılmış, çağdaş hemşirelik yaklaşımının düşünce yapısı oluşmuştur (Babadağ 2010). Bu bakış açısı, hemşireliğin amacına uygun yardım etmenin yanında bakım eylemlerinin temeli olan hemşirelik davranışlarını ve hizmetlerini de yönlendirmektedir.

Hemşireliğin odak noktasını oluşturan insan, biyo-fizyolojik, psikolojik yönleri kadar ailesi, grubu, ait olduğu toplum ve sosyal ilişkileri içinde bir bütündür ve bu bütünün sağlıklı kalabilmek için karşılanması gereken benzer gereksinimleri vardır. Ancak insan, gelişim süreci içinde, doğuştan getirdiği ve sonradan kazandığı, onu başkalarından ayıran yetenek, güdü, tutum, görüş, inanç, duygusal tepki, biliş biçimleri

ve karakter gibi özellikleri doğrultusunda kendine özgü, tek ve biricik bir birey olarak farklılaşır, bireyselleşir (Altıok ve ark. 2011; Öz 2010; Özcan 2006). Bu farklılaşma, onun yaşam deneyimleri ve davranışlarına yansiyarak sağlık/hastalığa karşı yanıtlarını da etkiler. Bakımda bireyselliğin sağlanması ve sürdürülmesi, bireyi diğer insanlardan ayrıcalıklı kılan ve bireyselliğini oluşturan bu özelliklerinin dikkate alınmasının yanı sıra kendisi ile ilgili kararlara katılımını gerekli kılar (Acaroğlu 2010). Bireyselleştirilmiş bakım, yalnızca bireysel özellikleri doğrultusunda hemşirelik eylemlerinin uyarlanarak bireyin bakımının verilmesi değildir, aynı zamanda bakım verilen hasta bireyin de hemşirenin bu yaklaşımını algılaması ve kendi bakımında bu algıları deneyimlemesi, hissetmesi ve geri bildirimler ile bunu ifade etmesidir (Suhonen ve ark. 2000a; 2005b; 2010b; 2010c)

Bireyselleştirilmiş bakım diğer taraftan, sağlık bakımı kalitesinin değerlendirilmesinde somut bir ölçüttür. Yapılan çalışmalarda, bakım bireyselleştirildiği ölçüde hasta bireyin bakımından doyum sağladığı ve memnuniyet düzeyinin arttığı görülmüştür (Acaroğlu 2003; 2010; Acaroğlu ve ark. 2007; Charalambus ve ark. 2010; Suhonen ve ark. 2005b; 2007b; 2007c; 2008b; 2012; Tekin 2011). Hastaların bireysellikleri dikkate alınarak sunulan hizmetin, onların bakış açısından değerlendirilmesinde, bakım algılarını etkileyen faktörlerin de bilinmesi önemlidir (Suhonen ve ark. 2006; 2008a; 2010a; 2010d). Nitekim literatürde, hasta özelliklerinin, bakımın algılanması, dolayısı ile bakım sonuçlarının değerlendirilmesi üzerinde önemli etkileri olduğu vurgulanmaktadır (Suhonen ve ark. 2006; 2010d).

Ülkemizde, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendiren çalışmalar mevcut iken, onların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen faktörlerin incelenmesine ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda, bu çalışma, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını ve bu algıları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Elde edilecek sonuçların, bireye özgü bakımın sunumunda, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyebilecek faktörlere ilişkin veri oluşturacağı, bunların dikkate alınması ile bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlanabileceği düşünülmüştür.

2.GENEL BİLGİLER

Hemşireliğin temel işlevi sağlıklı/hasta bireye yardım etmektir ve hemşireler bu yardımı bağımsız işlevleri olan ‘bakım’ eylemi ile gerçekleştirirler (Babadağ 2010; Çoban 2006; Şahin 2006). Birey sağlık, esenlik, rahatsızlık, hastalık ve ölümlerle noktalanmış dizgilerden oluşan yaşam deneyimlerinin herhangi bir noktasında, bakıma gereksinim duyar. Bu bağlamda hemşireliğe duyulan gereksinim evrenseldir (Acaroğlu 2003; Ay 2013a; Babadağ 1997; Potter ve Perry 2009).

Hemşirelik hizmetlerinin odağı insandır. İnsanın temel gereksinimleri benzerdir, ancak birbirinin aynısı olan iki insan yoktur (Köşgeroğlu 2013). Her insan, kendine özgü, tek ve biricik olarak farklılaşır. Nitekim, Virginia Henderson’ın da belirttiği gibi yardım etme işlevlerinde ve uygulamalarında hemşirenin, her bireyin gereksinimlerini ayrı ayrı değerlendirmesi ve o bireye özgü bakım verme sorumluluğunu üstlenmesi gerekir (Khorshid ve Arslan 2006; Köşgeroğlu 2013). Bu anlamda hemşirenin, insana bakışını şekillendiren, bakım davranışlarına rehberlik eden mesleki felsefesini anlaması, kavraması ve içselleştirmesi önemlidir. İnsana hizmet, onun yaşamına, onuruna, bireyselliğine, inançlarına, değerlerine, kararlarına ve akıl-beden-ruh bütünlüğüne saygı duyularak gerçekleştirilmeli, bireyselleştirilmelidir (Adıgüzel 2005; Alpar ve Ark.1997; Ay 2013b; Şahin 2006).

2.1.Çağdaş Hemşirelik Felsefesi

Felsefe, evrendeki her şeyi gerçekliğin içinde sistematik olarak düşünme, düşünce ürünlerinin sürekli olarak eleştirme çabası, bilgi ve bilgelik sevgisi anlamını taşır. Bir mesleğin değeri, doğası, tutumları, inançları ve fikirlerinin içerdiği prensipleri kapsar. İnsan düşünmeye, sorgulamaya başladığı zaman, felsefenin kapısını da aralamaya başlar. Düşünce düzeni ile faaliyet düzeni arasında sıkı bir ilişki var olup felsefe, aynı zamanda, insan etkinliklerine yol gösterir. Felsefenin temeli insan sevgisidir. Felsefe; hemşirenin evreni, dünyayı, ulusunu, kendini, hizmet götüreceği sağlıklı/hasta birey ya da diğer grupları ve hemşireliği tanımlamasında ve anlamasında bir araçtır (Demirdöven 2007; Köşgeroğlu 2013). Felsefe, insan ve topluma özgürce düşünmenin, sorgulamanın, farklı düşüncelere saygılı ve hoşgörülü davranmanın yolunu açar. Bu bağlamda hemşirelik felsefesi hemşirenin kişisel ve mesleki davranışlarını, tutumlarını ve tüm yaşamını etkiler (Alpar 2013; Özkan 2014; Şendir 2012).

Felsefeyle birlikte insan, dünyayı değilse de öncelikle kendini değiştirebilir. Hemşirelik için değişim ise deneyimlere dayalı kararlardan, kanıta dayalı karar verme bilincini geliştirmektir (Alpar 2013; Demirdöven 2007; Kahraman 2008). İnsanın var olmasından daha önemli olan şey, onun bu varoluşuna neler kattığı ve varoluşunu hangi anlam ve değerlerle gerçekleştirdiğidir (Babadağ 2010).

Hemşirelik, tarihi gelişim sürecinde; “Asetizm”, “Romantizm”, “ Pragmatizm” gibi farklı felsefi akımların etkisinde kalmış, ancak günümüzde çağdaş hemşirelik felsefesini oluşturan “Hümanizm” ve “Holistik” bakış açısını olgunlaştırarak hemşireliğin bilim ve sanat boyutuna yansıtılmıştır.

2.1.1.Hümanistik Varoluşçuluk

Hümanizm, insan varlığına ilginin ağırlıklı olduğu bir düşünce şekli olup her birey için kendine özel olmayı, eşsizliği vurgular. Varoluşçuluk ise gerçekliğin insanın aklında var olduğunu kabul eden bir modern felsefi görüştür. Hümanizm, insanı tanıma, anlama, empati yapma, önemseme, bireysel yaklaşım gibi kavramları temel alarak insanın kendine örnek seçtiği bir başka insanda, bütün insanlığı görerek, severek, insanlığı insanlık yolunda daha ileri götürecektir işler yapmasıdır. 1980’li yıllarda, hemşirelikte bu felsefi akımın ağırlık kazanması ile birlikte hemşirelik mesleği için yeni bir dönem başlamış, bu bakış açısı ile çağdaş hemşirelik yaklaşımının düşünce yapısı oluşmuştur (Köşgeroğlu 2013; Özkan 2014; Şendir 2012).

Hümanistik varoluşa göre, bakım verme ve yardım etme sürecinde bilgi, yaratı, estetik ve sezgisel yaklaşımı içeren bir adanmışlık söz konusudur. Her insan, yeni iç görüler kazanmaya, yeni fikirler geliştirmeye ve problemleri çözmeye yardımcı olan iki doğal kaynağa sahiptir. Bunlardan birincisi bilinçli bir akıl yürütme olmaksızın bilebilme gücü olan ‘sezgi’, diğeri ise güzelliği alıp uygulama yeteneği olan ‘estetik’ duygusudur. Bunu fark edebilmek bir emek ve ayrıcalık gerektirir (Alpar 2013; Köşgeroğlu 2013; Özkan 2014). Hemşireliğin inanç ve değer sistemini oluşturan, düşünce ve uygulamalarına yön veren hümanistik yaklaşım ile bireyselliğin, birey otonomisinin değeri anlaşılmış, bakım veren ve alan kişiler arasında üretken, terapötik ilişki, iletişim gibi birçok alt kavramlar hemşirelik bilimi içerisinde yerini almıştır (Babadağ 2010).

2.1.2.Holizm

Holizm, yaşıyan organizmanın parçalardan oluştuğunu, bütünü parçaların toplamından daha büyük ve karmaşık olduğu esasına dayanan bir düşünce yapısıdır. Bu bağlamda holizm, insanın bir bütün olduğunu ve birbirinden ayrılamaz olan parçaların tek başına alınmasının doğru sonuçlar veremeyeceğini savunur (Metz 2012). İnsanın bütünlüğü düşünüldüğünde, tüm boyutlarının dengeli olması durumunda sağlıklı olmasından söz edilebilir (Kostak 2007).

Geçmişte sağlık bakımında hastalık odaklı görüş hakim olup bireyin ruhsal boyutu yalnızca dinsel bağlantılarla sınırlı kalarak değerlendirilmiştir. Günümüzde ise bütün bilim dalları insana “holistik” yaklaşımı savunmakta ve insanı bir bütün olarak ele alma eğilimindedirler. “Holistik Bakım” terimi 1980 yılında Rogers, Parse, Newman gibi hemşire kuramcılarla hemşirelik literatürüne girmekle birlikte, tarihsel süreçte hemşireler bireylere geleneksel olarak holistik bir yaklaşım içinde bakım vermişlerdir (Ergül ve Bayık 2004). Beden, akıl ve ruh (spirit) arasında çok sıkı ilişki olduğunu kabul eden holistik bakım felsefesinde, insanın her boyutunun kendine özgü tek olmakla birlikte aynı zamanda birbirlerine bağlı olduğu vurgulanmaktadır (Khorshid ve Arslan 2006). Holistik bakım bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve spiritüel gereksinimlerine yanıt olarak yorumlanmaktadır (Ormsby ve Harrington 2003). Bireylere sağlık bakımının holistik bir yaklaşımla verilmeye başlanmasıyla, insanın görünür somut özellikleri kadar görünmeyen soyut özelliklerinin de dikkate alınarak değerlendirilmesi önem kazanmıştır (Köşgeroğlu 2013; Özkan 2014).

Amerikan Holistik Hemşireler Birliği iyi sağlığı, vücut, beyin ve ruh arasındaki uyum düzeyi olarak tanımlamaktadır. Bu nedenle, bireyin varlığının tüm boyutlarının bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde, hemşirelerin tüm bu alanların bakımını sağlayacak şekilde hazırlıklı olması gerekmektedir (Ergül ve Bayık 2004). Akıl, beden ve ruh arasında uyumsuzluk yaşandığında, hemşirelerin bireyin kaygılarını dinlemesi ve empatik bakım girişimlerinde bulunması; hastaların ağrı ve anksiyetesini azaltması, fizyolojik, psikolojik ve mental rahatlık sağlanması, bireyin kendini güçlü hissetme duygusunu ve yaşam kalitesini artırmasından dolayı, önemlidir (Yılmaz 2011).

Hemşirelerin mesleki değerlerinin ve hemşirelik hakkındaki inançlarının tümleşmesi ile oluşan çağdaş hemşirelik felsefesi; insan, sağlık/hastalık, çevre/toplum gibi temel kavramlar hakkındaki inanç temelleri üzerine kurulmakla beraber;

sağlıklı/hasta bireyin inançları, değerleri, tutumları, alışkanlıkları, tercihleri ve haklarını dikkate alarak, bireyin bireyselliğine, eşsizliğine, değerliliğine, bütünlüğüne, yaşamının kutsallığına saygı duyarak bakım vermektir (Babadağ 2010; Eskimez 2012; Şendir 2012).

Türk Hemşireler Derneği tarafından kabul gören hemşirelik felsefesi;

“Hemşirelik, bireylere ve ailelere verilen bir hizmettir. O nedenle toplumsal bir kurumdur. Toplumsal sorunlar ve yapılar sürekli değiştiği için hemşireliğin işlev ve rolleri de değişmektedir. İşlev ve roller değişmesine karşın, hemşirelik hizmetleri toplumun temel ihtiyaçlarına yanıt verme ilkesini sürekli korumaktadır” inancı ile hemşirelik felsefesinin ilkelerini şöyle sıralamıştır:

- Hemşirelik, kendine özgü bilgi ve olguları içeren bağımsız bir sağlık disiplindir.
- Hemşirelik mesleği topluma hizmet götürme işlevinde diğer sağlık meslekleri ile sıkı bir iş birliğine inanır.
- Hemşirelik, bireyin sağlıklı ortamda yaşamaya hakkı olduğuna inanır.
- Hemşirelik, sağlıktan sapmalar olduğunda bireyin optimal sağlık bakımını almaya hakkı olduğunu savunur.
- Hemşirelik bireyin kendine özgü özellikleri, kişiliği ve bütünlüğü içinde hak ve mahremiyetine saygı duyar (www.turkhemsirelerderneği.org.tr).

Hemşireliğin bilimsel boyutunun olduğu kadar, sanat boyutunun da olgunlaşmasında en önemli yapı taşı olan çağdaş hemşirelik felsefesinde temel nokta, insanı tanımak, insan davranışlarını doğru anlamak, insanı bütünlüğün ötesinde bir bütün olarak anlamak, insanın bireyselliğini kabul etmek, yaratıcılığını ve baş etme yeteneklerini görebilmek, derin bakabilmek, tanıma sürecinde empati yeteneğini kullanarak hümanistik ve holistik değerler doğrultusunda yardım etmektir (Köşgeroğlu 2013; Özkan 2014).

2.2.Hemşireliğin Temel Kavramları

Hemşirelik, geçmişten günümüze, sosyal, kültürel ve teknolojik değişimlerle kendini yenilemeyi başaran, birey, aile ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme, hastalık halinde iyileştirme ya da yetersizlikleri ile baş edebilmesine yardım etmeyi amaçlayan, bilim ve sanattan oluşan uygulamalı bir sağlık disiplindir (Babadağ 2010). Hemşireliğin bilimselleşme sürecinin ivme kazandığı yıllarda, hemşireliğin

üzerine temellendiği, kendine özgü bilgi içeriğinin çerçevesini açıklayan kavramlar insan, çevre, sağlık/hastalık ve hemşirelik olarak belirlenmiştir. Aynı zamanda, eğitim, uygulama ve araştırmaları da yönlendiren bu kavramlar, hemşireliği diğer bilimlerden ayıran metaparadigmalardır (Velioğlu 2012).

2.2.1. İnsan Kavramı

Hemşirelikte değişmeyen ve mesleğin odak noktasını oluşturan “insan” kavramıdır (Baykara 2010; Orgun ve Khorshid 2009; Öztunç 2012). Hemşirelik insanı, sağlık ve hastalıkta doğumundan ölümüne kadar geçen sürede anlamaya temellenmiştir. Bilim ve sanattan oluşan hemşirelik mesleğinin, toplumda varoluş nedeni, insan varlığını bir bütün olarak ele alabilmek ve onu tüm yönleriyle tanımlayabilmektir (Velioğlu 2012).

Tüm sağlık uygulamalarının ve kuramlarının temelini insan, insanın doğası, tepkileri ve ihtiyaçları oluşturmaktadır. İnsan kavramı farklı disiplinlerde farklı yönleri ile tanımlanmıştır.

Fizyolojik açıdan, milyonlarca hücreden oluşan karmaşık bir organizma olarak tanımlanan insan, antropolojide “doğada seçkin ve ayrı bir yeri olan varlık” olarak açıklanmaktadır (Ay 2013b; Mete 2012; Öz 2010).

İnsan, Türkçe sözlükte; memelilerden, iki eli olan, iki ayak üzerinde dolaşan, sözle anlaşılan, akli ve düşünme yeteneği olan, toplum halinde bir kültür çerçevesinde yaşayan, düşünme ve konuşma yeteneği olan, evreni bir bütün olarak kavrayabilen, bulguları sonucunda değiştirebilen ve biçimlendirebilen en gelişmiş canlı olarak tanımlanmıştır (TDK 2015).

İnsan beden ve bilinçten oluşan bir bütün varlık olarak da tanımlanabilir. İnsan yaşamı boyunca sürekli gelişme içindedir ve bu gelişim içinde bazı nitelikler göstermektedir. Bunlar:

Doğumsal Nitelikler: Biyolojik yapısı gereği her insanda bazı doğal gereksinimler ve bunlara dayalı dürtüler vardır. Her insan organizma olarak havasızlığını, susuzluğunu, açlığını, yorgunluğunu, uykusuzluğunu, fiziksel güvensizliğini ve cinsel açlığını gidermek zorundadır. İnsan bu yönleriyle diğer canlılardan farklı değildir. Ancak insan zekaya sahip olan ve zekaya dayanarak eylemde bulunan bir varlıktır (Velioğlu 2012). Bu bağlamda insanı diğer canlılardan ayıran en

önemli özellik kendine özgü eşsiz ve yeri doldurulamaz bir varlık olmasının yanında, içinde bulunduğu dünyayı açıklamaya ve anlamlı hale getirmeye çalışan bir varlık olmasıdır. İnsan sahip olduğu bu özelliği sayesinde doğal ihtiyaçlarını gidermede içgüdüsel davranışlara daha az başvurur hale gelmiş ve ihtiyaçları gidermede, daha etkili bulunduğu davranışları tekrarlayarak zamanla sonradan kazanılmış davranış örüntülerini geliştirmiştir (Köşgeroğlu 2013; Öz 2010; Velioğlu 2012).

Kültürel Nitelikler: İnsan doğduğu toplumda bilinçli ya da bilinçsiz olarak çevresiyle etkileşimi sonucunda edindiği deneyimlerle yeni nitelikler kazanır, bu nitelikler kültürel niteliklerdir. İnsan gereksinimlerini gidermede kullandıkları davranışları kuşaktan kuşağa kültür mirası olarak aktarır. Bunlar örfler, gelenekler, değerlerdir. Bunlarda toplumlar arasında farklılık gösterir ve bu kültürel nitelikler ile insan toplumsallaşır (Velioğlu 2012).

Gizil Nitelikler: İnsan bütün kalıplaşmalara rağmen yavaş da olsa değişim içine girer, geçmişte kazanılmış niteliklerini aşarak gizil niteliklerini açığa çıkarır. Bireyi toplumsal gerçeğin hem ürünü hem de parçası yapan toplumsallaşma süreci, belli bir kalıp ile değil karşılıklı etkileşim ile olur yani ucu acık bir süreçtir. Birey olarak insan sürekli gelişim içindedir (Öz 2010; Velioğlu 2012).

İnsan, içinde bulunduğu duruma uyum sağlayan bir varlıktır. İnsanın, hayatını tehdit eden durumlara karşı koyma ve kendini dengede tutma yeteneği vardır (Köşgeroğlu 2013; Öz 2010; Velioğlu 2012).

İnsan çevre içinde yaşayan, çevreyi kendine uyumlu hale getirebilen, sağlık/hastalık çizgisi içinde hareket eden, sağlığı geliştirme ve hastalıkların iyileşmesinde sağlık bakım profesyonellerinin yardım ve desteğine ihtiyaç duyan; biyolojik, fizyolojik, psikolojik, sosyal, kültürel, politik ve ekonomik boyutları olan bir bütündür (Ay 2013b, Mete 2012; Öz 2010).

İnsanın Biyo-Fizyolojik Boyutu: İnsan, hücre-doku-organ sistemlerinden oluşan bir organizmadır ve bu yapılar arasındaki iletişim, sinir sistemi ağı ile kurulmaktadır. Organizmanın bu fonksiyonu, negatif geribildirim (feed-back) mekanizması ile denetlenmektedir. Bu denetimde endokrin sistem en önemli görevi üstlenmektedir. Bu etkileşimde organizma homeostazis olarak tanımlanan iç ve dış dengenin sağlanmasından sorumludur (Birol 2009).

İnsanın biyolojik yapısı onu diğer canlılardan ayıran temel özelliğidir. Beden yapısı olarak bütün insanlar ayrı görünüştedirler. Bu farklılık, toplumlar arasında hatta aile içinde bile görülebilir. Sadece bazı özellikler belli toplumlarda, aynı coğrafi yapıda ve aile içinde benzer olabilir. Bu bağlamda, insanlar arasındaki bireysel farklılıklar incelendiğinde; çevrenin etkisi ve soya çekim üzerinde durulmuştur. Aynı atadan gelen insanların yalnız bedensel yapısı yani biyolojik yapısı değil, psikolojik yönden de benzer özellikler gösterdikleri belirlenmiştir (Cüceloğlu 1996; Öz 2010).

İnsanın Psikolojik Boyutu: Değerler, kişilik, huy, motivasyon, istek/isteksizlik, tepkiler ve algılama bireyin psikolojik yönü ile ilişkilidir. İnsan bu özellikleri ile bir toplum içinde yaşar, toplumun bir parçası olur (Ay 2013b). İnsan evren içindeki konumunda tüm canlılar gibi biyolojik ve fizik elemanlardan kurulu bir çevrede yaşarken, diğer canlılardan farklı olarak, toplumsal ortamda, sosyal bir çevrede yaşamak zorundadır. Diğer canlılarla çevre ilişkisi daha çok fizyolojik gereksinimlerin doyumuna dayandırılmıştır. İnsanın çevre ile ilişkisi, fizyolojik gereksinimlerle birlikte, psiko-sosyal gereksinimlerle örüntülü bir nitelik kazanmıştır (Ay 2013b; Öz 2010).

İnsanın psikolojik özellikleri;

- Kişilik, huy, motivasyon
- Duygusal tepkiler ve duygusal durum (kızgınlık, öfke, neşe vb.)
- Bireysel özellikler (Kendilik anlayışı, kimlik, beden imajı, özgüven, rol vb.)
- Zeka,
- Çalışma istek ve isteksizliği,
- Bilgi edinme istek ve motivasyonu şeklinde sıralanabilir (Ay 2013b).

İnsanın Sosyal Boyutu: İnsan doğanın ürkütücü gücü ile baş edebilmek için diğer insanlarla bir araya gelerek toplumları oluşturmuştur. Sosyal bir varlık olarak insan, toplumun bir parçasıdır. Birey olarak insan, ancak toplumsal ilişkileri ile varlığını ortaya koyar. Bireysiz toplum olmayacağı gibi toplumsuz da birey olmaz (Ay 2013b; Velioğlu 2012). Sosyalleşme ‘bireyin kendi kümesi ya da kültürü içinde yaşayanlar gibi davranmasını öğrenmesidir’, yani toplumla etkileşimidir (Velioğlu 2012). Pek çok kültürde birçok kişi için ilk toplumsallaşma kaynağı toplumun temel davranış biçimlerini öğreten ailedir. Okul gibi kurumlar da toplumsallaşmanın kaynaklarından

olup, toplum içinde yaşamı sürdürebilmek için gerekli becerilerin bazılarının kazanılmasında kişiyi yetiştirir ve sosyalleşme süreci bu şekilde bir ömür boyu devam eder (Biol2009; Cüceloğlu 1996; Velioğlu 2012).

İnsanın Kültürel Boyutu: Kültür bir toplumun üyesi olarak insanoğlunun öğrendiği bilgi, sanat, gelenek, görenek, yetenek, beceri, alışkanlıklar ve paylaşılan değerleri içeren karmaşık bir bütündür (Velioğlu 2012). İnsan doğduğu toplumda bilinçli ya da bilinçsiz çevresi ile iletişim ve etkileşimi sonucunda edindiği yaşantılarla kültürel niteliklerini kazanır, gereksinimlerini gidermede kullandığı davranışları kuşaktan kuşağa aktarır. Bu bağlamda, her bir insanda öğrenilmiş davranışların bütünü gelişir, toplumdaki adetler, örfler, gelenekler, değerler gibi hazır bulunan kültürel miras alınır (Ay 2013b; Birol 2009; Öz 2010; Velioğlu 2012). Bireyin göç durumu, dini, etnik yapısı, iletişim özellikleri, toplum içindeki rol ve görevleri, sağlığı ve hastalığı nasıl algıladığı, sağlığı koruma ve geliştirme davranışları, hastalıklarla baş etme uygulamaları, ekonomik durum, aile yapısı, cinsiyet rolleri, evlilik örüntüleri, cinsel davranış, önleyici örüntüler, nüfus politikası, hamilelik ve doğum pratikleri, vücut imajındaki değişiklikleri, beslenme, giyinme, kişisel hijyen, konut düzenlemeleri, genel sağlık düzenlemeleri, meslekler, alışkanlıklar, kültüre bağlı stres, madde kullanımı, boş zaman alışkanlıkları ve kendi kendine tedavi stratejileri ve terapilerin sağlığı etkileyen kültürel özellikleri arasındadır (Öz 2010; Tanrıverdi ve ark. 2009). Bu bağlamda, her insan, kültürün bir ürünü olarak uyum gösterir ve kültürüne uygun bir şekilde hareket etmek ister. İnsan, üyesi olduğu gruba ait kültürün bir varlığı olarak hareket edebileceği gibi onun taşıyıcısı onu kullanan ve onun yaratıcısı olarak da rol alabilir. Toplumun insan üzerindeki etkisi ne denli yoğun olursa olsun yine de kişinin kendi küçük dünyasında olup bitenler onun için öncelik taşır (Ay 2013b; Birol 2009; Velioğlu 2012). Temel alanı insana yardım olan hemşirelik hizmetinin sunumunda, her insanın kendine özgünlüğünü oluşturan kültür zenginliği, estetik- güzellik arayışı ve yaşama biçimi ayrı ayrı değerlendirilmelidir (Birol 2009).

İnsanın Politiko-Ekonomik Boyutu: Tüm ülkelerde politika, dolayısı ile yasalar ve ekonomik etkenler bireysel yaşam koşullarını ve niteliğini önemli derecede etkiler. İnsanın temel gereksinimlerini karşılaması, toplum içinde yaşamını şekillendirmesi ve sosyalleşmesi için maddi güce gereksinimi vardır. İnsanın, davranışları, sosyal yapısı, mesleki grupları ve çalışma şartları hayatını genişletmekte ya

da daraltmaktadır. Bu etkenler nedeniyle bireyin sağlık/hastalık ihtiyaçları, tutum ve davranışları etkilenmektedir (Cüceloğlu1996; Öz 2010).

Hemşirelik birey ya da toplumların sağlık ve hastalıkları ile ilgili gereksinimleri saptar ve bu gereksinimleri karşılamada yardımcı olur. Birçok hemşire kuramcı, insan kavramı üzerinde durmuş, kuramlarında insanı açıklamaya çalışmıştır.

Orem'e göre insan, biyolojik, sembolik ve toplumsal işlev gören bir birimdir. İnsan ve çevre birbirleriyle bir bütün oluştururlar ve bunların birindeki değişiklik öz bakım sistemini etkileyebilir (Velioğlu 2012).

Henderson'un insan kavramı; biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ahlaki bileşenler üzerinde temellenmiştir. İnsanı tanımak ve gereksinimlerini bilmek önemlidir. Akıl ve beden ilişki içindedir ve birini etkileyen durum diğerine de yansır (Mete 2012; Velioğlu 2012).

Abdellah, insanı fiziksel, bedensel, emosyonel gereksinimleri olan bir varlık olarak tanımlamıştır. Hasta bir bütündür, sorunları onun parçalarıdır (Mete 2012).

Peplau'ya göre insan; gereksinimlerinin doğurduğu gerilimi kendine özgü bir biçimde azaltmaya çalışan bir organizmadır (Velioğlu 2012).

Rogers'a göre insan; birleşmiş bir bütünlüğe sahiptir ve parçaların toplamından daha fazla ve farklı özellikler gösterir (Velioğlu 2012).

Weidenbach insanı, kişisel özgürlüğe sahip olan, sorumluluklarını yerine getiren, fırsatları en iyi şekilde kullanan, kendisini gerçekleştirebilen bir varlık olarak tanımlamıştır (Mete 2012).

Travelbee'ye göre hem hemşire hem de hasta insandır. Bir insan var olan, gelişen, değişen, sürekli bir süreç olan, eşsiz ve yeri doldurulamaz bir varlıktır (Mete 2012; Velioğlu 2012).

Roy insanı, bir sistem olarak tanımlamada "holistik" ve "adaptasyon" terimlerini kullanmıştır. İnsan; sürekli değişen, çevresel uyaranlarla etkileşimde bulunan, uyum gösteren bir sistemdir (Velioğlu 2012).

2.2.2. Sağlık/Hastalık Kavramı

Sağlık kavramı evrensel olmasına rağmen, anlamı bireye ve topluma göre farklılık gösterebilir (Ay 2013b). Sağlık, fiziksel gücün önemini vurguladığı kadar sosyal ve bireysel kaynakların önemini de vurgular. Sağlık, bireyin ya da grubun istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, çevre ile baş edebilme ve değiştirebilme düzeyidir (Velioğlu 2012). Bu nedenle, sağlık yaşamın bir amacı olmakla birlikte günlük yaşamın da kaynağıdır. Fiziksel, duygusal, sosyal ve siritüel etmenleriyle sağlık çok boyutlu bir kavramdır (Öz 2010).

Sağlık kavramını biyolojik, psikolojik ve sosyolojik olarak tanımlamak mümkündür (Ay 2013b; Velioğlu2012).

Biyolojik olarak sağlık; bedenin her bir hücresinin optimum kapasitede işlev gördüğü ve hücreler arası uyumun var olduğu bir durumdur (Ay 2013b; Birol 2009; Çakırcalı 2000).

Psikolojik olarak sağlık; bireyin beklenmedik bir durumla karşılaştığında, yaşadığı duyguları ve geliştirdiği başa çıkma yöntemleri ile duruma ve çevresine uyum sağlayabilmesidir (Ay 2013b; Birol 2009; Çakırcalı 2000).

Sosyolojik olarak sağlık, bireyin kendisinden beklenen rol ve sorumlulukları yerine getirebilmesi, çevre ile olumlu ilişkiler kurabilmesidir (Ay 2013b; Birol 2009; Çakırcalı 2000).

Fizyolojik fonksiyonları yeterli, sosyal yaşantısı düzenli, üretken, duygu ve düşüncelerinin farkında olan ve bunları yeterince ifade edebilen, entelektüel becerilere sahip birey sağlıklı kabul edilir (Ay 2013b; Çakırcalı 2000; Öz 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı, ‘Yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; fiziksel, mental ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir’ biçiminde tanımlamıştır (Ay 2013b; Birol 2009; Öz 2010; Velioğlu2012). Bu tanımdaki iyilik halinin tam olarak ne anlama geldiği ve iyilik halinin dereceleri var mıdır? sorularını akla getirmektedir. Bu bağlamda, sağlık kavramı subjektif ve objektif olarak tanımlanabilir (Birol 2009).

Subjektif Sağlık: Bireyin kendisini fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden algılaması halidir. Bu bakış göre açısına birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı algılayabilir.

Objektif Sağlık: Fizik muayene ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmaması durumudur.

Bu durumda, bir kişiye sağlıklı diyebilmek için; hem bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekir (Ay 2013b; Birol 2009).

Sağlık ve hastalık kavramları her zaman birbirini çağrıştıran kavramlar olmuştur. Hastalık, vücut organ veya sistemlerinin normal fonksiyonlarını yapamaması sonucu biyolojik ve fizyolojik değişimi olarak tanımlanmasının yanında psikolojik yönden bireyin beklenmedik bir durumda duyguları ile duruma karşı gösterdiği tepkileri olarak tanımlanmaktadır. Bu bağlamda hastalık yalnızca fizyolojik değil aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur (Ay 2013b; Mete 2012).

Hastalık yalnızca bir rahatsızlık sürecinin var olması değil, aynı zamanda fiziksel, psikolojik, entelektüel, sosyal, gelişimsel ve sipiritüel olarak gerileme veya azalmanın meydana gelmesidir (Ay 2013b, Mete 2012). Çok boyutlu bir kavram olan hastalık yalnızca yaşam süresini değil, aynı zamanda yaşam kalitesini de olumsuz etkileyerek, bireyin çevresi ile uyumunu, etkileşimini, üretkenliğini, verimliliğini ve iç dengesini bozar (Ay 2013b; Birol 2009).

Hasta olma, bireyin önceki durumu ile karşılaştırıldığında, durumunda fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal, gelişimsel veya sipiritüel sorunların olmasıdır. Bu bağlamda hastalık ve hasta olmak birbirinden farklı kavramlardır. Kişinin herhangi bir hastalığı olsun ya da olmasın kendini hasta hissedebilir. Hasta olan bireylerin davranışları, kendi vücutlarını algılama, hastalık semptomlarını tanımlama ve yorumlama ile ilişkilidir (Ay 2013b; Mete 2012; Öz 2010).

İnsanların sağlık/hastalık davranışları iç ve dış değişkenlerinden etkilenebilir. Hastalığın semptomlarının nasıl algılandığı, hastalığın insanın günlük yaşamını nasıl etkilediği, yaşam yönelimleri gibi özellikler, insanın hastalık davranışlarını etkileyen iç değişkenleri; bireyin sosyal grubu, kültürel birikimi, ekonomik değişkenleri ve sosyal destek sistemleri gibi özellikleri insanın sağlık/hastalık davranışlarını etkileyen dış değişkenleridir (Ay 2013b; Gündoğdu ve ark. 2005; Mete 2012).

Hastalığın Birey ve Aile üzerindeki Etkileri

Her birey hastalığına ve tedavisine farklı biçimlerde yanıt verir (Öz 2010). Bireyin hastalığa karşı tutumunu etkileyen birçok faktör vardır. Bunlar; yaş, kişilik yapısı, duygusal durumu, dini inancı, ailedeki ve toplumdaki rolü, hastalanmadan önceki sağlık durumu, sağlık ve hastalığa ilişkin algılarını içeren bireysel faktörler; kültürel çevre, hastalıkla ilgili yaşantı, çağdaş tıp ve yöntemleri konusunda bilgi, içinde yaşadığı toplum ve maddi kaynakları içeren faktörlerdir (Ay 2013b; Mete 2012). Hastalık halinde bireyde davranışsal ve emosyonel değişikliklerin yanında bireyin ailedeki rolleri ve dinamiklerinde, beden imajında, benlik kavramını algılamasında da değişiklikler yaşanır (Ay 2013b; Öz 2010).

-Davranışsal ve Emosyonel Duruma Etkisi: Bireyin davranışları hastalığın doğası ve bireyin tutumlarına göre değişiklik gösterir. Kısa süreli ve yaşamı tehdit etmeyen hastalıkların birey ve aileye etkileri az olurken, uzun süren ve yaşamı tehdit eden kronik hastalıklar, birçok davranışsal ve emosyonel değişime neden olur. Hastalığın tanısının öğrenilmesi ile beraber birey; anksiyete, şok, inkar, öfke ve içe kapanma gibi tepkiler gösterir. Bu tepkiler hastalık stresine karşı ortaya çıkan cevaplardır. Hastalık bireyin otonomisini, yeterliliğini, bağımsızlığını, üstlendiği rolü yerine getirmesini, öz benlik saygısını tehdit eden bir durumdur (Ay 2013b; Mete 2012; Öz 2010).

-Aile Roller ve Dinamiklerine Etkisi: İnsanlar yaşamları boyunca hem meslek hem de aile yaşantılarında, baba, eş, çocuk, yönetici, karar verici gibi rollere sahiptirler. Hastalık halinde bu rollerde değişim olur ve aile bireyleri değişen bu rollere uyum sağlamaya çalışırlar. Bu durum stres ve çatışmalara yol açarak aile dinamiklerinin bozulmasına neden olabilir. Birey ve aile değişen rolleriyle başa çıkmak için özel bir rehber ya da danışmanın yardım ve desteğine ihtiyaç duyabilirler (Ay 2013b; Mete 2012).

-Beden İmajına Etkisi: Beden imajı, fiziksel görünümün subjektif bir ifadesidir. Bazı hastalıklar fiziksel değişikliklere neden olur. Her değişimin, her birey için anlamı farklı olduğundan birey ve ailesi de bu değişikliklere farklı tepkiler gösterirler. Genel olarak birey; şok, inkar, geri çekilme (pazarlık), bilgilenme, kabul ve rehabilitasyon aşamalarını geçirir. Birey ve ailenin beden imajındaki değişikliklere tepkisi; değişimin

tipine (kol, özel bir duyu, organ vb.), değişime uyum sağlayabilme kapasitesine, değişimin oluşum hızına, destekleyenlerin varlığına bağlıdır (Ay 2013b; Mete 2012).

-Benlik Kavramına Etkisi: Benlik kavramı; bireyin kendisini nasıl algıladığı, zayıf ve güçlü yanlarına nasıl baktığını yansıtan bireyin zihnindeki imajıdır. Benlik kavramı beden imajı ve rollerle ilişkilidir. Hastalığı nedeniyle benlik kavramı değişen birey, ailenin beklentilerini karşılayamaması nedeniyle yorgunluk, gerginlik, çatışma deneyimleyebilir ve bu durum tüm aile bireylerini olumsuz yönde etkileyebilir (Ay 2013b; Mete 2012).

2.2.3. Çevre Kavramı

Çok yönlü bir varlık olarak tanımlanan insan; biyolojik, fiziksel ve sosyal çevre içinde etkileşim halinde yaşar. İnsanın dışındaki her şey çevreyi oluşturur. Çevre sözlükte “organizmanın gelişmesini ve yaşamını etkileyen dış koşulların ve etmenlerin tümü” olarak tanımlanmış olup, insanın duyu organları ve sinir sistemi yolu ile içsel ve dışsal kaynaklardan sürekli mesaj alışverişinde bulunduğu dinamik bir ortamdır (Ay 2013b; Velioğlu 2012). Çevre; bireyin algılamasını, davranışlarını, büyüme gelişmesini etkileyen kültürel, gelişimsel, fiziksel ve psikososyal durumları gösterir (Öz 2010). İnsan yaşamında, içinde doğup büyüüp geliştiği sağlıklı fiziksel çevrenin yanı sıra psiko-sosyal çevrenin de insanın gelişimini destekler nitelikte olması gerekmektedir (Ay 2013b). Çevre ve insan arasındaki etkileşim sürekli, karşılıklı ve eş zamanlıdır. Bu bağlamda;

- Her insan sağlığını etkileyen pek çok etkenin bulunduğu doğal ve sosyal çevrede tüm işlevlerini sürdürür,
- Çevresel faktörlerin eksikliği ya da fazlalığı olumsuz etki yapar,
- İnsanın çevresindeki herhangi bir faktörün eksikliğinden ya da fazlalığından etkilenme derecesi kalıtsal özellikler, direnç, duyarlılık, uyum, biyolojik ve sosyo- kültürel farklılıklar gibi bireysel özelliklere bağlıdır (Ay 2013b).

Çevre insanın iç ve dış dünyasıdır. İç çevre, bireyin fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve siritüel fonksiyonlarını, dış çevre ise bu fonksiyonları etkileyen su, ısı, hava gibi fiziksel çevre ve sosyal, ekonomik, politik sistemleri içeren dış faktörleri kapsar. Bu nedenle iç ve dış çevredeki değişiklikler sonucunda insanların fiziksel ve

ruhsal dengeleri bozularak sorunlar meydana gelebilir (Ay 2013b; Mete 2912; Öz 2010, Velioğlu 2012).

Fiziksel Çevre: Yapay çevre olarak adlandırılan fiziksel çevre, hava kirliliği, su kirliliği, yiyecekler, gürültü, ışık, çöpler ve doğayı bozan sıkıştırılmış yapılar gibi dış çevrede var olan faktörleri kapsar.

Çevre ve sağlık ilişkisi iki yönlü düşünülmelidir. Uygun olmayan çevre insan sağlığı için tehdit oluştururken, insanlar da çevrelerini sağlık için olumsuz biçimde değiştirebilirler (Ay 2013b; Mete 2012).

Biyolojik Çevre: Biyolojik çevrede doğanın tüm olaylarının etkisi söz konusu olup, biyolojik çevre beden içi ve beden dışı olarak ikiye ayrılır. Beden içi biyolojik çevre; fiziksel ve sosyal çevreden etkilenen, bu iki ortamdan aldığı uyarılara karşı çeşitli reaksiyonlar göstererek, denge ve uyum sağlanmasına yardım eden, iç organları, vücut sıvıları vb. ile bütün bir organizmadır. Beden içi biyolojik çevre; yaş, cins, ırk, kalıtım, zeka ve motivasyon gibi bireysel özellikleri, fizyolojik süreçleri, bedensel büyüme ve gelişmeyi, beden onarım mekanizmalarını, alışkanlıkları, psikik yapı ve davranışları kapsar (Öz 2010; Velioğlu 2012). Beden dışı biyolojik çevre ise iklim, güneş ışığı, ısı, su, karbondioksit, oksijen ve organik yapılar gibi cansız maddeler; hayvanlar, suda yaşayan mikroskobik canlılardan büyük ağaçlara kadar tüm bitkiler; bakteri, mantar ve böcek gibi küçük organizmalardan oluşan ayrıştırıcılar ve evrendeki tüm tüketicilerden meydana gelerek yaşam zincirini oluşturur (Ay 2013b; Öz 2010; Velioğlu 2012). Organizmanın etkileşimde bulunduğu alan olarak ele alınan çevre, insanın duyu organları ve sinir sistemi ile algıladığı dinamik bir ortamdır. Çevreyle insan arasındaki etkileşim sürekli, karşılıklı ve kendiliğindedir (Öz 2010).

Sosyal Çevre: İnsan evren içindeki konumunda, tüm canlılar gibi biyolojik ve fiziksel elemanlardan kurulu bir çevre içinde yaşarken, onu diğer canlılardan ayıran ve yaşantısını çok yönlü uyum zorlukları nedeniyle daha da güçleştiren sosyal bir çevre içinde yaşama zorunluluğudur (Velioğlu 2012). Sosyal sistem; normlar, roller, sınırlar ve pozisyonlar arasındaki ilişkinin sonucu oluşur. Normlar belli bir duruma uygun davranış biçimlerini belirlerken, roller ise belli bir durum için bireyden beklenen davranış ve tutumu belirler. Bireyin algılaması, tepkileri ve sağlık uygulamaları sosyal çevreden etkilenir (Ay 2013b; Öz 2010). İnsanın içinde yaşadığı ilk sosyal çevre ailedir. Bu nedenle insanın davranışları, tepkileri ve algılamaları ilk önce aile içinde şekillenip,

büyüme ile birlikte içinde yaşanılan sosyal çevrenin etkilerini taşır (Ay 2013b; Velioğlu 2012).

Kültürel Çevre: Kültür, nesiller boyu oluşan, toplum üyelerinin paylaştığı ve ilettiği sembollerin tümüdür. Taylor kültürü, “ Bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, örf, adetlerden ve insanın toplumun bir üyesi olarak elde ettiği bütün yeteneklerden oluşmuş karmaşık bir bütün” olarak tanımlamıştır. Dil, din, aile yapısı, gelenek ve görenekler, alışkanlıklar, sağlık ve hastalık ile ilgili uygulamalar da sağlığı etkileyen kültürel çevreyi oluşturur (Ay 2013b).

Hemşirelik alanında çevre ve sağlık ilişkisini ortaya koyan, çevrenin önemini vurgulayan ilk kuramcı Florence Nightingale'dir. Nightingale'in yaşadığı dönemlerde hastanelerin fizik yapısı ve çevresi yetersizdi. Hasta bakımı, hemşirelik eğitiminden yoksun, fakir, bilgisiz, yetkisiz kişilerce yapılıyordu (Velioğlu 2012). Nightingale hemşireliği sadece tedavi yapmakla sınırlamamış, temiz hava, aydınlanma, sıcaklık, temizlik, sessiz ortam ve yeterli beslenmenin tedaviye uyumunu kolaylaştırdığını savunmuştur. Öngörüye dayanan “Çevre Kuramı” hemşirelerin bireyi, çevresi ile bütün olarak düşünmelerini sağlamıştır (Mete 2012; Velioğlu 2012).

2.2.4.Hemşirelik ve Bakım Kavramı

Hemşireliğin varoluş amacı ve temel işlevi sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir (Babadağ 2010; Velioğlu 2012).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (ICN: International Council of Nursing) yaptığı tanıma göre hemşirelik, tüm yaş gruplarındaki bireylerin, ailelerin ve toplumun sağlık ve hastalık durumlarında onlarla işbirliği içinde bakım vermeyi kapsamaktadır. Hemşirelik bakımı, sağlığı korumayı, hastalıkları önlemeyi, hasta, sakat veya ölmekte olan bireye bakım vermeyi içermektedir. ICN' e göre hemşirenin, bakım vermenin yanı sıra çevre güvenliğini sağlama, sağlık politikalarına katılma, yönetim ve eğitim gibi başka temel rolleri de bulunmaktadır (Biol 2009; Köşgeroğlu 2013).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA: American Nurses Association) hemşireyi, sağlıklı ya da hasta bireylerin sosyal ve ekonomik durumlarına göre ayırım yapmadan kendi değerleri ve kararlarına saygı çerçevesinde, sağlık problemlerine yönelik mesleki uygulamalarını gerçekleştiren kişi olarak tanımlamaktadır (Biol 2009; Köşgeroğlu 2013).

Türk Hemşireler Derneği (THD) 1981 yılında hemşireliği; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini” olarak tanımlamıştır (Biol 2009; Köşgeroğlu 2013).

Hemşirelik Kanunu'nun 2007 yılında değişmesi ile birlikte hemşirelik; “Bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli” olarak tanımlanmıştır (<http://www.saglik.gov.tr>).

Hemşirelik günümüze kadar eğitim ve uygulamaları, görev tanımları, meslek rol ve işlevleri açısından birçok değişiklik yaşamış ve değişim süreci geçirmiştir. Bu süreçte hemşirelik mesleğine değişmeyen özelliğini veren ve hemşireliği diğer mesleklerden ayıran ‘bakım’ işlevi olmuştur (Babadağ 2010; Baykara 2010; Öztunç 2012). Bakım yalnızca hemşireliğe özgü değildir, ancak bakım hemşirelik için özgündür (Dinç 2010). Bakım kavramının sözlük tanımları incelendiğinde;

Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde “Bakım”;

1. Bakma işi,
2. Bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek,
3. Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi,
4. Bakış,
5. Görünüş olarak tanımlanır (TDK 2014).

Bakım yapmak; bir şeyin iyi durumda kalması, iyi işlemesi vb. için elden geçirmek, eksikliğini gidermek, olarak belirtilmiştir. Bakmak eylem olarak ise, bir şeyin gelişmesi ve iyi durumda kalması için emek vermek, besleyip büyütme, geçimini sağlamak, uğraşmak, gözetlemek, ilgilenmek, önem vermek, aldırma kavramları ile açıklanmıştır (Altıok ve ark. 2011; Dinç 2010; Püsküllüoğlu 2003).

Bakım verme, bir bütünü işaret eden bireyin sağlığını koruma, geliştirme ve sağlıktan sapma durumlarında iyileştirme sürecine yönelik ‘yardım’ işlevlerinin tümünde yer alan inanç, değer, tutum, davranış/eylemler dizisidir (Babadağ 2010; Dinç 2010).

Bakım, hemşirenin bir başkası için yaptığı basitçe herhangi bir görev olmaktan farklı olarak, hasta ile hemşire arasında başlayan ve gelişen bir ilişki olup özveri, şefkat, ilgi, isteklilik, gönüllülük vb. değerlerle bireylerin diğer bireylere karşı olan sorumluluk ve yükümlülüğünü içinde barındıran, etik ve ahlaki boyuta sahip, yardım edici ve destekleyici yöndedir (Eskimez 2012). Sağlam temeller üzerine kurulması gereken bu ilişki, fiziksel, ruhsal, akılsal, sosyal, manevi alma-verme türünde başlıca iki eyleme dayanır (Altıokve ark. 2011; Babadağ 2010; Potter ve Perry 2009). Nitekim literatürde, bakımın genellikle, sağlıklı/hasta birey ile hemşire arasındaki ilişkiye temellendiği ve bilişsel, duyuşsal alanlar ve psikomotor becerileri kapsadığı vurgulanır (Eskimez 2012).

Bakım kavramı hemşirelik teorilerinde farklı şekilde ele alınmıştır:

Florence Nightingale (1859), ‘Hemşirelik mesleğinin ana değeri bakım vermektir’ ifadesinde bulunarak, hemşirelerin en önemli sorumluluğunun bakım olduğunu ifade etmiştir. Nightingale, hasta ile hemşire arasında yaşanan ilişkinin-etkileşimin bakım sürecinin en temel ögesi olarak vurgular. Nightingale’e göre bakımın amacı, çevre düzenlemesi ile sağlığın korunması ve hastanın iyileşme sürecine yardım etmektir (Biol 2009; Özkan 2014; Velioğlu 2012).

Virginia Henderson (1955) hemşirelik tanımını yaparken, bireyin güçsüz ve bağımlı konumunu ve hemşirenin yardım edici rolünü vurgular. Hemşire bu yardımı, birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür”. Henderson, hemşireyi, “bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güç” olarak görür ve hemşirelik bakımı için kapsamlı ve sistematik bir yaklaşımın temel olduğunu ifade eder. Henderson’ın, 1960 yılında Hemşirelik Bakımının Temel İlkeleri (Basic Principles of Nursing Care) kitabında, Maslow’un temel insan gereksinimleri hiyerarşisi üzerine odaklanan 14 temel insan gereksinimi belirlemiştir. Henderson’a göre hemşirelik bakımı, hastanın fiziksel, psikolojik, kültürel, entelektüel ve sosyal yönünü göz önünde bulundurarak bu temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmektir (Ay 2013a; Baykara 2010; Biol 2009; Dinç 2010; Velioğlu 2012).

Lydia E. Hall (1960) bakımı, bireyin rahatlığını sağlamak, bilgi eksikliğini tanılayıp bireyi bilgilendirmek, bireyin öğrenme gereksinimlerini karşılamak ve bireyin günlük gereksinimlerinin karşılamasına yardım etmek olarak tanımlar (Ay 2013a; Baykara 2010; Velioğlu 2012).

Joyce Travelbee, 1960'lı yıllarda geliştirdiği “İnsan insana İlişki” kuramına göre bakımı, profesyonel hemşire tarafından gerçekleştirilen ve hemşirelik uygulamasının yasal sorumluluk alanı içinde yer alan, hasta bireyin/ailenin her türlü gereksiniminin karşılanması olarak açıklar. Aynı zamanda, Travelbee, bakım eyleminde hasta-hemşire arasındaki iletişim ve etkileşimin önemli olduğunu vurgular (Birol 2009; Velioğlu 2012).

Orem (1971) hemşirelik bakımını, sağlıklı/hasta birey biyo-psiko- sosyal gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığında, yerine getirilmesi gereken hemşirelik işlevleri olarak görür (Birol 2009; Şahin 2006).

Leininger (1984), “bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır” ifadesini kullanarak, konunun meslek için ne denli önemli olduğunu ve aslında ayrı gibi görünen bu iki kavramın bütünü birer parçaları gibi işlev gördüğünü vurgulamaya çalışmıştır. Bakımı, bakım davranışı ve hemşirelik mesleğinin temeli olarak ifade etmiştir. Leininger' in teorisinde, kültürel bakım farklılığı ve evrenselliğinin etkili bir şekilde fonksiyon görebilmesi için kültürel farklılıkların etkisinin anlaşılması gerektiği vurgulanmaktadır (Altıok ve ark. 2011; Dinç 2010).

Watson'a göre (1985) bakım, hemşireliğin esasıdır ve hemşirelik uygulamasının merkezi ve birleştirici odak noktasıdır. Bakım, sanat ve bilim yönüyle tanımlanmıştır ve bakımı tedaviden önce bir alana yerleştirir. Kuramı, hümanizm üzerine temellenir (Kıvanç 2012). Bakımın, hemşire ve hasta arasında karşılıklı olarak yarar ve büyüme süreci olduğunu belirtir (Altıok ve ark. 2011). Watson'a göre (1989) bakım, iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleştirilmiş kişilerarası bir süreçtir. Söz konusu insan olduğunda, özne ve objenin değeri insani değerler açısından önemlidir. İnsan, toplum halinde bir kültür çevresinde yaşayan, düşünme ve konuşma yeteneği olan, evreni bütün olarak kavrayabilen, bulguları sonucunda değiştirebilen ve biçimlendirebilen canlı olup çevresi ile etkileşim halindedir (Dinç 2010). Bakım verilen bireylerin, bu etkileşim sürecindeki kararlarında ve davranışlarında sahip olduğu değer, inanç ve tutumlar yönlendiricidir (Acaroğlu 2003).

Babadağ'a göre 'Bakım Verme' , bireyselleştirilmiş bir süreç tanımının da ötesinde insanın eşsizliğine, değerliliğine, bütünlüğüne, yaşamın kutsallığına, bakım veren kişinin kendini ve başkasını sevmesine dayalı ve yaşama olanaklarını geliştirmeye yönelik hemşireliğin bilim ve sanatsal kavramlarını uygulamaya koyan bir süreç, bir araç ve felsefi bir görüşür (Babadağ 2010).

2.3.Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı

Bireyselleştirilmiş bakım kavramı, "kişiye özel", "bireye özgü", "hasta merkezli", "kişisel" veya "insan odaklı" bakım" ile aynı anlamda kullanılır. Tüm bu kavramlar her bir bireyin ihtiyaçları, arzuları, deneyimleri, tercihleri, davranışları, duyguları, düşünceleri, algıları, inançları ve anlayışlarına göre hemşirelik bakımının uyarlanması olarak tanımlanmaktadır (Acaroğlu ve ark. 2007; Radwin ve Alster 2002; Suhonen ve ark. 2000a; 2007b; 2010b).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı üzerine literatür çalışması yapan Van Servellen (1988), kavramın ilk kez 1960'ların başında hemşirelik literatüründe yer aldığını belirtmiştir (Radwin ve Alster 2002). Levine (1967) ise, hasta merkezli bakımın bireyselleştirilmiş bakım davranışlarından temellendiğini ifade etmiştir. Mackay ve Ault'a (1977) göre bireyselleştirilmiş bakım her bir hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal ihtiyaçlarına uygun özel ve kapsamlı bakıma ulaşması olarak tanımlamıştır. Wimo ve arkadaşlarına göre (1993) bireyselleştirilmiş bakımın planlanması bireyin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarına, aile öyküsüne, hayatında gerçekleşen olaylara, çevresine, alışkanlıklarına, hobilerine vb. gibi özelliklerine dayanmaktadır (Suhonen ve ark. 2002). Berg ve arkadaşları (1994) bireyselleştirilmiş bakımı her bir hastaya uygun olan en iyi bakım yönetiminin bulunması olarak tanımlamıştır.

Bireyselleştirilmiş bakım kavramı, üzerinde ortak bir anlayış üzerinde kesin bir tanım veya uzlaşma olmadan kullanılsa da, hemşirelik literatüründe evrensel olarak kabul görmekte, daha kapsamlı tanımlanmaya ve eleştirel olarak analiz edilmeye çalışılmaktadır. Sağlık politikalarında bireyselleştirilmiş bakıma ilgi artarken, hastanın bireysel ihtiyaçlarına yönelik olan tüm faaliyetler son derece önemli kabul edilmektedir (Charalambous ve ark 2012; Senarath ve Gunawardena 2011; Suhonen ve ark. 2000a; 2004). Bakımda bireyselliğin sağlanması ve sürdürülmesi ancak hasta bireyin tüm boyutlarının değerlendirilmesi, sorunların çözümlenmesinde girişimlerin bireye özgü

planlanarak uygulanması ve hastanın bakım kararlarına katılımı ile olasıdır. Hemşirenin bilimsel bilgisini kullanarak bu hedefe ulaşmasını sağlayacak araç ise hemşirelik sürecidir (Acaroğlu 2010; Ryan ve Lauver 2002; Suhonen ve ark. 2000b; 2002).

Bakımı bireyselleştirilmiş olarak vermek için hasta birey ile hastalığı, bakım ihtiyaçları, endişe ve korkuları konusunda konuşmak, mümkün olduğu kadar sorumluluk almasına olanak vermek, duygularını anlamaya çalışmak, hastalığın hastane sürecine ve sonrasında günlük hayatına etkisini anlamak, günlük alışkanlıkları ve aile içindeki rollerini de dikkate alarak hastalığın onun için ne anlam ifade ettiğini anlamak ve sunulan bakım uygulamalarının hasta tarafından anlaşıldığından emin olmak, sağlık ya da hastalık süreci konusunda öğrenmek istediklerini sormasına fırsat vermek, bakımında bireysel tercihlerini dikkate almak ve kendi bakış açısına yönelik karar vermesine yardımcı olmak, bakım seçeneklerini değerlendirerek seçmesini ve bu süreçte soru sormasını cesaretlendirmek gerekmektedir (Acaroğlu 2003; Gürdoğan ve ark. 2015; Suhonen ve ark. 2004; 2005a; 2007c; 2010b; 2010d; 2012).

Bireyselleştirilmiş bakımın amacına ulaşması, yalnızca hastanın bireysel özellikleri doğrultusunda hemşirelik eylemlerinin uyarlanarak bireye bakımının verilmesi değil, aynı zamanda bakım verilen hasta bireyin de hemşirenin bu yaklaşımını algılaması ve kendi bakımında bu algıları deneyimlemesi, hissetmesi ve geri bildirimler ile bunu ifade etmesi gerekir (Suhonen ve ark. 2000a; 2005b; 2010b; 2010c). Literatür bilgileri, hastalar ve hemşirelerin algılamaları ve hedeflerinin birbiri ile tutarlı olmasının, hasta bireyin verilen bakımdan daha çok yarar görmesinde ve taburculuk sonrası tedaviye uyumunda önem taşıdığını göstermektedir (Algier ve ark. 2005). Bireyselleştirilmiş bakımın olumlu etkileri üzerine yapılan çalışmalarda (Suhonen ve ark. 2002; Land ve Suhonen 2009), bakım bireyselleştirildiğinde bireye en uygun olan bakımın verildiği ve bakıma yönelik sonuçların olumlu olduğu (Suhonen ve ark. 2007c; 2008b), bireyselleştirilmiş bakımın hastanın baş etme becerisini geliştirdiği (Land ve Suhonen 2009), hastanın bağımlılığını azalttığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı görülmüştür (Suhonen ve ark. 2002).

Sağlık bakım hizmetlerinde hasta bireylerin gereksinimlerinin ve daha iyi nasıl hizmet verilmesi gerektiği konusunda araştırmalara gün geçtikçe daha çok ilgi gösterilmekte ve kişilerin bireyselliğine daha fazla önem verilmektedir (Suhonen ve ark. 2008a). Çoğu ulusal ve uluslararası sağlık politikaları artık hasta merkezli bakımı dolayısı ile bireyselleştirilmiş bakımı desteklemektedir (Suhonen ve ark. 2004; 2011).

2.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Algısını Etkileyen Faktörler

Bireyselleştirilmiş bakımın kapsamını önceden belirlemek hemen hemen olanaksızdır. İnsanın yegane ve çok yönlü bir varlık olduğunu düşünüldüğünde, bakımın kapsamı hasta ve hemşire arasında kurulacak iletişim ile birlikte şekillenmeye ve olgunlaşmaya başlar (Acaroğlu ve ark. 2007; 2010; Charalambous ve ark. 2010; Suhonen ve ark. 2005a; 2010b; 2010c). Hastane ortamı hasta için ürkütücü ve yabancı bir ortamdır. Hasta için evden ayrılma yabancı kişiler ve ortam, rol kaybı ve yeni bir role girme, tanımadığı insanlara bağımlı olma, acı veren uygulamalar korku ve anksiyete sebebidir. Bu süreçte bireyi ayrıcalıklı kılan özelliklerin dikkate alınması önemlidir (Özer ve ark. 2009; Baybek ve ark. 2004).

Fizyolojik, emosyonel ve bilişsel durum, büyüme ve gelişimsel dönemler (yaş, gelişimsel görevler), karşılanmamış gereksinimler (güven, sevgi/ait olma vb.), tutum, değer ve inançlar (hastalığın anlamı vb.), kişilik (içe dönük/dışa dönük vb.), kendini algılama ve özsaygı (olumlu ya da olumsuz vb.), yaşam yönelimi, yaşam doyumu gibi faktörler sağlıklı/hasta bireyin bakıma karşı tutumunu etkilemektedir (Köşgereoğlu 2013; Potter ve Perry 2009; Yalçın ve Aştı 2011).

Yaşam Yönelimi: İnsanların yaşam yönelimlerinin olumlu olmasına karşılık gelen iyimserlik, yaşamda olumlu şeylerin olacağına dair genel beklentiler olarak ele alınmaktadır. Yaşam yöneliminin, kişiliği oluşturan bir yapı olarak insan yaşamının birçok yönüyle ilişkili olduğu bilinmektedir (Gündoğdu ve ark. 2005). Scheier ve Carver (1987) olumsuz bir durumda yaşam yönelimleri olumlu olan bireyin, sorun durumunun getirdiği baskıya karşı daha dirençli olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde yaşam yönelimi ile ilgili yapılan çalışmalar iyimser bakış açısının stresle başa çıkmada daha etkili olduğunu göstermektedir. Ayrıca iyimser bakış açısına sahip bireylerin mutluluk ve yaşam doyumu düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Uğurlu 2011). İyimserlik ve mutluluk pozitif psikolojinin iki temel kavramı olmaları açısından

önemlidir. İyimserlik, yaşamın tüm zorluklarına ve engellemelerine rağmen kişinin hayata karşı olumlu bakabilmesini sağlamaktadır. Bu yönüyle iyimserlik kişinin ruh sağlığını korumasında ya da geliştirmesinde de önemli bir rol oynamaktadır (Kaya ve ark. 2007).

Yaşam Doyumu Algısı: Genel olarak kişinin kendi yaşamından duyduğu memnuniyeti ve belirlediği hedeflere ulaşma derecesidir (Telman ve Ünsal 2004). Yaşam doyumu belirli bir duruma ilişkin doyum değil, genel olarak tüm yaşantılardaki doyumu ifade eder ve kişinin tüm yaşamını ve bu yaşamın çok çeşitli boyutlarını içerir (Özgen 2012). Yaşam doyumu ile ilgili yapılan çalışmalar cinsiyetin, ırkın ve gelir durumunun yaşam doyumunu ve mutluluğu algılamada önemli bir etki yaratmadığını, psikolojik değişkenlerin örneğin kişisel eğilimlerin, yakın ilişkilerin, kültürün ve bireyin bireysel hedeflerine ulaşmasının yaşam doyumunu algılaması ve açıklamasında daha fazla etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Çeçen 2008). Yaşam doyumu bireyin ilişkilerini güçlendirir, üreticiliğini artırır, ruhsal ve fiziksel sağlık üzerinde olumlu etki yapar (Gündoğar ve ark. 2007). Genel olarak yaşamdan mutluluk duymanın, günlük ilişkiler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olmasının ve hayata karşı genel tutumun bir ifadesidir (Özdevecioğlu 2003). Hayata karşı olumlu bir bakış açısına sahip olmak, kişilerinin mutluluklarına ve yaşamdan aldıkları doyum düzeyine de katkı sağlar. Literatürde yaşam doyumu yüksek olan bireylerin daha iyimser olduklarına dair açıklamaların olduğu görülmektedir (Sapmaz ve Doğan 2012).

Günümüzde, hemşireliğin temel ve bağımsız işlevi olan bakım ve bireyselleştirilmiş bakımın, hemşirelerin ve hastaların bakış açısından değerlendirilmesine ve bu bakış açısını etkileyen faktörlerin incelenmesine verilen önem, giderek artmakla birlikte, çalışmaların nicel açıdan oldukça yetersiz olduğu görülmektedir (Can 2013; Karaöz 2005; Mlinar 2010).

Attree (2001), hastalar ve ailelerinin bakım algılarının, hastaları kontrol etme, hastaya şefkatli davranma, duyarlı ve sempatik olma, nazik ve ılımlı yaklaşım gibi hemşirelerin tutumlarından etkilendiğini belirtmektedir. Çalışmada hasta ve ailelerinin kaliteli bakımı hümanist düşünceyle temellenen; bireyselleştirilmiş, hasta odaklı ve hasta ihtiyaçlarına yönelik olarak verilen bakım olarak tanımladıkları saptanmıştır.

Suhonen ve arkadaşlarının (2004), genel cerrahi, iç hastalıkları ve jinekolojik servislerinde yatarak bakım ve tedavi uygulanan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hasta-hemşire arasındaki ilişkinin, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (Suhonen ve ark. 2007b).

Özelleşmiş bir alan olan onkoloji hastalarının bakım algıları değerlendirildiğinde, hemşirelerin özenli yaklaşımı ve yakın davranmalarının, kanser hastalarının bireyselleşmiş bakım algılarını olumlu etkilediği belirtilmiştir (Potter ve Perry 2009).

Algier ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada hastaların ve hemşirelerin hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları arasında farklılıklar olduğu görülmüştür. Farklılıklar arasında özellikle hemşirelerin fizyolojik, hastaların ise davranışsal alandaki girişimleri daha önemli bulmuş olmaları dikkat çekicidir.

Berg ve arkadaşlarının (2007), Land ve Suhonen'in (2009) ortopedi ve travmatoloji servisinde yatan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarda, hastaların bakımı bireyselleştirilmiş olarak almalarının kendileri için çok önemli olduğu ve bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu saptanmıştır.

Suhonen ve arkadaşlarının (2006) Finlandiya'da hastaların bireysel özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişkiye yönelik yaptıkları çalışmada; hastaların yaşının, cinsiyetinin, eğitim durumunun bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediği görülmüştür.

Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007), bir üniversite hastanesinin beyin ve sinir cerrahisi servisinde yatarak bakım alan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin hastaların bireyselliklerini desteklemeyi amaçlayarak yaptıkları uygulamalarının hastalar tarafından farkına varılma ve aldıkları bakımda bu bireyselliği algılama düzeylerinin yüksek olduğunu, bakım bireyselleştikçe hastaların memnuniyetlerinin arttığını belirtmişlerdir.

Finfgeld-Connett (2007), metasentez bir çalışmada, bakım vermeyi kişilerarası süreçte duyarlılık ve samimi ilişkiler ile şekillenen hemşirelik uygulamaları olarak tanımlamaktadır.

Çoban ve Kaşıkçı'nın (2008), hastanede yatan hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve memnuniyet durumlarını belirlemek amacıyla bir üniversite

hastanesinin iç hastalıkları ve genel cerrahi servisinde yaptıkları çalışma; hemşirelik hizmetlerini algılama düzeyleri geniş ölçüde hastanın sosyal durumuna, yaşına, eğitim düzeyine bağlı olsa da, hemşirelerden aldıkları destek, hemşirelerin onlara gösterdiği saygı, ilgili ve nazik davranmaları, sorularına açık ve net yanıt vermeleri, hastaların ihtiyaç halinde hemşireye kısa sürede ulaşabilmesi; hastaların bakım algılarını ve memnuniyetini arttırdığını göstermiştir.

Suhonen ve arkadaşlarının (2008a) farklı ülkelerin ortopedi ve travmatoloji servislerinde bakım alan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların bakımlarını genel olarak bireyselleştirilmiş olarak algıladıklarını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada, Finlandiya, İsveç ve İngiltere'deki hastaların, bireyselleştirilmiş bakım algılarının, Yunanistan'daki hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Suliman ve arkadaşlarının (2009), farklı kültürel yapıya sahip üç bölge hastanesinde yaptıkları araştırmada, hastaların bakım olarak en fazla insancılık, güven-umut, duyarlılık, destekleyici, koruyucu ve düzeltici davranış ve insan gereksinimlerine yardım olarak algılandığını belirlemişlerdir.

Suhonen ve arkadaşlarının (2010d) beş farklı ülkede ortopedi ve travmatoloji servisinde yatan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısı ve bireysel özelliklerinin etkisi üzerine yaptıkları çalışmada; yaş, eğitim durumu ve servise kabul şeklinin hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilediği saptanmıştır.

Palese ve arkadaşlarının (2011) altı farklı ülkenin genel cerrahi servislerindeki hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hemşirelerin bakım davranışlarının, hastaların hastane sürecindeki memnuniyetlerini etkilediği ve bireye özel verilen bakımın hasta memnuniyetini doğrudan arttırdığı saptanmıştır.

Kaya'nın (2011) hastaların hemşirelik bakımı algısını etkileyen hemşirelik davranışlarına ilişkin yaptığı çalışmada, hastanın eğitim durumu, gelir- gider durumu, medeni durumu, daha önce tedavi kurumlarında yatmış olması ve yerleşim yeri gibi değişkenlerin hastaların bakım algısından etkili olmadığı belirlenmiş olup muayene ve bakım işlemleri sırasında mahremiyetine her zaman özen gösterildiğini düşünen, aldığı bakımı ve tedaviyi "mükemmel" ve "çok iyi" olarak değerlendiren, 60 yaş ve üzerinde olan, karar alınırken her konuda görüşü alınan hastaların hemşirelik bakımını algılamaların ise daha güçlü olduğu saptanmıştır.

Tekin'in (2011) ortopedi ve travmatoloji servislerinde yatan hastalar üzerinde yaptığı çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve hemşirelik bakımından memnuniyet puan ortalamalarının, ölçek ortalama değerinin üstünde olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, hastaların hemşirelik uygulamalarının farkına varma oranları arttıkça kendi bakımında bireyselliği algılamalarının arttığı, bununla birlikte hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma ve bakımında bireyselliği algılama düzeyi arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyet oranlarının da arttığı saptanmıştır.

Suhonen ve Leino-Kilpi' nin (2012), ortopedi ve travmatoloji servisinde yatan farklı yaş grubundaki hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, ileri yaş grubundaki hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının, diğer hastalara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır.

Rasooli ve Arkadaşları'nın (2013) hastalarda, kendilerine uygulanan hemşirelik bakımının, bireysel ihtiyaçlarına ne kadar uygun olduğunu incelediği çalışmada, hastaların, kişisel yaşam durumlarının, hemşireler tarafından çok dikkate alınmadığını saptamışlar dolayısı ile hastanın sosyal hayatının, günlük ilgi ve uğraşlarının dikkate alınması gerektiğini vurgulamışlardır.

Barış ve Karabacak'ın (2013) yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının hemşirenin rolünü algılamaları üzerine yaptıkları çalışmada, hemşirelik uygulamalarına yönelik en yüksek algılamanın (%93.28) hemşirelere istedikleri zaman soru sorabilecekleri güvenine sahip olabilmeleri için olduğu saptanmıştır.

Gürdoğan ve arkadaşlarının (2015) bir üniversite hastanesinde iç hastalıkları ve genel cerrahi servisinde yatan hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının normalin üzerinde olduğu ve buna bağlı olarak da hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin de yüksek olduğu saptanmıştır.

Yukarıda çalışmalar ve literatür irdelendiğinde, bakımın bireyselleştirilerek sunulması, hastaların, yaşam kalitesini ve memnuniyetini artırma, otonomilerini geliştirme gibi olumlu hasta sonuçları ile bakımın kalitesini yükseltmede önemli bir yere sahiptir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörleri değerlendirerek aralarındaki ilişkiyi incelemek amacı ile planlanarak gerçekleştirilen tanımlayıcı, karşılaştırmalı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırma Soruları

1. Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ne düzeydedir?
2. Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen bireysel özellikleri nelerdir?
3. Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen hastalık özellikleri nelerdir?
4. Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen hastane ve hastalık deneyimlerine ilişkin görüşleri nelerdir?
5. Hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinin nöroşirürji kliniğinde, Mayıs - Ağustos 2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.4.Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırma evrenini İstanbul ilinde bir üniversite hastanesinin nöroşirürji kliniğinde yatarak bakım ve tedavi uygulanan ve evine taburcu olan hastalar oluşturdu. Araştırmada örneklemini ise örneklem seçim kriterlerini karşılayan 150 hasta oluşturdu.

Örneklem seçiminde hastaların,

- Bilinci açık,
- 18 yaş ve üzeri,
- Okur-yazar,
- İletişim ve işbirliğine açık,
- Araştırmaya katılımda istekli ve gönüllü olması kriterleri dikkate alındı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında, Hasta Bilgi Formu, Yaşam Doyumu Algısı, Bakım Doyumu Algısı, Yaşam Yönelim Testi (YYT) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu (BBS-B) kullanıldı.

3.5.1. Hasta Bilgi Formu

Verilerin toplanmasında kullanılan yapılandırılmış Hasta Bilgi Formu, literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirildi. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin sorgulandığı bu form; hastaların *bireysel özellikleri* (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, sosyal güvencesi, kiminle beraber yaşadığı, *hastalık özellikleri* (tanısı, servise kabul şekli, hastalığına eşlik eden hastalığın varlığı, hastanede kaldığı gün sayısı, yatağa bağımlı olduğu gün sayısı, refakatçi varlığı, önceki hastane deneyimi), *hastalık ve hastane deneyimine ilişkin görüşlerini* (yaşamının hastalığı nedeniyle etkilenme durumuna, manevi ihtiyaçlarını karşılama durumuna, hemşirelerin ilgili ve nazik davranma durumu, tekrar aynı kurumu tercih etme durumu, hemşirelerin ellerinden geleni yapmaları durumuna ilişkin düşüncesi) içeren toplam 22 sorudan oluştu (EK1).

3.5.2. Yaşam Doyumu Algısı

Hastanın, yaşam doyumu algısı, Görsel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Hastanın yaşam doyumu algısı 0 (hiç mutlu değilim) ile 10 (çok mutluyum) arasında puanlandı. Skala; yüksek puan alan hastaların yaşamdan doyum algısının yüksek olduğunu gösterdi (EK1).

3.5.3. Bakım Doyumu Algısı

Hastanın, hastanede kaldığı süre içinde hemşirelik bakımından doyum algısı, Görsel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi. Hastanın bakım doyumu algısı 0 (hiç memnun değilim) ile 10 (çok memnunum) arasında puanlandı. Skala; yüksek puan alan hastaların bakımdan doyum algısının yüksek olduğunu gösterdi (EK1).

3.5.4. Yaşam Yönelimi Testi

Yaşam Yönelimi Testi, bireylerin yaşama bakışlarını ve iyimserlik düzeyini değerlendirebilmek amacıyla Scheiver ve Carver (1985) tarafından geliştirilmiş, Aydın ve Tezer(1991) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. YYT, 12 maddeden oluşmaktadır.

Test; 5' likert tipte (kesinlikle katılmıyorum (0), katılmıyorum (1), kararsızım (2), katılıyorum (3), kesinlikle katılıyorum (4)) cevaplama anahtarına sahiptir. Bireylerden kendilerine uygun seçeneği işaretlemeleri istenmektedir. YYT' deki 4 madde(1, 4, 5, 11) yaşama olumlu bakış açısını (iyimser), 4 madde (3, 8, 9, 12) olumsuz bakış açısını gösterir ve puanlama yanıtların sayısal değerleri üzerinden yapılır. Testteki 3. 8. 9. ve 12. maddeler ters çevrilerek puanlanırken, testte hiçbir yönde puanlanmayan 4 tane (2, 6, 7, 10) dolgu sorusu bulunmaktadır. Testten alınabilecek en düşük puan "0" en yüksek puan ise "32"dir. Alınan puan yükseldikçe yaşama yönelik olumlu bakış açısı artmaktadır (Scheier, Carver 1985; Aydın ve Tezer 1991).

Çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur. Bu katsayı Scheier ve Carver (1985)'in çalışmasında 0,76; Aydın ve Tezer (1991)'in çalışmasında ise 0.77'dir. Ölçek ülkemizde farklı alanlarda yapılan çalışmalarda da kullanılmıştır (Gündoğdu ve ark. 2005; Kaya ve ark. 2007; Doğan ve Çötök 2011) (EK2).

3.5.5.Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B-Hasta Versiyonu

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu, hastaların bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin bakış açısını değerlendirmek üzere Suhonen ve arkadaşları (2000a) tarafından geliştirilen bir araçtır. 2005 yılında aynı yazarlar tarafından yeniden düzenlenerek madde sayısı azaltılmıştır (Suhonen ve ark. 2005a). BBS, 2007 yılında Acaroğlu ve arkadaşları (2010) tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Yaklaşık 15 dakikalık bir sürede tamamlanabilen BBS-B- Hasta; yalnızca yetişkin, hastanede yatarak bakım almış, soruları bağımsızca yanıtlayabilen ve hastaneden eve taburcu edilen hastalara uygulanır. Skala, hasta bireyin hastaneden taburcu olduğu gün kendisi tarafından doldurulur (Acaroğlu ve Şendir 2012).

BBS hastanın, hastanede kaldığı sürece, bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması (BBS-A) ve hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılamasını (BBS-B) değerlendiren iki bölümlü bir skaladır. Bu çalışmada BBSB-Hasta kullanılmıştır. 17sorudan oluşan ve 5'li likert tipte bir ölçek olup 1=kesinlikle katılmıyorum; 2=kısmen katılmıyorum; 3=kararsızım; 4=kısmen katılıyorum; 5=tamamen katılıyorum şeklinde yanıtlanır ve puanlandırılır.

BBS-B-Hasta; *linik durum* (hasta bireylerin hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığın kendisi için anlamını içeren konularda bireyselliğini

desteklenmesine yönelik bakım davranışları), *kişisel yaşam durumu* (hasta bireylerin inanç ve değerlerini yansıtan, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağlarının yanı sıra işi ve hastane deneyimi gibi konularda bireyselliğinin desteklenmesine yönelik davranışları) ve bakım üzerinde *karar verme kontrolü* (hasta bireylerin duyguları, düşünceleri, isteklerini yansıtan ve kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlanması gibi konularda bireyin bireyselliğinin desteklenmesine yönelik bakım davranışları) olmak üzere üç alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlarının içerdiği maddeler, klinik durum B01-B07, kişisel yaşam B08-B011, karar verme kontrolü B12-B17'dir (Acaroğlu ve ark. 2010; Acaroğlu ve Şendir 2012; Suhonen ve ark. 2007a). BBS-B-Hasta versiyonunun her bir bölümünden ve alt boyutlarından alınabilecek madde puan ortalamaları en az 1, en fazla 5'dir. Hastanın kendi bakımında bireyselliği algılaması ve deneyimlemesi arttıkça puanlarda yükselme görülür (Acaroğlu ve ark. 2010; Acaroğlu ve Şendir 2012; Suhonen ve ark. 2005a).

Çalışmada BBS-B-Hasta Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur. Bu katsayı Suhonen ve arkadaşlarının (2005a); Acaroğlu ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarında 0.93' tür (Tablo 3.1).

Tablo 3-1: BBS-B Cronbach Alpha Değerleri

| | Madde Sayısı | En Düşük Puan | En Yüksek Puan | Cronbach Alfa Katsayısı | | |
|------------------------------|--------------|---------------|----------------|-------------------------|-----------------|------------|
| | | | | Orijinal | Türkçe Versiyon | Bu Çalışma |
| BBS Toplam | 17 | 1 | 5 | 0,93 | 0,93 | 0,87 |
| Klinik Durum (1-7) | 7 | 1 | 5 | 0,89 | 0,89 | 0,73 |
| Kişisel Yaşam Durumu (8-11) | 4 | 1 | 5 | 0,85 | 0,80 | 0,71 |
| Karar Verme Kontrolü (12-17) | 6 | 1 | 5 | 0,83 | 0,84 | 0,83 |

3.6. Veri Toplamada İzlenen Yol

Araştırma verileri toplanmadan önce araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin ve etik kurul onayı alındı. Ölçeklerin kullanımı için yazarlardan sözel izin alındı.

Veri toplama aşamasında, örneklem seçim kriterlerine uygun olan hastalara araştırmacı tarafından araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, süresi, kendilerinden ne beklenildiği ve gizlilik hakları konusunda bilgi verildi. Formlar araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden hastalara taburcu olmadan önce kapalı bir zarf içinde sunuldu. Kendileri tarafından ya da yakınlarının yardımı ile dolduruldu. Her bir anket formunun doldurulması yaklaşık 15 dakika sürdü.

3.7. Araştırmanın Etik ve Yasal Yönleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay (EK4) ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Nöroşirurji (Beyin ve Sinir Cerrahisi) Anabilim Dalından yazılı izin alındı (EK5).

Örnekleme oluşturacak hastalara araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, süresi, kendilerinden ne beklenildiği, isteklilik ve gönüllülük ilkesine ilişkin bilgiler verildi.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara, araştırmaya katılma ya da katılmamaya karar vermede özgür oldukları, istedikleri zaman çekilebilecekleri konusunda bilgi verilerek “otonomi” ilkesine saygı gösterildi, sözlü onayları alındı.

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, bireysellik ve insan onuruna saygı ilkesi doğrultusunda kimlik bilgisi alınmadı ve verdikleri diğer bilgilerin gizli tutulacağı belirtildi. Kendilerinden alınan bilgilerin, araştırmanın dışında farklı amaçlarla kullanılmayacağı ve başkalarının ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda güvence verilerek, “sadakat ve gizlilik” ilkelerine bağlı kalındı.

Veriler, hastaların bakım ya da taburculuk eğitimleri saatinin dışında, herhangi bir uygulamada aksamaya neden olmayacak zaman dilimlerinde toplanarak “zarar vermeme-yarar sağlama” ilkelerine özen gösterildi (Acaroğlu 2003).

3.8. Verilerin İstatiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Science for Windows, Version 22.0) paket programı kullanıldı. Bilgi formundan elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara aktarıldı.

Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, medyan, minimum, oran ve frekans değerleri kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edildi. Nicel verilerin analizinde Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U testi kullanıldı. Korelasyon analizinde Spearman Korelasyon Analizi kullanıldı. Ölçeklerin güvenilirliği ise Cronbach Alpha Katsayısı ile incelendi. Sonuçlar %95'lik güven aralığında ve anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.9.Araştırmanın Güçlü Yönleri

Araştırmanın güçlü yönü, nöroşirurji hastalarında bireyselleştirilmiş bakım algısını etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik ilk çalışma olmasıdır.

3.10.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece İstanbul İl sınırı içinde bulunan bir üniversite hastanesinde yapılması,

Araştırmanın sadece beyin ve sinir cerrahisi kliniğinde yapılması,

Araştırmada yalnızca hastaların tanıtıcı özellikleri ve görüşlerinin dikkate alınması,

Araştırma sonuçlarının, bütün hastalara genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

4.BULGULAR

Bu bölümde; hastaların bireyselleştirilmiş bakım alguları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile planlanan ve gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi yapılarak aşağıda belirtilen başlıklar altında, tablolar halinde sunuldu.

4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

-Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

-Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

-Hastaların Hastalık ve Hastane Deneyimlerine İlişkin Görüşlerine Yönelik Bulgular

4.2.Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algularına İlişkin Bulgular

-Hastaların BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.3.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

- Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
- Hastaların Hastalık ve Hastane Deneyimlerine İlişkin Görüşlerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

4.4.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

4.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan 150 hastanın bireysel özellikleri, hastalık özellikleri ile hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerinin dağılımına yönelik bulgulara yer verildi (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3).

Tablo 4-1: Hastaların Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=150)

| Özellikler | | Sayı | % |
|--------------------------------|---------------------|------------|---------------|
| Cinsiyet | Kadın | 83 | 55,3 |
| | Erkek | 67 | 44,7 |
| Yaş | 49,0±15,42 | Min=18 | Maks=88 |
| Medeni Durum | Evli | 108 | 72,0 |
| | Bekar | 42 | 28,0 |
| Eğitim Durumu | Okur Yazar | 17 | 11,2 |
| | İlkokul | 58 | 38,7 |
| | Ortaokul | 22 | 14,7 |
| | Lise | 31 | 20,7 |
| | Üniversite | 22 | 14,7 |
| Meslek | İşçi | 26 | 17,3 |
| | Memur | 9 | 6,0 |
| | Esnaf | 8 | 5,3 |
| | Öğrenci | 4 | 2,7 |
| | Ev Hanımı | 60 | 40,0 |
| | Emekli | 30 | 20,0 |
| | İşsiz | 5 | 3,4 |
| | Diğer | 8 | 5,3 |
| Sosyal Güvence | Var | 141 | 94,0 |
| | Yok | 9 | 6,0 |
| Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz? | Çekirdek Aile | 109 | 72,7 |
| | Aile Yakını Yanında | 32 | 21,3 |
| | Yalnız | 9 | 6,0 |
| Kişilik Özellikleri | Yaşam Yönelimi | 23,25±5,86 | Min=4 Maks=32 |
| | Yaşam Doyumu Algısı | 7,07±2,11 | Min=0 Maks=10 |

Çalışma kapsamına alınan hastaların, bireysel özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı incelendiğinde; %55,3'ünün (n=83) kadın, yaş ortalamasının $49,0\pm 15,42$ yıl, %72,0'sinin (n=108) evli, %38,7'sinin (n=58) ilkokul mezunu, %40,0'ının (n=60) ev hanımı olduğu, %94,0'ünü (n=141) sosyal güvencesinin bulunduğu ve %72,7' sinin (n=109) çekirdek aileye sahip olduğu saptandı. Hastaların kişilik özelliklerine bakıldığında ise Yaşam Yönelimi Algısı puan ortalamasının $23,25\pm 5,86$; Yaşam Doyumu Algısı puan ortalamasının $7,07\pm 2,11$ olduğu görüldü (Tablo 4.1).

Tablo 4-2:Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı (N=150)

| Özellikler | | Sayı | % |
|---|----------------------|--------------|---------------|
| Tanı | Spinal Cerrahi | 37 | 24,6 |
| | Vasküler Cerrahi | 24 | 16,0 |
| | Kranial Tümör | 70 | 46,7 |
| | Travma | 3 | 2,0 |
| | Sinir Cerrahisi | 16 | 10,7 |
| Servise Kabul Şekli | Acil Birimden Nakil | 23 | 15,3 |
| | Planlı | 112 | 74,7 |
| | Yoğun Bakımdan Nakil | 15 | 10,0 |
| Eşlik Eden Hastalığı | Var | 76 | 50,7 |
| | Yok | 74 | 49,3 |
| Serviste Kaldığı Gün Sayısı | 9,51±6,65 | Min=3 | Max=31 |
| Yatağa Bağımlı Olduğu Gün Sayısı | 4,78±5,74 | Min=1 | Max=36 |
| Refakatçi Varlığı | Var | 147 | 98,0 |
| | Yok | 3 | 2,0 |
| Önceki Hastane Deneyimi | Var | 121 | 80,7 |
| | Yok | 29 | 19,3 |

Hastaların, hastalık özelliklerine ilişkin bulgularının dağılımına bakıldığında; %46,7' sinin (n=70) tanısının kranial tümör olduğu, %74,7' sinin (n=112) hastaneye planlı olarak yattığı, %50,7'sinin (n=76) eşlik eden başka hastalığının olmadığı, serviste ortalama $9,51\pm 6,65$ gün kaldığı ve ortalama $4,78\pm 5,74$ gününü yatağa bağımlı olarak geçirdiği görüldü. Hastaların %98,0'ının (n=147) yanında refakatçısının bulunduğu, %80,7'sinin (n=121) daha önce hastane deneyimine sahip olduğu saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 4-3: Hastaların Hastalık ve Hastane Deneyimlerine İlişkin Görüşlerinin Dağılımı(N=150)

| Görüşler | | Sayı | % |
|--|--|-------|---------|
| Yaşamınız hastalığınız nedeniyle etkilendi mi? | Evet | 136 | 90,7 |
| | Hayır | 14 | 9,3 |
| Etkilenme Nedeni (*n=136) | <i>Ekonomik Yükte Artış</i> | 94 | 62,7 |
| | <i>Sosyal İlişkilerde Azalma</i> | 89 | 59,3 |
| | <i>Anne -Baba Sorumluluklarını Yerine Getirememe</i> | 68 | 45,3 |
| | <i>Aile İçi Anlaşmazlıkta Artış</i> | 22 | 14,7 |
| Manevi ihtiyaçlarınızı yeterince karşılayabildiniz mi? | Evet | 53 | 35,4 |
| | Kısmen | 92 | 61,3 |
| | Hayır | 5 | 3,3 |
| Hemşireler yeterince ilgili ve nazik davrandılar mı? | Evet | 140 | 93,3 |
| | Kısmen | 10 | 6,7 |
| | Hayır | - | - |
| Hemşirelik bakımı açısından tekrar bu kurumu tercih eder misiniz? | Evet | 147 | 98,0 |
| | Kısmen | - | - |
| | Hayır | 3 | 2,0 |
| Hemşirelerin sizin için ellerinden geleni yaptığını düşünüyor musunuz? | Evet | 138 | 92,0 |
| | Kısmen | 12 | 8,0 |
| | Hayır | - | - |
| Bakım Doyumu Algısı | 8,03±1,40 | Min=3 | Maks=10 |

*Birden fazla yanıt verildi.

Çalışma kapsamına alınan hastaların (n=150), hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerinin dağılımı incelendiğinde; %90,7'sinin (n=136) hastalığı nedeniyle yaşamının etkilendiği ve bu hastaların %62,7'sinde (n=94) ekonomik yükün arttığı, %59,3'ünde (n=89) sosyal ilişkilerinin azaldığı saptandı. Hastaların %61,3'ü (n=92) hastane sürecinde manevi ihtiyaçlarını kısmen karşıladıklarını, %93,3'ü (n=140) hemşirelerin kendilerine her zaman yeterince ilgili ve nazik davrandıklarını, %98,0'ı (n=147) hemşirelik bakımı açısından tekrar aynı kurumu tercih edeceklerini, %92,0'ı (n=138) hemşirelerin kendileri için ellerinden geleni yaptığını düşündüklerini ifade etti. Hastaların Bakımı Doyumu Algısı puan ortalamasının $8,03 \pm 1,40$ olduğu görüldü (Tablo 4.3).

4.2.Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algularına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 150 hastanın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.4).

Tablo 4-4: Hastaların BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan

Ortalamalarının Dağılımı (N=150)

| Ölçek ve Alt Boyutları | Minimum | Maksimum | Ort. \pm S.S. |
|----------------------------|---------|----------|-----------------|
| BBS-B (Toplam Puan) | 2,29 | 5,00 | 4,02 \pm 0,64 |
| Klinik Durum | 2,10 | 5,00 | 4,10 \pm 0,80 |
| Kişisel Yaşam Durumu | 1,78 | 5,00 | 3,87 \pm 0,72 |
| Karar Verme Kontrolü | 2,00 | 5,00 | 4,16 \pm 0,70 |

BBS-B'de toplam ve alt boyutlarından alınabilecek olası puan aralığı 1-5 arasındadır.

Hastaların BBS-B toplam madde puan ortalaması $4,02 \pm 0,64$ olarak bulundu. Alt boyutlara bakıldığında; madde puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla; *Karar Verme Kontrolü* $4,16 \pm 0,70$, *Klinik Durum* $4,10 \pm 0,80$ ve *Kişisel Yaşam Durumu* $3,87 \pm 0,72$ olarak sıralandı (Tablo 4.4).

4.3.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 150 hastanın bireysel özellikleri, hastalık özellikleri, hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerini içeren tanıtıcı özelliklerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7).

Tablo 4-5: Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

| Özellikler | BBS-B Alt Boyutları | | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------|---------------|--------------|---------------|----------------------|-------|----------------------|-------|
| | BBS-B Toplam | | Klinik Durum | | Kişisel Yaşam Durumu | | Karar Verme Kontrolü | |
| | Ort±S.S | p | Ort±S.S | p | Ort±S.S | p | Ort±S.S | p |
| Cinsiyet | | | | | | | | |
| Kadın | 4,13± 0,60 | 0,034* | 4,20 ± 0,78 | 0,035* | 3,96±0,70 | 0,074 | 3,99±0,77 | 0,155 |
| Erkek | 3,90 ± 0,67 | | 3,92 ± 0,78 | | 3,78±0,76 | | 3,76±0,90 | |
| Medeni Durum | | | | | | | | |
| Evli | 4,08± 0,66 | 0,537 | 4,11±0,81 | 0,585 | 3,90±0,74 | 0,564 | 3,90±0,80 | 0,866 |
| Bekar | 3,98± 0,62 | | 3,98±0,77 | | 3,84±0,71 | | 3,87±0,83 | |
| Eğitim Durumu | | | | | | | | |
| Okur Yazar | 3,77± 0,61 | 0,485 | 3,77±0,73 | 0,457 | 3,64±0,73 | 0,688 | 3,65±0,63 | 0,504 |
| İlkokul | 4,07±0,71 | | 4,14±0,80 | | 3,89±0,82 | | 3,91±0,90 | |
| Ortaokul | 4,02± 0,62 | | 4,06±0,77 | | 3,86±0,63 | | 3,90±0,96 | |
| Lise | 4,00± 0,60 | | 4,04±0,72 | | 3,95±0,62 | | 3,78±0,85 | |
| Üniversite | 4,17± 0,52 | | 4,22±0,60 | | 3,97±0,73 | | 4,18±0,61 | |
| Sosyal Güvence | | | | | | | | |
| Var | 4,04±0,61 | 0,845 | 4,08±0,78 | 0,722 | 3,88±0,71 | 0,955 | 3,90±0,80 | 0,895 |
| Yok | 3,88±1,01 | | 3,88±0,89 | | 3,86±0,95 | | 3,66±1,06 | |
| Kiminle Birlikte Yaşıyorsunuz? | | | | | | | | |
| Çekirdek Aile | 4,09±0,63 | 0,525 | 4,17±0,78 | 0,045* | 3,91±0,76 | 0,397 | 3,93±0,80 | 0,525 |
| Aile /Yakını Yanında | 3,83±0,69 | | 3,76±0,81 | | 3,83±0,62 | | 3,68±0,99 | |
| Yalnız | 3,96±0,47 | | 3,90±0,51 | | 3,63±0,76 | | 4,11±0,57 | |

*Kruskal-Wallis, Mann-Whitney Analizi *p<0,05 **p<0,01*

Hastaların bireysel özelliklerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durum, eğitim durumu ve sosyal güvence durumlarına göre, BBS-B toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.5).

Hastaların cinsiyetlerine göre *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyutları madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Kadın hastalarda BBS-B toplam madde puan ortalaması ve *Klinik Durum* alt boyut madde puan ortalamasının erkek hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

Hastaların yaşadıkları aile tipine göre BBS-B toplam madde puan ortalamaları, *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyutu madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Çekirdek ailede yaşayan hastalarda *Klinik Durum* alt boyut madde puan ortalamasının bir aile/yakınının yanında yaşayan ya da yalnız yaşayan hastalardan, istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

Tablo 4-6: Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

| Özellikler | BBS-B Toplam | | BBS-B Alt Boyutları | | | | | |
|--------------------------------|--------------|--------|---------------------|-------|----------------------|--------|----------------------|--------|
| | Ort±S.S | p | Klinik Durum | | Kişisel Yaşam Durumu | | Karar Verme Kontrolü | |
| | | | Ort±S.S | p | Ort±S.S | p | Ort±S.S | p |
| Tanı | | | | | | | | |
| Kranial Tümör | 4,13±0,65 | | 4,11±0,72 | | 3,95±0,70 | | 4,37±0,43 | |
| Vasküler Hastalıklar | 3,89±0,61 | 0,253 | 3,94±0,68 | 0,092 | 3,73±0,74 | 0,392 | 4,14±0,78 | 0,839 |
| Travma | 3,37±0,37 | | 2,90±0,43 | | 3,41±0,28 | | 3,96±0,69 | |
| Spinal Cerrahi | 4,11±0,64 | | 4,22±0,41 | | 3,88±0,82 | | 3,92±0,39 | |
| Sinir Cerrahisi | 4,02±0,65 | | 3,99±0,84 | | 3,89±0,70 | | 4,21±0,37 | |
| | | | | | | | | |
| Servise Kabul Sekli | | | | | | | | |
| Acil Birimden Nakil | 3,96±0,56 | 0,030* | 3,98±0,81 | 0,322 | 4,00±0,48 | 0,042* | 3,74±0,68 | 0,013* |
| Planlı | 4,10±0,63 | | 4,13±0,78 | | 3,93±0,75 | | 4,00±0,77 | |
| Yoğun Bakımdan Nakil | 3,61±0,70 | | 3,80±0,82 | | 3,41±0,78 | | 3,22±0,81 | |
| Eşlik Eden Hastalığı | | | | | | | | |
| Var | 4,03±0,64 | 0,823 | 4,11±0,84 | 0,806 | 3,88±0,72 | 0,803 | 3,82±0,86 | 0,318 |
| Yok | 4,05±0,81 | | 4,03±0,73 | | 3,88±0,74 | | 3,95±0,81 | |
| Refakatçiniz Varlığı | | | | | | | | |
| Var | 4,03±0,64 | 0,458 | 4,08±0,79 | 0,523 | 3,88±0,73 | 0,312 | 3,89±0,84 | 0,670 |
| Yok | 4,47±0,51 | | 4,57±0,00 | | 4,50±0,0 | | 4,21±0,00 | |
| Önceki Hastane Deneyimi | | | | | | | | |
| Var | 4,06±0,64 | 0,500 | 4,09±0,80 | 0,784 | 3,92±0,72 | 0,181 | 3,90±0,84 | 0,548 |
| Yok | 3,95±0,64 | | 4,01±0,77 | | 3,73±0,78 | | 3,82±0,68 | |

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney Analizi * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Hastaların hastalık özelliklerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların tanısı, eşlik eden başka hastalığının varlığı, yanında refakatçi bulunma durumu ve önceki hastane deneyimine göre BBS-B toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Hastaların servise kabul şekillerine göre, acil birimden nakil olarak gelen hastalarda *Kişisel Yaşam Durumu* alt boyut madde puan ortalamasının planlı ve yoğun bakımdan nakil olarak gelen hastaların madde puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). Planlı şekilde gelen hastalarda BBS-B toplam madde puan ortalaması ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyutu madde puan ortalaması, acil birim ve yoğun bakımdan nakil gelen hastaların madde puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$). Hastaların servise geliş şekillerine göre *Klinik Durum* alt boyut madde puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4-7: Hastaların Hastalık ve Hastane Deneyimlerine İlişkin Görüşlerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=150)

| Görüşler | BBS-B Toplam | | BBS-B Alt Boyutları | | | | | |
|---|--------------|---------|---------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|
| | Ort ± S.S | p | Klinik Durum | | Kişisel Yaşam Durumu | | Karar Verme Kontrolü | |
| | Ort ± S.S | p | Ort ± S.S | p | Ort ± S.S | p | Ort ± S.S | p |
| Yaşamınız Hastalığınız Nedeniyle Etkilendi Mi? | | | | | | | | |
| Evet | 4,00±0,65 | 0,069 | 4,04±0,81 | 0,052 | 3,84±0,73 | 0,048* | 3,87±0,83 | 0,513 |
| Hayır | 4,30±0,51 | | 4,40±0,42 | | 4,32±0,60 | | 4,00±0,86 | |
| Manevi İhtiyaçlarınızı Yeterince Karşılatabildiniz Mi? | | | | | | | | |
| Evet | 4,16±0,63 | 0,078 | 4,28±0,66 | 0,051 | 3,91±0,67 | 0,230 | 4,02±0,81 | 0,127 |
| Kısmen | 3,98±0,61 | | 3,98±0,71 | | 3,91±0,71 | | 3,82±0,82 | |
| Hayır | 3,35±1,10 | | 3,42±1,13 | | 2,93±1,32 | | 3,25±1,20 | |
| Hemşireler Sizlere Karşı Yeterince İlgili Ve Nazik Davrandılar Mı? | | | | | | | | |
| Evet | 4,10±0,58 | 0,000** | 4,14±0,74 | 0,002** | 3,97±0,65 | 0,000** | 3,96±0,79 | 0,001** |
| Kısmen | 3,07±0,66 | | 3,20±0,85 | | 2,66±0,66 | | 3,82±0,86 | |
| Hayır | 2,64±0,00 | | 2,28±0,00 | | 2,52±0,00 | | 3,78±0,00 | |
| Hemşirelik Bakımı Konusunda Tekrar Bu Kurumu Tercih Eder Misiniz? | | | | | | | | |
| Evet | 4,06±0,61 | 0,004** | 4,10±0,76 | 0,009** | 3,91±0,71 | 0,008** | 4,29±0,70 | 0,006** |
| Hayır | 2,60±0,29 | | 2,61±0,70 | | 2,58±0,14 | | 3,20±0,61 | |
| Hemşirelerin Sizin İçin Ellerinden Geleni Yaptığını Düşünüyor Musunuz? | | | | | | | | |
| Evet | 4,09±0,59 | 0,001** | 4,14±0,74 | 0,003** | 3,97±0,66 | 0,000** | 4,23±0,51 | 0,007** |
| Kısmen | 3,26±0,73 | | 3,30±0,92 | | 2,85±0,74 | | 3,81±0,87 | |

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney Analizi *p<0,05 **p<0,01

Hastaların hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılama durumuna göre BBS-B toplam madde ve üç alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$) (Tablo4.7).

Hastalıkları nedeniyle yaşamlarının etkilenmesi durumuna göre hastaların *Klinik Durum* ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyutları madde puan ortalamaları arasında farklılık bulunmazken ($p>0,05$), hastalığı nedeniyle yaşamının etkilenmediğini ifade eden hastalarda *Kişisel Yaşam Durumu* alt boyut madde puanları ortalamasının diğer hastalardan istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 4.7).

Hemşirelerin hastalara karşı yeterince ilgili ve nazik davranma durumlarına yönelik BBS-B toplam madde puan ortalamaları ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, hemşirelerin kendilerine her zaman ilgili ve nazik davrandığını ifade eden hastaların BBS-B toplam madde ile *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamalarının, bazen ya da hiçbir zaman ilgili ve nazik davranmadıklarını ifade eden hastaların madde puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$) (Tablo4.7).

Hemşirelik bakımı açısından tekrar aynı kurumu tercih edeceğini ifade eden hastaların BBS-B toplam madde puan ortalamasının, *Klinik Durum* , *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamalarının, aynı kurumu tekrar tercih etmeyecek olan hastaların puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$) (Tablo4.7).

Hemşirelerin kendileri için ellerinden geleni yaptıklarını düşünen hastaların BBS-B toplam madde puan ortalaması ile *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamalarının, hemşirelerin kısmen ellerinden geleni yapmadıklarını düşünen hastaların madde puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,01$) (Tablo 4.7).

4.4.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle BBS-B Toplam Madde Ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Bu bölümde, çalışma kapsamına alınan 150 hastanın bazı tanıtıcı özellikleri ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulgulara yer verildi (Tablo 4.8).

Tablo 4-8: Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=150)

| | | Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------------|----------------|----------------------|----------------------|
| | | BBS-B Toplam | Klinik Durum | Kişisel Yaşam Durumu | Karar Verme Kontrolü |
| Yaş | r | 0,098 | 0,078 | 0,094 | 0,076 |
| | p | 0,233 | 0,342 | 0,255 | 0,360 |
| Yaşam Yönelimi | r | -0,041 | -0,090 | 0,078 | -0,069 |
| | p | 0,620 | 0,274 | 0,347 | 0,406 |
| Yaşam Doyumu Algısı | r | 0,196 | 0,210 | 0,190 | 0,176 |
| | p | 0,016* | 0,010* | 0,021* | 0,032* |
| Bu Serviste Kaldığı Gün Sayısı | r | -0,070 | -0,009 | -0,111 | -0,093 |
| | p | 0,395 | 0,911 | 0,176 | 0,260 |
| Bağımlı Olduğu Gün Sayısı | r | -0,099 | -0,108 | -0,160 | -0,152 |
| | p | 0,237 | 0,195 | 0,053 | 0,066 |
| Bakım Doyumu Algısı | r | 0,634 | 0,589 | 0,489 | 0,537 |
| | p | 0,000** | 0,000** | 0,000** | 0,000** |

Spearman Korelasyon Analizi * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; hastaların yaşı, yaşam yönelimi, serviste kaldığı gün sayısı, bağımlı olduğu gün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p > 0,05$) (Tablo 4.8.).

Hastaların Yaşam Doyumu Algısı ile BBS-B toplam madde puan ortalaması ve *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf derecede anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Hastaların yaşamdan doyumu arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algılarının da yükseldiği görüldü ($p < 0,05$) (Tablo 4.8).

Hastaların Bakım Doyumu Algısı ile BBS-B toplam madde puan ortalaması ve *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı bir ilişki belirlendi ($p < 0,01$) (Tablo 4.8).

5.TARTIŞMA

Bakımda bireyselliğin sağlanması ve sürdürülmesi, hasta bireyin tüm boyutlarının değerlendirilmesi ile belirlenen sorunların çözümlenmesine yönelik yardım işlevlerinde, girişimlerin bireye özgü planlanarak uygulanması ve hastanın bakım kararlarına katılımı ile mümkündür. Bireyselleştirilmiş bakım, kişilerarası yaklaşımları ve hemşirelik girişimlerini belirlemek için, sağlıklı/hasta bireyin bireyselliğinin ve otonomisinin dikkate alınmasını içermektedir (Acaroğlu ve ark. 2007; 2010; Acaroğlu ve Şendir 2012). Sağlık kurumlarında bireyselleştirilmiş bakım ve hasta-hemşire ilişkisine verilen önemin artması ile birlikte, hasta bireyin beklentilerinin karşılanması öncelik kazanmıştır. Literatürde, hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili algılarının, bakımda odaklanması gereken temel nokta olduğu ve bakımın hastanın bakış açısı ile değerlendirilmesi ve sunulması gerektiği ifade edilmektedir (Algier ve ark. 2005). Bireyselleştirilmiş bakım ile bakımın kalitesini yükseltmek, klinik rehber oluşturmak ve hasta memnuniyetini arttırmak amaçlanır (Suhonen ve ark. 2010d). Yapılan çalışmalarda, bakımda hastanın bireysel özellikleri dikkate alındıkça bakımın da bireyselleştirildiği saptanmıştır. Bu nedenle hastaların bakım eylemlerinde bireyselliklerini ne ölçüde algıladıklarını ve hangi özelliklerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediğinin değerlendirilmesi önemlidir (Suhonen ve ark. 2006; 2010d; Fındık ve ark. 2010; Rasooli ve ark. 2014; Gürdoğan ve ark. 2015).

Bu bölümde, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular, literatür bilgisi doğrultusunda dört başlık altında tartışıldı.

5.1.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algularına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

5.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, hastaların bireysel özellikleri, hastalık özellikleri, hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerini içeren bazı tanıtıcı özelliklere yönelik bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Tablo 4.3).

Çalışma kapsamına alınan hastaların yarısından fazlası (%55,3) **kadın**, **yaş ortalaması** $49,0 \pm 15,42$ yıl, çoğunluğu (%72,0) **evli**, %38,7'i **ilkokul mezunu**, %40,0'ı **ev hanımı**, büyük çoğunluğu (%94,0) **sosyal güvenceye** ve çoğunluğu (%72,7) **çekirdek aileye** sahipti (Tablo 4.1). Örneklem grubunu oluşturan hastaların bireysel özelliklerine ilişkin bu bulgular, Suhonen ve arkadaşlarının (2006) hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen özelliklerini, Rasooli ve arkadaşlarının (2013) hastaların bireyselleştirilmiş bakıma yönelik farkındalıklarını, Çoban ve Kaşıkçı'nın (2008); Yiğitbaş ve Deveci'nin (2014) hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını değerlendirmek için yaptıkları çalışmalardaki örneklem gruplarının bulgularına benzerlik gösterdi.

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyebileceği düşünülerek kişilik özelliklerine bakıldığında, **Yaşam Yönelimi** puan ortalamasının $23,25 \pm 5,86$ olduğu görüldü (Tablo 4.1). Bu bulguya göre, hastalar oldukça iyimser bakış açısına sahipti. Kaya ve arkadaşlarının (2007), nöroşirurji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile baş etme durumuna etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, hastaların bireysel özellikleri bu çalışmanın örneklem grubuna benzemesine rağmen, hastaların yaşam yönelimi puan ortalamasının ($18,41 \pm 4,69$) daha düşük olduğu görüldü. Wimberly ve arkadaşlarının (2008) iyimserliğin, kişiler arası ilişkinin ve üzüntünün, erken evre meme kanseri olan kadın hastaların psiko-seksüel iyilik haline etkisini incelemek amacıyla yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada, yaşam yönelimi puan ortalamalarının ameliyat sonrası erken dönemde $19,78 \pm 3,5$; üç ay sonra $19,75 \pm 3,65$; altı ay sonra $20,27 \pm 3,37$; bir yıl sonra $20,37 \pm 3,38$ saptanmış olması çalışmanın bu bulgusundan farklı bulundu.

Hastaların **Yaşam Doyumu Algısı** Puan Ortalamasının $7,07 \pm 2,11$ olduğu belirlendi (Tablo 4.1). Literatürde yaşam doyumu algısı, yaşamdan mutluluk duymanın, günlük ilişkiler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya göre daha ağırlıklı olmasının ve

bireyin yaşamına karşı genel tutumun bir ifadesi olarak belirtilmiş olup (Özdevecioğlu 2003), hastaların yaşamdan doyum algılarının oldukça yüksek olduğu, genel olarak hastaların kendilerini mutlu hissettikleri saptandı.

Hastaların, **hastalık özelliklerine** ilişkin bulgularının dağılımına bakıldığında; yaklaşık yarısının (%46,7) tanısının **kranial tümör** olduğu, dörtte üçünün (%74,7) hastaneye **planlı** olarak yattığı, yarısının (%50,7) **eşlik eden başka hastalığının olmadığı**, serviste ortalama $9,51 \pm 6,65$ **gün kaldığı** ve ortalama $4,78 \pm 5,74$ gününü **yatağa bağımlı** olarak geçirdiği görüldü. Hastaların hemen hemen tamamının (%98,0) yanında **refakatçisinin bulunduğu**, çoğunluğunun (%80,7) **hastane deneyimine sahip** olduğu saptandı (Tablo 4.2). Örneklem grubunun hastalık özelliklerine ilişkin çoğu bulgular; Berg ve arkadaşlarının (2007), Suhonen ve arkadaşlarının (2006; 2008a) hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmaların bulgularına benzerlik gösterirken, Tekin' in (2011) ortopedik cerrahi girişim geçiren hastaların bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmadaki örneklem grubunun hastalık özelliklerine yönelik bulgularından farklı idi.

Hastaların, **hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerinin** dağılımı incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%90,7) **hastalığı nedeniyle yaşamının etkilendiği** ve bu hastaların %62,7'sinde **ekonomik yükün arttığı**, %59,3'ünde sosyal ilişkilerinin azaldığı saptandı. Hastaların %61,3'ü hastane sürecinde **manevi ihtiyaçlarını kısmen karşıladıklarını**, büyük çoğunluğu (%93,3) hemşirelerin kendilerine **her zaman yeterince ilgili ve nazik davrandıklarını**, tamamına yakını (%98,0) **hemşirelik bakımı açısından tekrar aynı kurumu tercih edeceklerini**, büyük çoğunluğu (%92) **hemşirelerin kendileri için ellerinden geleni yaptığını düşündüklerini** ifade etti (Tablo 4.3). Çalışmanın bu bulguları Karahan'ın (2008), Arslan ve Kelleci'nin (2011) ve Şişe'nin (2013) hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin incelenmesine yönelik yaptıkları çalışmaların bulgularına benzerdi.

Hastaların, **Bakım Doyumu Algısının** $8,03 \pm 1,40$ puan ortalaması ile yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.3). Arslan ve arkadaşlarının (2012), hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin belirlenmesi amacıyla, bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları ve genel cerrahi servislerinde yaptıkları çalışmada, hastaların memnuniyet puan ortalamasının $8,57 \pm 1,52$ olması,

çalışmanın bu bulgusu ile uyumlu bulundu. Buna karşın Apay ve Arslan'ın (2009) bir üniversite hastanesinde yatan hastaların memnun olma düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, memnuniyet puan ortalamasının $6,9\pm 2,3$ bulunması, çalışmanın bu bulgusundan farklılık gösterdi. Hastaların hemşirelik bakımından duydukları doyum, bakımın sunumunu, hasta ile bakım verenlerin etkileşimini, bakımın varlığını, bakımın sürekliliğini, bakım verenlerin yeterliliği ve iletişim özelliklerini içeren çok boyutlu bir kavramdır. Bundan dolayı, hastanın bakımdan doyumunun sağlık hizmetlerinin bir sonucu ve genellikle hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Apay ve Arslan 2009).

5.2.Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların BBS-B toplam madde puan ortalaması $4,02\pm 0,64$ idi (Tablo 4.4). BBSB'den alınabilecek en yüksek madde toplam puan ortalamasının 5.0 olduğu dikkate alındığında, hastaların **bireyselleştirilmiş bakım algılarının** yüksek olduğu belirlendi. Bu bulgu, Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007), bir üniversite hastanesinde beyin cerrahisi servisinde yatan hastalarda, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisini araştırdıkları çalışma ($4,20\pm 0,91$) ile Tekin'in (2011) ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini araştırdığı çalışmasında ($4,26\pm 0,07$), hastaların bakımında bireyselliği algılama durumları ile paralellik gösterdi. Buna karşın, Aktaş ve arkadaşlarının (2012) hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını inceledikleri karşılaştırmalı çalışmada hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının ($4,52\pm 0,62$) daha yüksek olması; Gürdoğan ve arkadaşlarının (2015) hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını ve memnuniyetlerini inceledikleri çalışmada ise hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının ($3,88\pm 0,69$) daha düşük bulunması, çalışmanın bu bulgusundan farklılık gösterdi.

Bireyselleştirilmiş bakım algılarına ilişkin alt boyutlar incelendiğinde; örneklem grubunu oluşturan hastalarda, en yüksek bireyselleştirilmiş bakım algısının, hasta bireylerin kendi bakımlarında söz sahibi olma, bakımlarıyla ilgili kararlara katılma ve bakımda isteklerinin dikkate alınması gibi konularda bireyselliklerinin desteklendiği **Karar Verme Kontrolü**'nde ($4,16\pm 0,70$) olduğu görüldü. Bunu hasta bireylerin hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığın kendileri için anlamını içeren konularda bireyselliklerinin desteklendiği, **Klinik Durumun**'un ($4,10\pm 0,80$) izlediği

belirlendi. En düşük bireyselleştirilmiş bakım algısının ise hastaların günlük yaşamlarındaki alışkanlıkları, inançları ve değerlerini yansıtan kültürel özelliklerinin desteklendiği *Kişisel Yaşam Durumu*'nda ($3,87\pm 0,72$) olduğu görüldü (Tablo 4.4).

Ülkemizde, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirmek üzere yapılan çalışmalardan yalnızca ikisinde, BBS-B alt boyutlarına ilişkin bulgu ve yorumlara yer verilmişti. Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında en yüksek bireyselleştirilmiş bakım algısının *Karar Verme Kontrolü*'nde olması, bunu sırasıyla *Klinik ve Kişisel Yaşam Durumları*'nın izlemesi, çalışmanın bu bulgusu ile bire bir benzerlik gösterirken, Tekin'in (2011) çalışmasından elde edilen algılama sıralamasının farklılık gösterdiği, en yüksek bireyselleştirilmiş bakım algısının *Klinik Durum*'da olduğu, bunu sırasıyla *Karar Verme Kontrolü* ve *Kişisel Yaşam Durumu*'nun izlediği görüldü.

Yurt dışında yapılan benzer çalışmaların sonuçları incelendiğinde; Land ve Suhonen'nin (2009) ortopedi hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının ($4,03\pm 0,79$) bu çalışma bulgusuna benzerlik gösterdiği, Berg ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının ($4,28\pm 0,61$) daha yüksek olduğu görüldü. Suhonen ve Kilpi'nin (2012) çalışması ($3,98\pm 0,69$) ile Suhonen ve arkadaşlarının (2007a) çalışmasında ($3,95\pm 0,81$) ise hastaların bakımlarında bireyselliklerini algılamalarının bu çalışma bulgusundan daha düşük olduğu gözlemlendi. Bu farklılıkların, bireyselliğin olgunlaşmasında önemli bir etkiye sahip olan kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünüldü. Nitekim, Suhonen ve arkadaşları (2010a) tarafından farklı ülkelerde karşılaştırmalı olarak yapılan benzer bir çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının farklılık göstermesi bu görüşü destekler nitelikte idi.

BBS-B alt boyutları açısından bu çalışmaların bulgularına bakıldığında; Berg ve arkadaşlarının (2007), Land ve Suhonen (2009); Suhonen ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında en yüksek bireyselleştirilmiş bakım algısının *Karar Verme Kontrolü*'nde olması ve bunu sırasıyla *Klinik ve Kişisel Yaşam Durumları*'nin takip etmesi, çalışma bulgusuna paralellik gösterdi. Suhonen ve arkadaşlarının (2010a) farklı ülkelerden hastalar ile yaptıkları çalışmada Finlandiya, İsveç, İngiltere ve Amerika'daki hastaların en yüksek bireyselleştirilmiş bakım algısının *Karar Verme Kontrolü*'nde olduğu

görülürken, bu ülkelerdeki hastaların en düşük bireyselleştirilmiş bakım algısı *Kişisel Yaşam Durumu* 'nda idi.

Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda, genellikle hastaların bakımları sırasında, hastalık özelliklerinin dikkate alındığına ve bakımları konusundaki kararlara katılımlarının sağlandığına ilişkin algılarının yüksek, buna karşın bireyselliklerini en fazla destekleyen, kişisel yaşam durumuna yönelik algılarının düşük olduğu gözlemlendi.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile uyumlu olduğu dikkati çekti. Nitekim, Charalambaus ve arkadaşları (2010), Suhonen ve arkadaşları (2010b; 2011) ile Can (2013) ve Özdemir'in (2015) hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını inceleyen çalışmalarında da hastaların bakımları sırasında hastalık özelliklerinin dikkate alındığı ve bakım hakkındaki kararlara katılımlarının sağlandığı, ancak bakımları sırasında en az dikkate alınan faktörün *Kişisel Yaşam Durumu* olduğu görüldü.

Çalışmada, hastaların **bireyselleştirilmiş bakım algılarına** ilişkin bulguları değerlendirildiğinde; hastaların hastalığa yanıtlarını, duygularını, hissettiklerini, hastalığın kendisi için anlamı ve kendi bakımında söz sahibi olmasını ve bakımı ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlanması gibi konularda, bireyselliğinin desteklendiğine yönelik bakım davranışlarını daha fazla algıladığı, hastaların günlük yaşamındaki alışkanlıklarının, inançlarının, kültürel özelliklerinin desteklendiğine yönelik bakım davranışlarını ise daha az algıladıkları saptandı.

Bu bölümden elde edilen bulgular ile çalışma kapsamına alınan hastaların **bireyselleştirilmiş bakım algılarının** yüksek olduğu belirlendi ve araştırmanın "*Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ne düzeydedir?*" sorusu yanıtladı.

5.3.Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde, hastaların bireysel özellikleri, hastalık özellikleri, hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerini içeren tanıtıcı özelliklerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.5, Tablo 4.6, Tablo 4.7).

Hastaların **bireysel özelliklerine göre** bireyselleştirilmiş bakım algılarına bakıldığında, **kadın** hastaların BBS-B toplam madde puan ortalamalarının erkek hastaların madde madde puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu, ($p<0,05$; Tablo 4.5) ve kadın hastaların bakımda bireyselliklerini daha fazla algıladığı saptandı. Bu bulgu, hastaların bakım algılarını farklı ölçeklerle inceleyen Apay ve Arslan'ın (2009), İçyeroğlu ve Karabululu'nun (2011), Laal'in (2013), Yiğitbaş ve Deveci'nin (2014) çalışmalarındaki bulgular ile benzerlik gösterdi. Cinsiyet davranışlarının oluşumunda ve cinsler arası tavır farklılaşmasının sebebi olarak, psikolojik ve duygusal özellikleri öne çıkmaktadır. Nitekim, kadınların farklı bir psikolojik ve zihni organizasyonları bulunduğu işaret edilmektedir. Kadınların hedefleri, arzuları, duyarlılıkları ve genel olarak ruh dünyaları kendine özgü olması sebebiyle, toplum içerisinde farklı bir tutum ve tavır içerisindedirler. Kibarlık, acıma, sorumluluk ve adanmak kadınlarda daha çok gelişmiştir ve ilişkilerinde daha duygusal, destekleyici ve kişisel açıklık taraftarıdır (Ersoy 2009). Çalışmada, kadın hastaların *Klinik Durum* alt boyut madde puan ortalamasının erkek hastaların madde puan ortalamasından anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu ($p<0,05$), bununla birlikte kadın hastaların *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyutları puan ortalamalarının erkek hastalara göre daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.5). Kadın hastaların bakımda ihtiyaçlarının, duygularının, düşüncelerinin, korku, endişelerinin ve hastalığın kendisi için taşıdığı anlam gibi konularda bireysellik algısının daha yüksek olduğu görüldü. Bu durum, kadın hastalar ile hemşirelerin çoğunun cinsiyetinin aynı olması ve kadın cinsiyette davranışsal farkındalığın yüksek olması, kadın hastaların hemşire tarafından yapılan tüm bakım uygulamalarında bireyselliklerinin dikkate alındığını hissetmelerine bağlanırken, aynı zamanda kadınların soyut olguları algılamalarının erkeklere göre daha yüksek olmasından kaynaklanabileceğini düşündürdü.

Çalışmanın bu bulgusundan farklı olarak, Suhonen ve arkadaşlarının (2006) bireysel özelliklerin, bireyselleştirilmiş bakım ile ilişkisini incelediği çalışmada, erkek hastaların bakımda bireyselliği kadın hastalardan daha fazla algıladığı belirtilmiştir. Quintana ve arkadaşlarının (2006), Resnick ve arkadaşlarının (2008), Fındık ve arkadaşlarının (2010), hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ve bakım algısını etkileyen faktörleri değerlendirdikleri çalışmalarda erkek hastaların bakım algılarının ve memnuniyetlerinin kadın hastalarinkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Foss

(2002) ve Radwin' in (2003), bu konuda yaptığı çalışmalarda, cinsiyet ile bakım algısı arasında herhangi bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Hastaların **medeni durumuna** göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, medeni durumun bireyselleştirilmiş bakım algısını etkilemediği görüldü. Evli hastaların BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının, bekâr hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olmasına karşın, istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.5). Evli hastaların ailesi ile paylaşımları ve aldığı destek ile kendini yalnız hissetmediği ve rahatladığı için iyilik halinin daha fazla olmasının, bireyselleştirilmiş bakım algısını olumlu yönde etkileyebileceği düşünüldü. Çoban ve Kaşıkçı (2010) ile Tekin'in (2011) ülkemizde yaptıkları benzer çalışmaların sonuçları, bu bulguyu destekler nitelikte idi. Quintana ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında, bekâr olan hastaların bakım algısının, evli olan hastalardan daha yüksek bulunması kültürel farklılığın bir sonucu olarak değerlendirildi.

Hastaların **eğitim durumlarına** göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puanları ortalamalarına karşılaştırıldığında, üniversite mezunu hastaların madde puan ortalamasının diğer hastalarinkinden yüksek olmasına karşın, istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.5). Tekin'in (2011) çalışmasında, üniversite ve üstü mezunu hastaların BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları daha yüksek olmasına karşın, benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu bulgunun aksine, Radwin'in (2003), Suhonen ve arkadaşlarının (2006; 2010d), Resnick ve arkadaşlarının (2008), Fındık ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmalarda ise eğitim durumu düşük olan hastaların, bireyselleştirilmiş bakım algılarının, diğer hastalarinkinden daha yüksek olduğu ve eğitim durumu yükseldikçe bireyselleştirilmiş bakım algısının düştüğü saptanmıştır.

Hastaların **sosyal güvencelerinin** varlığına göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, sosyal güvencesi olan hastaların BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları sosyal güvencesi olmayan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.5). Tekin (2011), Tuğut ve Gölbaşı'nın (2013) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekle birlikte; bu bulgu, sosyal güvencesi olmayan hasta sayısının az olmasına bağlandı.

Hastaların **yaşadığı aile tipine** göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; BBS-B toplam madde, *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamaları çekirdek ailede yaşayan hastalarda diğer hastaların puan ortalamalarından yüksek olmasına karşın, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.5). Buna karşın, **çekirdek ailede** yaşayan hastaların *Klinik Durum* alt boyut madde puan ortalamasının aile/yakını yanında ve yalnız yaşayan hastaların ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu ($p<0,05$; Tablo4.5). Çekirdek ailede yaşayan hastaların bakımlarında; duyguları, düşünceleri, hissettikleri, korku ve endişeleri, hastalığın kendileri için anlamına yönelik bireysellik algılarının diğer hastalarından daha yüksek olduğu görüldü. Bu bulgu; çekirdek ailede, aile üyelerinin ilişkilerinde duygu, düşünce paylaşımı, birbirini anlama ve empati kurmada daha duyarlı olmalarının algılama yeteneğini geliştirdiğini vurgulayan literatür bilgisi ile uyumlu bulundu (Yenilmez 2012).

Hastaların **bireysel özelliklerine** bakıldığında yalnızca cinsiyetin BBS-B toplam madde puan ortalamasını etkilediği, yaşanan aile tipinin ise sadece *Klinik Durum* alt boyut madde puan ortalaması üzerinde etkili olduğu belirlenerek, araştırmanın “*Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen bireysel özellikleri nelerdir?*” sorusu yanıtlandı.

Hastaların **hastalık özelliklerine göre** bireyselleştirilmiş bakım algılarına bakıldığında; hastaların tanısı ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$; Tablo 4.6). Çalışmada, hastaların tanısının, inançlarına, değerlerine, duygularına, düşüncelerine, tercihlerine, deneyimlerine ve algılarına göre bakım eylemlerinin uyarlanması olan bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilemediği görüldü ve bu durum hastaların tanısı ne olursa olsun, hemşirelik bakımına gereksinimleri olmasına bağlandı. Buna karşın, Resnick ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, iç hastalıklarına özgü tanısı olan hastaların, uzun süren sıkıntılı tedavi süreçleri nedeniyle bakıma yönelik algı ve memnuniyetlerinin cerrahi işlem uygulanan hastalarından daha düşük olduğu belirtilmektedir.

Hastaların **servise kabul şekillerine göre planlı** kabul edilen hastaların BBS-B toplam madde puan ortalaması ile *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalaması, acil

birim ve yoğun bakımdan servise kabul edilen hastalarinkinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklılık gösterdi ($p<0,05$; Tablo 4.6) ve bu hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğu görüldü. Suhonen ve arkadaşlarının (2006; 2010d) çalışmalarındaki bulgular ile benzerlik gösteren bu bulgu, planlı olarak servise kabul edilmenin, hastaların daha önceden kendilerini hastane sürecine hazırlamaları, uygulanacak bakım ve tedavi girişimleri hakkında bilgilendirilerek kararlara katılımlarına olanak sağlanmasının, bireyselleştirilmiş bakım alguları üzerinde olumlu etki yarattığını düşündürdü. Acil birimden kabul edilen hastaların *Kişisel Yaşam Durumu* madde puan ortalamasının planlı ve yoğun bakımdan servise kabul edilen hastalarinkinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$; Tablo 4.6). Bu bulgu, acil birimden kabul edilen hastalarda, tanılama yapmak üzere kişisel bilgilerinin yanı sıra alışkanlıkları ve önceki hastane deneyimlerine ilişkin hızlı ve ayrıntılı veri toplamanın bir sonucu olarak değerlendirildi. Nitekim literatürde, acil olarak kabul edilen hastalara özenli davranılmasının, bakım ve tedavi girişimlerinin zaman geçirmeden uygulanmasının hastaların kendini rahat ve değerli hissetmelerinde olumlu etkisi olduğu vurgulanmaktadır (Savaş ve Bahar 2011).

Hastaların şimdiki durumuna **eşlik eden hastalık varlığı** ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı ($p>0,05$; Tablo 4.6), hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının birbirine yakın değerlerde olduğu görüldü. Buna karşın Çoban ve Kaşıkçı'nın (2008) hastaların hemşirelik bakımını algılayışları konulu çalışmasında şimdiki durumuna eşlik eden başka hastalığı olan hastaların, olmayanlardan daha çok hastane deneyimine sahip oldukları, daha çok tıbbi işleme maruz kaldıkları ve bu durumun onları daha çok üzgün ve kırılğan hale getirdiği için bakım algılarının da daha düşük düzeyde olduğu belirtilmektedir.

Hastaların yanlarında **refakatçi bulunma durumuna** göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$; Tablo 4.6). Bununla birlikte, refakatçisi olmayan hastaların, refakatçisi olan hastalarinkinden daha yüksek puan ortalamalarına sahip olduğu görüldü. Refakatçisi olmayan hastaların, bakıma yönelik algısının fazla olması, hastaların refakatçisi olmadığında hemşire ile bire bir daha fazla zaman geçirmesi sonucu hemşire ile iletişiminin güçlenmesine bağlandı.

Hastaların **önceki hastane deneyimlerine** göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.6). Daha önce hastane deneyimi olan hastaların BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının biraz daha yüksek olduğu gözlenmekle birlikte, daha önce hastanede yatan bireylerin edindikleri deneyimlerin beklentilerinde olumlu ya da olumsuz bir etki yaratmadığını düşündürdü. Benzer şekilde Çoban (2006), İçyeroğlu ve Karabulutlu'nun (2011) çalışmalarında da hastaların, önceki hastane deneyimlerinin, bakım algıları ve buna yönelik memnuniyetlerini etkilemediğini saptamıştır.

Hastaların, **hastalık özelliklerine** bakıldığında; yalnızca servise kabul şeklinin BBS-B toplam madde ve *Kişisel Yaşam Durumu* ile *Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamaları üzerinde etkili olduğu belirlendi ve araştırmanın "*Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen hastalık özellikleri nelerdir?*" sorusu yanıtlandı.

Hastaların **hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerinin** bireyselleştirilmiş bakım algılarına etkisi incelendiğinde; BBS-B toplam madde ile *Klinik Durum* ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamalarının, **hastalığı nedeniyle yaşamı etkilenmeyen** hastalarda, yaşamı etkilenen hastalara göre daha yüksek olduğu, ancak bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.6). Hastalığı nedeniyle yaşamı etkilenmeyen hastaların *Kişisel Yaşam Durumu* madde puan ortalaması, yaşamı etkilenen hastalarinkinden istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksekti ($p<0,05$; Tablo 4.6). Bu durum, hastalık nedeniyle yaşamı etkilenmeyen hastaların, günlük aktivitelerini ve alışkanlıklarını sürdürmelerinde hemşirelik bakımına daha az gereksinim duymalarının bir sonucu olarak değerlendirildi.

Hastaların **manevi ihtiyaçlarını yeterince karşılayabilme** durumlarına göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında, manevi ihtiyaçlarını yeterince karşılayabilen hastaların BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının, manevi ihtiyaçlarını kısmen karşılayabilen ve yeterince karşılayamayan hastalarinkinden daha yüksek olmasına rağmen aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$; Tablo 4.6). Literatürde, hastanın

psikolojik ve manevi gereksinimlerinin karşılanarak iyilik halinin yükseltilmesinin, hemşirelik bakım algısı ve memnuniyet düzeyini de arttırdığının vurgulanması, çalışmanın bu bulgusunu destekler nitelikte idi (Laal 2013).

Hemşirelerin kendilerine **her zaman yeterince ilgili ve nazik davrandıkları** görüşünde olan hastaların BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamalarının, bu görüşte olmayan hastalarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,01$; Tablo4.7). Yapılan çalışmalarda, hemşirenin nazik, şefkatli, ilgili ve anlayışlı olma gibi kişilik özelliklerinin, profesyonel tutumlarının, bilgi ve becerilerini sunma biçimlerinin hasta-hemşire ilişkisini, dolayısı ile bakım memnuniyetini etkilediği belirtilmektedir (Yılmaz 2001; Arslan ve Kelleci 2011). Hemşirelerin hastalar ile iletişim kurma becerileri hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmelerinde başlıca rolü oynamaktadır. Bireyselleştirilmiş bakım hastaya kendisinin değerli olduğunu hissettirirken, kişiler arasında bir güven ilişkisinin kurulmasını da sağlamaktadır.

Hemşirelik bakımı açısından tekrar aynı kurumu tercih edecek olan hastaların BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu, Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamalarının, tekrar aynı kurumu tercih etmeyecek hastalarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$; Tablo 4.7). Literatürde, hastaların aynı kurumu tekrar tercih edecek olmasında en etkili faktörün hemşirelerin tutum ve davranışlarından kaynaklanan hasta memnuniyeti olduğu, hastanın hemşirelik bakımından duyduğu memnuniyetin ise bireyselleştirilmiş bakımın bir sonucu olarak ortaya çıktığı vurgulanmaktadır (Özer ve Çakıl 2007; Acaroğlu ve ark. 2007; Suhonen ve ark. 2005b; 2008a; 2008b; 2012; Fındık ve ark. 2010; Johannessen ve ark. 2011; Gürdoğan ve ark. 2015).

Hemşirelerin kendileri için ellerinden geldiğini yaptığını düşünen hastaların BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu, Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamalarının, hemşirelerin ellerinden geleni kısmen yaptığını düşünen hastalarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğu belirlendi ($p<0,01$; Tablo 4.7). Hastalık durumuna uyum sağlamada, hastaneyi kabullenmede ve bireyin kendini bulunduğu ortamda rahat hissetmesinde, hastalara

gereksindikleri bakımın bireyselleştirilmiş olarak sunulmasının ve değer verildiğinin hissettirilmesinin bu bulgu üzerinde etkili olduğu düşünüldü.

Hastaların **hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerine** bakıldığında; hemşirelerin kendilerine yeterince ilgili ve nazik davrandıklarını düşünmelerinin, hemşirelik bakımı açısından tekrar aynı kurumu tercih edecek olmalarının, hemşirelerin kendileri için ellerinden geleni yaptığını düşünmelerinin, BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları üzerinde etkili olduğu, hastalıkları nedeniyle yaşamlarının etkilenme durumunun ise yalnızca *Kişisel Yaşam Durumu* alt boyut madde puan ortalaması üzerinde etkili olduğu belirlendi ve araştırmanın “*Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algularını etkileyen hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşleri nelerdir?*” sorusu yanıtlandı.

5.4.Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasındaki ilişkiye yönelik bulguların tartışılmasına yer verildi (Tablo 4.8).

Hastaların yaş ortalaması ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde, istatistiksel açıdan aralarında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.8). Tuğut ve Gölbaşı'nın (2013), Çoban ve Kaşıkçı'nın (2008) hastaların bakım algularını inceledikleri çalışmaların bulguları, bu bulgu ile paralellik gösterdi. Çalışma bulgusundan farklı olarak, Foss (2002), Suhonen ve arkadaşlarını (2006; 2010d), Fındık ve arkadaşlarının (2010), Suhonen ve Leino-Kilpi'nin (2012) karşılaştırmalı olarak yaptıkları çalışmalarda; yaş ilerledikçe farkındalık ve iletişim yeteneklerinin arttığı, buna bağlı olarak hastaların bireyselleştirilmiş bakım algularının da arttığı saptanmıştır.

Hastaların kişilik özelliklerine yansıyan **yaşam yönelimleri** ile BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu*, *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görüldü ($p>0,05$; Tablo 4.8). Yaşam yönelimi, yaşamın tüm zorluklarına ve engellemelerine rağmen kişinin hayata karşı olumlu bakabilmesini sağlar ve bireyin ruh sağlığını korumasında ve geliştirmesinde de önemli bir rol oynar. Hayata karşı iyimser bakış açısına sahip olmak, bireyin motivasyon ve baş etme davranışını etkileyerek, kişilerinin mutluluklarını ve yaşamdan

aldıkları doyum düzeyini arttırır (Güler ve Emeç 2006; Sapmaz ve Doğan 2012). Çalışmada, hastaların yaşam yönelimi ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında bir ilişki olmadığı saptandı ancak yaşam doyumlarını desteklediği görüldü.

Hastaların **yaşam doyum algısı** ile BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu, Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf derecede anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p < 0,05$; Tablo 4.8). Mutluluğun bilişsel boyutunu oluşturan yaşam doyum, bireyin yaşamın çeşitli alan ve boyutlarına (sosyal yaşam, aile yaşamı, sağlık, iş yaşamı vs.) ilişkin algılarını değerlendirme ve yargılamalarını ifade etmekte, söz konusu yaşam alanlarına yönelik olarak duyulan memnuniyetin yüksek olması bireyin mutluluğunun göstergelerinden birisi olarak değerlendirilmektedir (Sapmaz ve Doğan 2012). Anlamlı bir yaşama sahip olma, yaşamdan zevk alma, yaşamdaki uğraşının fazla olması gibi faktörlerin yaşam doyum ile ilişkili olduğu (Güler ve Emeç 2006), hastaların yaşamdan duydukları doyum arttıkça, bireyselleştirilmiş bakım algılarının da olumlu yönde etkilendiği görüldü.

Hastaların **serviste kaldığı gün sayısı** ve bu süreçte **bağımlı olduğu gün sayısı** ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde ortalamaları arasında herhangi bir anlamlı ilişki olmadığı görüldü ($p > 0,05$; Tablo 4.8). Suhonen ve arkadaşları (2006; 2010d) ile Laal'in (2013) yaptığı çalışmalarda da çalışma bulgusuna benzer şekilde, hastanede kalış süresi ile hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında bir ilişki olmadığı saptanmıştır.

Hastaların **bakım doyum algısı** ile BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu, Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p < 0,01$; Tablo 4.8). Nitekim, Apay ve Arslan'ın (2009), Rafi ve arkadaşlarının (2009), Arslan ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında; uygulanan hemşirelik bakımı ve hastanın bu bakımdan algıladığı doyum ile hasta memnuniyeti arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Otani ve Kurz (2004) hemşirelik bakımına ilişkin görüşlerin doğrudan hasta memnuniyeti etkileyen bir parametre olduğunu belirtmiştir. Çalışmada; buna paralel olarak hastanın hemşirelik bakımından doyum arttıkça, bireyselleştirilmiş bakım algısının da arttığı saptandı.

Hastaların, bazı **tanıtıcı özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki** incelendiğinde; yaşam doyumu algısı ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf derecede anlamlı bir ilişki olduğu, bakım doyumu algısı ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ve araştırmanın “Hastaların bazı tanıtıcı özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında ilişki var mıdır? sorusu yanıtlandı.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörleri değerlendirerek aralarındaki ilişkiyi incelemek amacı ile tanımlayıcı, karşılaştırmalı ve ilişki arayıcı tipte bir araştırma olarak planlandı ve gerçekleştirildi.

Bu çalışmada çalışma kapsamına alınan hastaların %55,3'ünün (n=83) kadın, yaş ortalamasının $49,0 \pm 15,42$ yıl, %72,0'sinin (n=108) evli, %38,7'sinin (n=58) ilkokul mezunu, %40,0'ının (n=60) ev hanımı olduğu, %94,0'ının (n=141) sosyal güvencesinin bulunduğu, %72,7' sinin (n=109) çekirdek aileye sahip olduğu, yaşam yönelim algısı puan ortalamasının $23,25 \pm 5,86$ ve yaşam doyumu algısı puan ortalamasının $7,07 \pm 2,11$ olduğu (Tablo 4.1),

Hastaların % 46,7'sinin (n= 70) tanısının kranial tümör olduğu, %74,7' sinin (n=112) hastaneye planlı olarak yattığı, %50,7'sinin (n=76) eşlik eden başka hastalığının olmadığı , serviste ortalama $9,51 \pm 6,65$ gün kaldığı ve ortalama $4,78 \pm 5,74$ gününü yatağa bağımlı olarak geçirdiği, %98,0'ının (n=147) yanında refakatçısının bulunduğu, %80,7'sinin (n=121) daha önce hastane deneyimine sahip olduğu (Tablo 4.2),

Hastaların %90,7'sinin (n=136) hastalığı nedeniyle yaşamının etkilendiği ve bu hastaların %62,7'sinde (n=94) ekonomik yükün arttığı, %59,3'ünde (n=89) sosyal ilişkilerinin azaldığı, %61,3'ü (n=92) hastane sürecinde manevi ihtiyaçlarını kısmen karşıladıkları, %93,3'ü (n=140) hemşirelerin kendilerine her zaman yeterince ilgili ve nazik davrandıklarını, %98,0'ı (n=147) hemşirelik bakımı açısından tekrar aynı kurumu tercih edeceklerini, %92,0'ı (n=138) hemşirelerin kendileri için ellerinden geleni yaptığını düşündükleri ve hemşirelik bakımından doyum algısı puan ortalamasının $8,03 \pm 1,40$ olduğu (Tablo 4.3),

Hastaların BBS-B toplam madde puan ortalaması $4,02 \pm 0,64$ ' idi. Alt boyutlara bakıldığında; madde puan ortalamalarının en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla, *Karar Verme Kontrolü* $4,16 \pm 0,70$; *Klinik Durum* $4,10 \pm 0,80$ ve *Kişisel Yaşam Durumu* $3,87 \pm 0,72$ olarak sıralandığı (Tablo 4.4),

Hastaların medeni durumuna, eğitim durumuna, sosyal güvence varlığına göre, BBS-B toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p > 0,05$; Tablo 4.5),

Hastaların cinsiyetlerine göre, kadın hastaların BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum* alt boyut madde puan ortalamalarının, erkek hastalarınkinden istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0,05$) gözlenirken, *Kişisel Yaşam Durumu* ve *Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği ($p > 0,05$; Tablo 4.5),

Hastaların yaşadığı aile tipine göre, çekirdek ailede yaşayan hastaların *Klinik Durum* alt boyut madde puan ortalamasının aile/yakınının yanında veya yalnız yaşayan hastaların madde puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ($p < 0,05$) gözlenirken, bu hastaların BBS-B toplam madde ve *Kişisel Yaşam Durumu*, *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamalarının diğer hastalardan istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p > 0,05$; Tablo 4.5),

Hastalık özelliklerine göre; hastaların tanısı, eşlik eden hastalığının varlığı, , refakatçisinin varlığı ve önce ki hastane deneyiminin varlığı ile BBS-B toplam madde ve üç alt boyutunun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı ($p > 0,05$; Tablo 4.6),

Hastaların servise kabul şekline göre, planlı olarak kabul edilen hastaların BBS-B toplam madde puan ortalamasının, acil birim ve yoğun bakımdan nakil olarak kabul edilen hastaların madde puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu ($p < 0,05$), bu hastaların *Karar Verme Kontrolü* alt boyutu madde puan ortalamasının da acil birim ve yoğun bakımdan nakil olarak kabul edilen hastaların madde puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu ($p < 0,05$), servise acil birimden kabul edilen hastaların *Kişisel Yaşam Durumu* alt boyut madde puan ortalamasının planlı ve yoğun bakımdan nakil olarak gelen hastaların madde puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu ($p < 0,05$)

ve hastaların servise geliş şekillerine göre *Klinik Durum* alt boyut madde puan ortalamalarının istatistiksel olarak farklılık göstermediği ($p>0,05$; Tablo 4.6),

Hastaların hastalık ve hastane deneyimlerine ilişkin görüşlerine göre; hastaların manevi ihtiyaçlarını karşılama durumu ile BBS-B toplam madde ve üç alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4.7),

Hastalığı nedeniyle yaşamlarının etkilenmesine göre; hastaların BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum* , *Karar Verme Kontrolü* alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı ($p>0,05$), yaşamının hastalığı nedeniyle etkilenmediğini ifade eden hastaların *Kişisel Yaşam Durumu* alt boyut madde puan ortalamasının, diğer hastaların madde puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğu ($p<0,05$; Tablo 4.7),

Hemşirelerin kendilerine yeterince ilgili ve nazik davrandığını ifade eden hastaların BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu*, *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamalarının, diğer hastaların madde puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğu ($p<0,01$; Tablo 4.7),

Hemşirelik bakımı açısından tekrar bu kurumu tercih edeceğini ifade eden hastaların BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu*, *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamalarının, diğer hastaların madde puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğu ($p<0,01$; Tablo 4.7),

Hemşirelerin kendileri için her zaman ellerinden geleni yaptıklarını düşünen hastaların BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu*, *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamalarının, diğer hastaların madde puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkla yüksek olduğu ($p<0,01$; Tablo 4.7),

Hastaların bireysel özelliklerine göre; yaş ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4.8.),

Hastaların kişilik özelliklerinden; Yaşam Yönelimi ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4.8),

Hastaların Yaşam Doyumu Algısı ile BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu*, *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve zayıf derecede anlamlı bir ilişki görüldüğü ($p<0,05$; Tablo 4.8),

Hastaların serviste kaldığı gün sayısı ve bu süreçte bağımlı olduğu gün sayısı ile BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında herhangi bir anlamlı ilişki olmadığı ($p>0,05$; Tablo 4.8),

Hastaların Bakım Doyumu Algısı ile BBS-B toplam madde ve *Klinik Durum*, *Kişisel Yaşam Durumu*, *Karar Verme Kontrolü* madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde ve orta derecede anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,01$; Tablo 4.8),

Elde edilen bu bulgular değerlendirildiğinde,

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu; cinsiyet, servise kabul şeklinin ve hemşirelerin tutumlarının bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediği; hastaların yaşam doyumu ve hemşirelik bakımı doyum algıları arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algılarının da arttığı belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Hastaların bakımlarında, inanç ve değerlerini yansıtan alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri ve hastane deneyimleri gibi yaşam durumuna ilişkin özelliklerinin daha fazla dikkate alınması,
- Çalışmanın farklı alanlardaki hasta gruplarında tekrarlanması,
- Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyebilecek çevresel ve ekonomik özellikler gibi diğer faktörleri inceleyen çalışmaların yapılması önerildi.

KAYNAKLAR

Acaroğlu, R. (2003). Bakımda Etik. 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, Antalya, 7-11 Eylül 2003.

Acaroğlu, R. (2010). Bireyselleştirilmiş Bakım. 1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Kongre Kitabı, İzmir, 21-23 Ekim 2010.

Acaroğlu, R. ve Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **20(1)**, 10-16.

Acaroğlu, R., Savcı, C., Bilir, A., Kaya, H., Şendir, M., Örenli, E. ve Temel, Z. (2009). Bir nöroşirürji kliniğinde gece verilen hemşirelik bakımının değerlendirilmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2(1)**, 34-40.

Acaroğlu, R., Suhonen, R., Şendir, M. ve Kaya, H. (2010). Reliability and validity of Turkish version of the individualised care scale. *Journal of Clinical Nursing*, **20**, 136-145.

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 Dergisi*, **15(59)**, 61-67.

Adıgüzel, Z. (2005). *Sağlık Personeli-Vatandaş (Hasta) İletişiminin Niteliği ve İletişimi*. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa.

Aktaş, A., Acaroğlu, R., Şendir, M., Yalçın, N.A. ve Eskimez, Z. (2012). Hastaların Ve Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının Değerlendirilmesi. 2. *Temel Hemşirelik Bakımı Kongre Kitabı*, İstanbul, 27-29 Eylül 2012.

Algier, L., Abbasođlu, A., Hakverdiođlu, G., Ökdem, Ş. ve Göçer, S. (2005). Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **9(1)**, 33 - 40.

Alpar, E. Ş. (2013). Hemşirelik Mesleğinin Gelişimini Etkileyen Toplumsal Felsefi ve Diğer Tarihi Güçler. İçinde Alpar, Ş., Bahçecik, N. ve Karabacak, Ü.(Ed). *Çağdaş Hemşirelikte Etik*. İstanbul, Türkiye : İstanbul Medikal Sağlık Yayıncılık Hiz. Ltd.Şti, 2-22.

Alpar, E. Ş., Atalay, M., Çakırcalı, E., Çeviker, G., Dinç, L., Khorshid, L., Sabuncu, N. ve Uçar, H. (1997). *Hemşirelik Esasları El Kitabı*. M. Atalay (Ed.), İstanbul, Türkiye: Vehbi Koç Vakfı Yayınları , Birlik Ofset Ltd. Şti.

Altıok, H.Ö., Şengün, F. ve Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **4(3)**,137-140.

Apay, E.S. ve Arslan, S. (2009). Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **8(3)**, 239-246.

Arslan, Ç. ve Kelleci, M.(2011).Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,**4**, 1-8.

Arslan, S., Nazik, E., Tanrıverdi, D. ve Gürdil, S.(2012).Hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **11(6)**, 717-724.

Attree, M. (2001). Patients and relatives' experiences and perspectives of “good” and “not so good” quality care. *Journal of Advanced Nursing*, **33(4)**, 456-2001.

Ay, F.A. (2013a) Kuram Nedir? Hemşirelik İle İlgili Kuramlar ve Hemşire Teorisyenler. İçinde F.A. Ay (Ed.), *Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. (2.Baskı). İstanbul, Türkiye : İstanbul Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, 30-60.

Ay, F.A. (2013b). Mesleki Temel Kavramlar. İçinde F.A. Ay (Ed.), *Temel Hemşirelik: Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. (2.Baskı). İstanbul, Türkiye : İstanbul Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, 2-30.

Aydın, G. ve Tezer, E. (1991). İyimserlik, sağlık sorunları ve akademik başarı ilişkisi. *Psikoloji Dergisi*, **7(26)**, 2-9.

Babadağ, K. (1997). Hemşirelik Eğitiminde Bakım Kavramı ve Etik. İçinde, *IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu Kitabı*, Kıbrıs, 10-12 Eylül 1997.

Babadağ, K. (2010). *Hemşirelik ve Değerler*. (1. Baskı). Ankara, Türkiye : Alter Yayıncılık.

Bariş, N. ve Karabacak, Ü. (2013). Yatarak tedavi gören hastaların yakınlarının hemşirenin rolünü algılamaları. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **3(3)**, 131-139.

Baybek, H., Dereli, F., Bozyer, İ., Kıvrak, A., Kalkancı, K. ve Koyuncu, E. (2004). Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin hasta hakları konusundaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **1(1)**, 1-11.

Baykara, Z.G. (2010). *Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Berg, A., Idvall, E., Katajisto, J. ve Sohonen, R. (2012). A comparison between orthopaedic nurses' and patients' perception of individualised care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, **16**, 136-146.

Berg, A., Hansson, U.W ve Hallberg, I.R. (1994). Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing*, **20**, 742-749.

Berg, L., Skott, C. ve Danielson, E. (2007). Caring relationship in a context: Fieldwork in a medical ward. *International Journal of Nursing Practice*, **13**, 100-106.

Biröl, L. (2009). *Hemşirelik Süreci*. İzmir, Türkiye: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti.

Burhans, L.M. ve Alligood, M.R. (2010). Quality nursing care in the words of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, **66(8)**, 1689-1697.

Can, Ş. (2013). *Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Alguları ile İlişkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Charalambous, A., Katajisto, J. ve Suhonen, R. (2010). Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *International Nursing Review*, **57**, 500-507.

Charalambous, A., Chappell, N.L., Katajisto, J. ve Suhonen, R. (2012). The conceptualization and measurement of individualized care. *Geriatry Nursing*, **33(1)**, 17-27.

Cüceloğlu, D. (1996). *Yeniden İnsan İnsana*.(12. Baskı). İstanbul, Türkiye: Remzi Kitabevi.

Çakırcalı, E. (2000). *Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar*. (3. Baskı), İzmir: İzmir-Güven, Nobel Tıp Kitabevleri.

Çeçen, R.A. (2008). Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumunu yordalamada bireysel bütünlük (tutarlılık) duygusu, aile bütünlük duygusu ve benlik saygısı. *Eğitimde Kuram ve Uygulama Dergisi*, **4(1)**, 19-30.

Çoban, İ.G. (2006). *Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.

Çoban, İ.G. ve Kaşıkçı, M.(2008). Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*,**16(63)**, 165-171.

Demirdöven, H. İ. (2007). Kimin için felsefe. *Felsefe Ekibi Dergisi*,**7**, 13-17.

Dinç, L.(2010).Bakım kavramı ve ahlaki boyutu(derleme). *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*,74-82.

Doğan, T., Çötök, A.N. (2011). Oxford mutluluk ölçeği kısa formunun Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, **4(36)**, 165-172.

Ergül, Ş. ve Bayık, A.(2004). Hemşirelik ve manevi bakım. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **8(1)**, 37-45.

Ersoy, E. (2009). Cinsiyet kültürü içerisinde kadın ve erkek kimliği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **17(2)**, 209-230.

Eskimez, Z. (2012). *Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Davranışlarını Algılamaları*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, , Doktora Tezi, İstanbul.

Eşer, İ., Khorshid, L., Demir, Y. ve Denat, Y. (2005). Hastaların hemşirelik bakım öncelikleri ve önceliklerin karşılanma durumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **21**(Özel Sayı), 161-170.

Fındık, Ü.Y., Ünsar, S. ve Süt, N. (2010). Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. *Nursing and Health Sciences*, **12**, 162-169.

Foss, C. (2002). Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nordic College of Caring Sciences*, **16**,19-26.

Fingfeld-Connett, D. (2007). Metasynthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, **17**(15), 196-204.

Güler, B.K. ve Emeç, H. (2006). Yaşam memnuniyeti ve akademik başarıda iyimserlik etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **21**(2), 129-149.

Gündoğar, D., Gül, S.S. Uskun, E., Demirci, S. ve Keçeci, D. (2007). Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumunu yordayan etkenlerin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, **10**, 14-27.

Gündoğdu, M., Korkmaz, S. ve Karakuş, K. (2005). Üniversite öğrencilerinde yaşam yönelimi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, **22**, 151-160.

Gürdoğan, E.P., Fındık, Ü.Y. ve Arslan, B.K. (2015). Patients' perception of individualized care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, **8**(2), 369-375.

Hemşirelik Kanunu (2014, Eylül). Erişim, 09.09.2014,<http://www.saglik.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster>.

İçyeroğlu, G. ve Karabulutlu, E. (2011). Determining the level of satisfaction of patients in terms of nursing. *Journal of the Euphrates Health Services*, **6**(17), 6781.

Johansson, P. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **16**, 337-344.

Kahraman, S. (2008). Modern ve post-modern düşünceler hemşirelik felsefesini etkiledi mi?. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12(2)**, 56-61.

Karahan, A. (2008). Hastanelerde kat hizmetleri ve memnuniyet analizi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **1(2)**, 155-172.

Karaöz, S. (2005). Turkish nursing students' perception of caring. *Nurse Education Today*, **25(1)**, 31-40.

Kaya, F. (2011). *Hemşirelerin İletişim ve Empatik Beceri Düzeyleri İle Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Karşılaştırılması*, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.

Kaya, H., Acaroğlu, R., Şendir, M. ve Gültaş, S. (2007). Nöroşirürji hastalarında iyimser yaşam eğiliminin ameliyat öncesi anksiyete ile baş etme durumuna etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **15(59)**, 75-81.

Khorshid, L. ve Arslan, G. (2006). Hemşirelik ve spiritüel bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **22(1)**, 233-243.

Kıvanç, M. M. (2012). Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. İçinde T.A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilim ve Sanatı*, İstanbul, Türkiye : Akademi Basın ve Yayıncılık, 220-227.

Kostak, M.(2007).Hemşirelik bakımınının spiritüel boyutu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*,**2(6)**, 105-115.

Köşgeroğlu, N. (2013). *Hemşirelik ve Estetik- Hemşire Olmak Hayata*. (1.Baskı), İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., 2-64.

Köşgeroğlu, N., Acat, M. ve Karatepe, Ö. (2005). Kemoterapi hastalıklarında hemşirelik bakımı memnuniyet ölçeği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, **6**, 75–83.

Laal, M. (2013). Inpatient's perspective on nursing care; affecting factors. *Social and Behavioral Sciences*, **84**, 243– 47.

Land, L. ve Suhonen, R. (2009).Orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualized care. *International Nursing Review*, **56**, 131–137.

Lee, L.L., Hsu, N. ve Chang, S.C. (2007). An evaluation of the quality of nursing care in orthopaedic units. *Journal of Orthopaedic Nursing*, **11**, 160-168.

Mete, S. (2012). *Hemşireliğin Temel Kavramları*. İçinde T.A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilim ve Sanatı*, İstanbul, Türkiye : Akademi Basın ve Yayıncılık, 58-93.

Mlinar, S. (2010). First and third-year student nurses' perceptions of caring behaviours. *Nursing Ethics*, **17(4)**, 491–500.

Orgun, F. ve Khorshid, L. (2009). “Byrd’in hemşireler için etik duyarlılık testi” nin geçerlik ve güvenilirliği. *Ege Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Dergisi*, **25(2)**, 25-42.

Ormsby, A. ve Harrington, A. (2003). The spiritual dimensions of care in military nursing practice. *International Journal of Nursing Practice*, **9**, 321-327.

Otani, K. ve Kurz, R.S. (2004). The impact of nursing care and other health care attributes on hospitalized patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal of Healthcare Management*, **49(3)**, 181-196.

Öz, F. (2010). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*. (2.baskı). Ankara, Türkiye : Mattek Matbaacılık Ltd. Şti.

Özcan, A. (2006). *Hemşire- Hasta İlişkisi ve İletişim*. (2.Baskı). Ankara, Türkiye: Sistem Ofset, 4-31.

Özdemir, N.G. (2015). *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Becerileri İle Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Arasındaki İlişki*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Özdevecioğlu, M. (2003). *İş Tatmini ve Yaşam Tatmini Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma*, 11.Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongre Kitabı, Afyon, 22-24 Mayıs.

Özer, A. ve Çakıl, E. (2007). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tip Araştırmaları Dergisi*, **5(3)**, 140-143.

Özer, N., Özlü, Z.K. ve Sarıtaş, S. (2009). Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastalar haklarını biliyorlar mı? *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **12(4)**, 19-28.

Özgen, F. (2012). *Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu Öğrencilerinin Yaşam Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi*, Mezuniyet Tezi, Çanakkale.

Özkan, H.A. (2014). *Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri*. (1.Basım). İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık, 9-147.

Özsoy, S.A., Özgür, G. ve Durmaz, A.A. (2007). Patient expectation and satisfaction with nursing care in Turkey: A literature review. *International Nursing Review*, **54**, 249-255.

Öztunç, G. (2012). Hemşireliğin Doğası. İçinde T.A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik Esasları/ Hemşirelik Bilim ve Sanatı*, İstanbul, Türkiye : Akademi Basın ve Yayıncılık, 26-35.

Palese, A.,Tomietto, M., Suhonen, R., Eftathiou, G., Tsangari, H.,Merkouris, A., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balough, Z. ve Papastavrou, E. (2011).Surgical patient satisfaction as an outcome of nurses' caring behaviours:a descriptive an correlational study in six europian countries. *Journal of Nursing Scoolarship*, **43(4)**, 341-350.

Potter, P.A. ve Perry, A.G. (2009). Caring in Nursing Practice. *Fundamentals of Nursing*. (7th. Edition.) St. Louis, America: Mosby Elseiver, 95-105.

Püsküllüoğlu, A.(2003).*Türkçe Sözlük*. Arkadaş Yayınevi,163.

Quintana, J.M., Gonzales, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastian, J.A., Sierra, E. ve Thompson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, **6**, 102-111.

Radwin, L.E. (2003). Cancer patients' demographic characteristics and ratings of patient-centered nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, **35(4)**, 365-370.

Radwin, L.E., ve Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*, **49**, 54-63.

Rafi, İ.F., Hajinezhad, M.E. ve Haghani, H. (2009). Nursing caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, **25**, 75-84.

Rasooli, A. S., Zamanzadeh, V., Rahmani, A. ve Shahbazpoor, M. (2013). Patients' point of view about nurses' support of individualized nursing care in training

hospitals affiliated with Tabriz University of Medical Sciences. *Journal of Caring Science*, **2(3)**, 203-209.

Resnick, A.S., Disbot, M., Wurster, A., Mullen, J.L., Kaiser, L.R. ve Morris, J.B. Contributions of surgical residents to patient satisfaction: impact of residents beyond clinical care. *Journal of Surgical Education*, **65**, 243–252.

Ryan, P. ve Lauver, R. (2002). The efficacy of tailored interventions. *Journal of Nursing Scholarship*, **34**, 331-337.

Sapmaz, F. ve Doğan, T. (2012). İyimserliğin mutluluk ve yaşam doyumuna etkisinin incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **8(3)**, 63-69.

Savaş, E. ve Bahar, A. (2011). Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. *Gaziantep Üniversitesi Tıp Dergisi*, **17(1)**, 24-28.

Scheier, M.F. ve Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, **4(47)**, 219.

Schmidt, L.A. (2003). Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, **44(4)**, 393–399.

Senarath, U. ve Gunawardena, N.S. (2011). Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care and related hospital services at the National Hospital of Sri Lanka. *Asian Nursing Research*, **5(2)**, 71-80.

Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J. ve Land, L. (2008a). Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. *International Journal of Nursing Studies*, **45(11)**, 1586-1597.

Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L., Lemonidou C., Schmidt, L.A., Välimäki M. ve Leino- Kilpi, H. (2010a). Adapting the Individualized Care Scale for cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Caring Science*, **24**, 392-403.

Suhonen, R., Gustafsson, M.L., Katajisto, J., Välimäki M. ve Leino- Kilpi, H. (2010b). Nurses' perceptions of individualised care. *Journal of Advanced Nursing*, **66**, 1035–1046.

Suhonen, R., Gustafsson, M.L., Katajisto, J., Välimäki, M. ve Leino-Kilpi, H. (2010c). Individualised Care Scale–Nurse version: A Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **16**, 145–154.

Suhonen, R., Land, L., Valimaki, M., Berg, A., Idwall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Lemonidou, C., Schmidt, L.A. ve Leino-Kilpi, H. (2010d). Impact of patient characteristics on orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualised nursing care. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, **8**, 259-267.

Suhonen, R. ve Leino-Kilpi, H. (2012). Older orthopaedic patients' perceptions of individualised care: a comparative survey. *International Journal of Older People Nursing*, **7**, 105–116.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. ve Valimaki, M. (2005a). Development and psychometric properties of the individualized care scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **11(1)**, 7-10.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. ve Valimaki, M. (2005b). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care, *Journal of Clinical Nursing*, **11**, 32-40.

Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalafati, M., Antunes da Luz, M.D., Idvall, E., Berg, A., Acaroğlu, R., Şendir, M., Kanan, N., Sousa, V.D., Katajisto, J., Välimäki, M. ve Leino-Kilpi, H. (2011) Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advanced Nursing*, **67**, 1895–1907.

Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarsova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z. ve Merkouris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care, *Scandinavian Journal of Caring Science*, **26(2)**, 372-380.

Suhonen, R., Schmidt, L. A., Radwin, L. (2007a). Measuring individualized nursing care: Assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*, **59(1)**, 77–85.

Suhonen, R., Välimäki, M. ve Leino-Kilpi, H. (2008b). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, **17(7)**, 843-60.

Suhonen, R., Valmiaki, M., Katajisto, J. ve Leino- Kirpi, H. (2006). Patient characteristics in relation to perceptions of how individualized care is delivered-research into the sensitivity of the individualized care scale, *Journal of Proffessioanl Nursing* , **22**, 253-261.

Suhonen, R., Välimäki, M., Katajisto, J. ve Leino-Kilpi H. (2007b).Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland. *Journal of Nursing Managment*, **15(2)**, 197-206.

Suhonen, R., Välimäkii, M., Katajisto, J.ve Leino-Kilpi, H. (2007c). Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: An explanatory model using LISREL. *International Journal of Nursing Studies*, **44(2)**, 197-207.

Suhonen, R., Valimaki, M., Leino-Kilpi, H. ve Katajisto, J. (2004). Testing the individualized care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **18**, 27-36.

Suhonen, R., Valimaki, M. ve Katajisto, J. (2000a). Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing*, **32(5)**, 1253–1263.

Suhonen, R.,Valimaki, M.ve Katajisto, J. (2000b). Individualized care in a Finnish healthcare organization. *Journal of Clinical Nursing*, **9**, 218-227.

Suhonen, R., Valimaki, M. ve Leino-Kilpi, H. (2002). Individualized care from patients', nurses' and relatives' perspective review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, **39**, 645-654.

Suliman, W.A, 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)**, 293-299.

Şahin, A.O. (2006). *Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi ile İlgili Bir Çalışma*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Şendir, M. (2012). Hemşirelik Felsefesi. İçinde T.A. Aştı ve A. Karadağ (Ed.), *Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilim ve Sanatı*, İstanbul, Türkiye : Akademi Basın ve Yayıncılık, 104-112.

Şendir, M., Büyükyılmaz, F., Yazgan, İ., Bakan, N., Mutlu, A. ve Tekin, F. (2012). Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **20(1)**, 35-42.

Şise, Ş. (2013). Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal*, **14**, 69-75.

Tanrıverdi, G., Seviğ, Ü., Bayat, M., Birkök, M.C. (2009). Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **6(1)**, 793-806.

TDK (Türk Dil Kurumu) (2014, Eylül). Bakım. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim, 09.09.2014, <http://tdk.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=Bak%FDm&ayn=tam>.

TDK (Türk Dil Kurumu) (2015, Eylül). İnsan. Güncel Türkçe Sözlük. Erişim, 13.09.2015, http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gt&arama=gts&guid= TDK.GTS.561f98ea2f69a6.48446225.

Tekin, F. (2011). *Ortopedik Cerrahi Hastalarında Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama ve Hemşirelik Bakımından Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi*. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne.

Telman, N. ve Ünsal, P. (2004). *Çalışan Memnuniyeti*. (1. Baskı). İstanbul, Türkiye: Epsilon Yayınevi.

Topuksak, B. ve Kublay, G. (2010). Florence Nightingale'den günümüze hemşirelik eğitiminde neler değişti? Avrupa ve Türkiye'de modern hemşirelik eğitimi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 298-306.

Tuğut, N. ve Gölbaşı, Z. (2013). Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **10(2)**, 38-44.

Türk Hemşireler Derneği (2014, Eylül). Hemşireler için etik ilke ve sorumluluklar. Erişim, 18.09.2014, www.turkhemsirelerderneği.org.tr.

Uğurlu, O. (2011). Genel ve zihinsel sağlığın yordayıcıları olarak iyimserlik ve karamsarlık, *Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi*, **8(1)**, 81-90.

Velioglu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. (2.Baskı). İstanbul, Türkiye: Akademi Basın ve Yayıncılık.

Wimberly, S., Carver, C.S. ve Antoni, M.A. (2008). Effects of optimism, interpersonal relationships, and distress on psychosexual well-being among women with early stage breast cancer. *Psychology and Health*, **23(1)**, 57-72.

Yalçın, A.N. ve Aştı, A.T. (2012). Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2(20)**, 129-139.

Yenilmez, Ç. (2012). Ailede İletişim. İçinde Ç. Yenilmez (Edi.). *Aile Yapısı ve İlişkileri*. Eskişehir, Türkiye: Anadolu Üniversitesi Yayınevi, **2542**, 42-61.

Yılmaz, M. (2001). Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: Hasta memnuniyeti. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **5(2)**, 69-75.

Yılmaz, M. (2011). Holistik bakımın bir boyutu: Spiritualite, doğası ve hemşirelikle ilişkisi. *Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **14(2)**, 61-71.

Yiğitbaş, Ç. ve Deveci, S.E. (2014). Bir grup hastanın hemşirelik bakımı algısı. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, **2(2)**, 1-10. Erişim: 31.07.2015, <http://95.183.211.112/index.php/e-dergi/article/view/2>.

FORMLAR**EK-1****Hasta Bilgi Formu**

Form No:

Değerli katılımcı, bu çalışma yüksek lisans tezi olarak ‘Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi’ amacıyla yapılmaktadır. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece bu çalışma kapsamında kullanılacaktır. Doğru ve içten yanıtlarınızla araştırmaya katılarak hemşirelik mesleğinin gelişimine sağladığınız destek için teşekkür ederiz.

Cansev BAL KAPLAN

İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Tanı:
2. Yaşınız:
3. Cinsiyetiniz
 Kadın Erkek
4. Medeni Durumunuz
 Evli Bekar
5. Eğitim Durumunuz
 Okur Yazar
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Üniversite

6. Mesleğiniz
İşçi Memur Esnaf Öğrenci Ev Hanımı Emekli İşsiz Diğer.....
7. Sosyal Güvenceniz
Var Yok
8. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz ?
Çekirdek Aile Bir Aile /Yakınımın Yanında Yalnız
9. Daha önce hastanede yattınız mı?
Evet Hayır
- 10.Şu anki hastalığınıza eşlik eden başka sağlık sorunlarınız var mı?
Evet Hayır
11. Servise gelişiniz nasıl gerçekleşti?
Acil Birimden Nakil Planlı Yoğun Bakımdan Nakil
12. Yanınızda refakatçiniz var mıydı?
Var Yok
13. Bu serviste kaç gün kaldınız?
1-5 6-10 11-15 16 ve üzeri
14. Kaç gün yatağa bağımlı kaldınız?
15. Yaşamınız hastalığınız nedeniyle etkilendi mi?
Evet Hayır

16. Cevabınız 'evet' ise hangi yönleriyle etkiledi?

- Ekonomik yüküm arttı
 Aile içinde anlaşmazlıklarımız arttı
 Sosyal ilişkilerim azaldı
 Anne- Baba olarak sorumluluklarımı yerine getiremiyorum

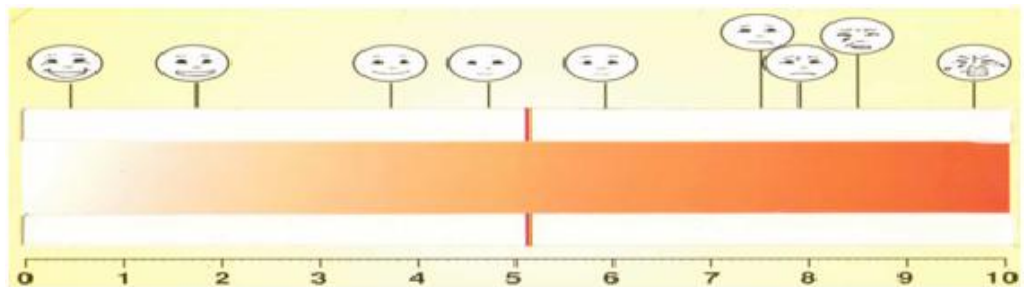
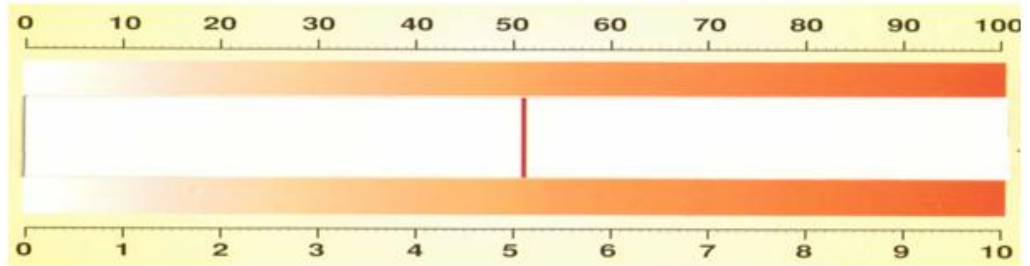
17. Manevi ihtiyaçlarınızı yeterince karşılayabildiniz mi?

- Evet Kısmen Hayır

18. Ölçek üzerinde genel olarak yaşamınızdan duyduğunuz mutluluk derecenize uygun olan bir noktayı işaretleyiniz.

**Hiç Mutlu
Değilim**

**Çok
Mutluyum**



19. Hemşireler sizlere karşı yeterince ilgili ve nazik davrandılar mı?

() Evet () Kısmen () Hayır

20. Hemşirelik bakımı açısından tekrar bu kurumu tercih eder misiniz ?

() Evet () Kısmen () Hayır

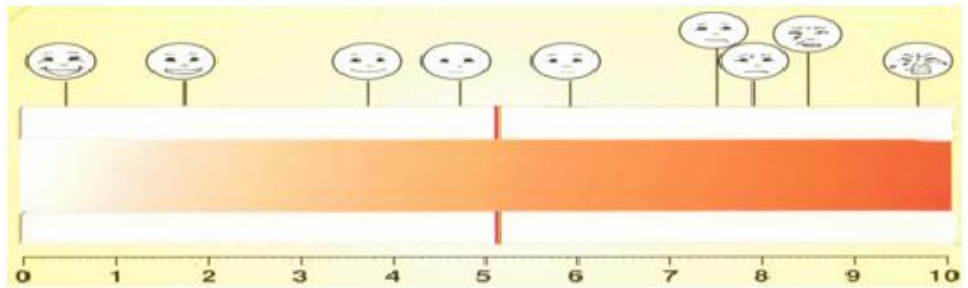
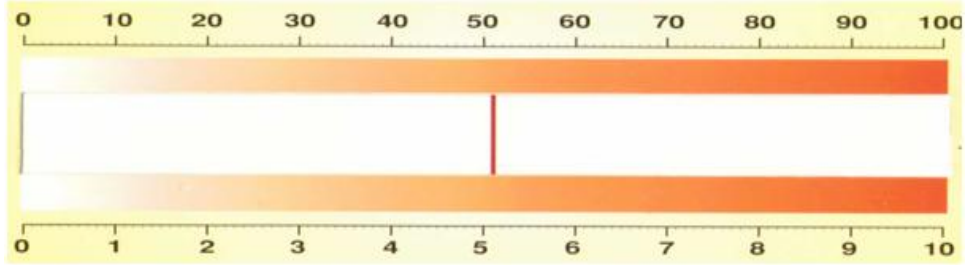
21. Hemşirelerin sizin için ellerinden geleni yaptığını düşünüyor musunuz?

() Evet () Kısmen () Hayır

22. *Aldığınız hemşirelik bakımına yönelik duyduğunuz memnuniyet derecenizi aşağıdaki ölçek üzerinde uygun bir noktada gösteriniz..*

**Hiç Memnun
Değilim**

Çok Memnunum



EK-2**Yaşam Yönelimi Testi**

Aşağıda 12 cümle verilmiştir. Her cümleyi dikkatli okuyarak beşli ölçek üzerinde size uygun dereceyi işaretleyiniz. İşaretlerken seçmeniz gerektiğini düşündüğünüz veya doğru olmasını arzu ettiğiniz cümleyi değil, gerçekten size uygun olan dereceyi seçiniz. 'Doğru' ya da 'Yanlış' cevap diye bir şey söz konusu değildir. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

| | Kesimlikle Katılmıyorum | Katılmıyorum | Kararsızım | Katılıyorum | Kesimlikle Katılıyorum |
|--|----------------------------|--------------|------------|-------------|---------------------------|
| 1. Ne olacağının önceden kestirilemediği durumlarda hep en iyi sonucu beklerim | | | | | |
| 2. Kolayca gevşeyip rahatlayabilirim | | | | | |
| 3. Bir işimin ters gitme olasılığı varsa mutlaka ters gider | | | | | |
| 4. Her şeyi hep iyi tarafından alırım | | | | | |
| 5. Geleceğim konusunda hep iyimserimdir | | | | | |
| 6. Arkadaşlarımla birlikte olmaktan hoşlanırım | | | | | |
| 7. Yapacak bir şeylerin olması benim için önemlidir | | | | | |
| 8. İşlerin istediğim gibi yürüyeceğini neredeyse hiç beklemem | | | | | |
| 9. Hiçbir şey benim istediğim gibi gitmez | | | | | |
| 10. Moralim öyle kolay kolay bozulmaz | | | | | |
| 11. Her kötü bir olayda iyi bir yön bulmaya çalışırım. | | | | | |
| 12. Basıma iyi şeylerin geleceğine pek bel bağlamam | | | | | |

EK-3**Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B**

Aşağıdaki ifadeler halen yatmakta olduğunuz hastanedeki deneyimlerinize ilgilidir. Lütfen fikrinizi veya deneyiminizi en iyi karşılayan ifadeyi daire içine alınız.

| | | Katılmıyorum | Kısmen katılmıyorum | Kararsızım | Kısmen katılıyorum | Tamamen katılıyorum |
|-----|---|--------------|---------------------|------------|--------------------|---------------------|
| B01 | Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B02 | Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B03 | Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B04 | Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B05 | Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B06 | Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B07 | Bakımım sırasında, hastalığımın kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B08 | Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B09 | Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B10 | Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B11 | Ailem, istediğim zaman bakımımda yer aldılar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B12 | Hastanede bana verilen bilgilere uydum | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B13 | Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B14 | Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B15 | Bakımım ile ilgili kararlara katıldım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B16 | Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| B17 | Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK-4



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı: B.30.2.İST.0.30.90.00/ 13416
Konu:



İstanbul/...../.....

14 Mayıs 2012

L.Ü. Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığına

İLGİ: 16.04.2012 tarihli, 827 sayılı yazınıza:

Fakülteniz öğretim üyesi **Doç.Dr.Rengin ACAROĞLU**'nun danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi **Cansev BAL**'ın yürütücülüğünde "Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarını Etkileyen Bireysel Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı (Anket) Yüksek Lisans Tezi hakkında ilgi yazınız ve ekleri 08 Mayıs 2012 tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. Bilgilerinize arz ederim.

Eki:
1 dosya

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
Gelen Kayıt No:1426.....
Gelen Tarih :11.06.2012.....

Prof.Dr.Fatih ALTINDAŞ
Dekan Yardımcısı ve Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Not: Yanıtlarımızda yazımızın gün ve sayısının belirtilmesi rica olunur.
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/İSTANBUL
Telefon 0 (212) 414 32 52 Dahili: 22300 Faks: 0(212) 632 00 40 e-posta:etfetik@istanbul.edu.tr.

EK-4 (devamı)

| | | |
|-----------------|---|---------------------|
| KARAR BİLGİLERİ | Karar No:A-23 | Tarih:08 Mayıs 2012 |
| | Doç.Dr. Rengin ACAROĞLU'nun danışmanlığında Yüksek Lisans Öğr. Cansev BAL KAPLAN' sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir. | |

| | |
|--|-----------------------------------|
| ÇALIŞMA ESASI | İyi Klinik Uygulamaları Kılavuz u |
| ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Fatış ALTINDAŞ | |

| ETİK KURUL ÜYELERİ | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|----------|--|--|------|
| Unvani/Adı/Soyadı | Uzmanlık Alanı | Kurumu | Cinsiyet | İlişki * | Katılım ** | İmza |
| Prof. Dr. Fatış ALTINDAŞ (başkan) | Anesteziyoloji ve Reanimasyon | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | K | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Öner SÜZER (başkan yardımcısı) | Tıbbi Farmakoloji | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (raportör) | Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK | İç Hastalıkları | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR | Ruh Sağlığı ve Hastalıkları | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Sebahattin SAIP | Nöroloji | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Fahri ERDOĞAN | Ortopedi ve Travmatoloji | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELİK | Genel Cerrahi | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Nuran Şenel BEŞE | Radyasyon Onkolojisi | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | K | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Yrd. Doç. Dr. Suphi VEHİD | Halk Sağlığı | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ | Fizyoloji | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Prof. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN | Deontoloji | İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi | K | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Doç. Dr. Muhlis Cem AR | İç Hastalıkları | İst. Eğitim ve Araştırma Hast. | E | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Avukat Ayfer DİKMEN * | Ticaret ve Sağlık Hukuku | Serbest Hukuk Bürosu | K | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |
| Zümrüt GAMLI | Emekli Öğretmen | Sivil Üye | K | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> | |

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

EK-5



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
BEYİN VE SİNİR CERRAHİSİ ANABİLİM DALI



Sayı: B.30.2.İST.0.30.10.03/783

Tarih: 02.07.2012

Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı'na

Dekanlığın 28.06.2012 tarih ve B.30.2.İST.0.30.71.00/17957 sayılı yazısına,
İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr.
Rengin Acaroğlu'nun danışmanlığında yüksek lisans eğitimine devam eden Cansev Bal'ın
"Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarını Etkileyen Bireysel Faktörlerin İncelenmesi"
başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını Anabilim Dalımızda yapmasının uygun olduğunu bilgilerinize
saygılarımla arz ederim.

Prof. Dr. Halil AK
Beyin ve Sinir Cerrahisi Anabilim Dalı Başkan V.

Eki:7

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

| | | | |
|-----------------|--|------------------|---------------|
| Adı | CANSEV | Soyadı | BAL KAPLAN |
| Doğ.Yeri | SAMSUN | Doğ.Tar. | 16.06.1986 |
| Uyruğu | T.C. | TC Kim No | 48583704144 |
| Email | cansevbal@hotmail.com cansevbal@gmail.com | Tel | 0 536 5127095 |

Eğitim Düzeyi

| | Mezun Olduğu Kurumun Adı | Mez. Yılı |
|-----------------|---|------------|
| Doktora | | |
| Yük.Lis. | İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı | 2010-..... |
| Lisans | Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü | 2005-2009 |
| Lise | Samsun 19 Mayıs Lisesi (Y.D.A.) | 2000-2004 |

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

| | Görevi | Kurum | Süre (Yıl - Yıl) |
|-----------|-------------------------|---|------------------|
| 1. | Cerrahi Hemşireliği | V.K.V. Amerikan Hastanesi | 2009-2011 |
| 2. | Yoğun Bakım Hemşireliği | İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Nöroşirurji A.B.D. | 2011-..... |
| 3. | | | - |

| Yabancı Dilleri | Okuduğunu Anlama* | Konuşma* | Yazma* | KPDS/ÜDS Puanı | (Diğer) Puanı |
|-----------------|-------------------|----------|--------|----------------|---------------|
| İngilizce | Çok İyi | İyi | İyi | 86,25 | |
| | | | | | |

* orta, zayıf olarak değerlendirin

| | Sayısal | Eşit Ağırlık | Sözel |
|----------------------|---------|--------------|--------|
| LES Puanı | 65,736 | 61.200 | 64.756 |
| (Diğer) Puanı | | | |

Bilgisayar Bilgisi

| Program | Kullanma becerisi |
|---|-------------------|
| Microsoft Office (Word, Excel, Power Point) | İyi |
| SPSS | Orta |
| | |

Yayımları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Koç, Z., **Bal, C.** ve Sağlam, Z. (2010). Hastanede yatarak tedavi görmekte olan hastaların erkeklerin hemşirelik mesleğine katılımları ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 324-329.

Koç, Z., **Bal, C.** ve Sağlam, Z. (2010). Kız hemşirelik öğrencilerinin erkek hemşirelik öğrencilerine bakışı. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 330-334.

Koç, Z., **Bal, C.** ve Sağlam, Z. (2010). Erkek öğrenci hemşirelerin hemşirelik mesleğini algılama durumlarının belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, Sempozyum Özel Sayısı, 318-323.

Koç, Z., **Bal, C.** Sağlam, Z. ve Ateş, Y. (2009). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Bireyin Kişisel Değerlerinin ve Sağlığına İlişkin Kültürel Özelliklerinin Değerlendirilmesine İlişkin Düşünce ve Uygulamalarının Belirlenmesi. 8. *Ulusal/Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongre Kitabı*, Ankara: 4-6 Haziran.

Koç, Z., **Bal, C.**, Sezer, G., Kavuncu, S. ve Sağlam, Z. (2009). Sağlık Yüksekokulu 1. Sınıf ve 4. Sınıf Öğrencilerinin Öz-Bakım Gücünün Karşılaştırılması ve Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerle İlişkisinin Belirlenmesi. 8. *Ulusal/Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongre Kitabı*, Ankara, 4-6 Haziran.

Koç, Z., **Bal, C.**, Kavuncu, S., Atmaca, T. ve Sağlam, Z. (2009). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Hastane Enfeksiyonları, Etken Geçişine Karşı Evrensel Yaklaşımlar ve El Yıkama İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. 8. *Ulusal/Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongre Kitabı*, Ankara, 4-6 Haziran.

Tural, E., Yaman, M., Kalyoncu, M. ve **Bal, C.** (2008). Annelerin Çocuklarının Ateşlenme Durumunda Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. 7. *Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi Kitabı*, İstanbul, 25-27 Haziran.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Müzik dinlemek, seyahat etmek, kitap okumak.