



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN BAKIM ODAKLI HASTA ETKİLEŞİMİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLİSTAN UYAR

HAZİRAN, 2018

MUĞLA



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN BAKIM ODAKLI HASTA ETKİLEŞİMİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLİSTAN UYAR

Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Sibel COŞKUN CENK

**HAZİRAN, 2018
MUĞLA**



T.C.

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**HEMŞİRELERİN BAKIM ODAKLI HASTA ETKİLEŞİMİ
DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

GÜLİSTAN UYAR

Sağlık Bilimleri Enstitüsünce

“Yüksek Lisans”

Diploması Verilmesi İçin Kabul Edilen Tezdir.

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih :

Tezin Sözlü Savunma Tarihi :

Tez Danışmanı : Dr.Öğretim Üyesi Sibel COŞKUN CENK

Jüri Üyesi :

Jüri Üyesi :

Enstitü Müdürü :

HAZİRAN, 2018

MUĞLA

ÖZET

Hemşirelik bakım sürecinde hasta ile etkileşim ve etkileşimin terapötik amaçlı kullanımını önemlidir. Pek çok bakım kuramında hasta hemşire etkileşimine vurgu yapılmış özellikle Watson'un insan bakım kuramında hasta merkezli yaklaşım ve etkileşim öne çıkmaktadır. Bu çalışmada genel bir hastanede çalışan hemşirelerin bakım odaklı hasta etkileşimi düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı özellikteki bu çalışma; gerekli izinler ve etik kurul onayı alınarak Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hasta tedavi ve bakım hizmetlerinde çalışan 300 hemşire evreni, çalışmaya gönüllü katılım sağlayan ve formları eksiksiz dolduran 183 hemşire örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada sosyo-demografik özellikler ile mesleki özelliklerini içeren 19 soruluk anket ile Watson'ın İnsan Bakım kuramına temellendirilmiş Cossette ve ark. Tarafından (2005) geliştirilmiş, 5 likert tipinde, Bakım odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Ölçeği (BOHHEÖ) kullanılmıştır. 70 maddelik BOHHEÖ ile bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi 10 alt ölçekte "önemlilik", "yeterlilik" ve "uygulanabilirlik" boyutlarında değerlendirilmektedir. Ölçek 70 ile 350 arasında puanlanmakta olup Türkçe geçerlilik güvenirliği Atar ve Aştı tarafından (2012) yapılmış, ölçeğin test tekrar test güvenirliği .75 olarak bulunmuştur. Çalışmada elde edilen veriler bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS programında; sayı, yüzde, ortalama, independent sample t testi, tek yönlü varyans analizi ve Kruskal Wallis H testi kullanılarak .05 önemlilik düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğu kadın ve orta yaş grubunda olup %48.6'sı lisans mezunudur. Çoğu mesleki deneyim yılı 15 yıl üzeri olup hasta ile iletişimde bilgi ve becerilerini yeterli bulmaktadırlar. Örnekleme ölçek toplam puanlarına göre, önemlilik boyutu $X = 292.83 \pm 34.04$, yeterlilik boyutu $X = 282.93 \pm 51.19$ uygulanabilirlik boyutu $X = 270.11 \pm 56.75$ puandır ve uygulanabilirlik boyut puanının nispeten daha düşük olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin BOHHEÖ'nin alt ölçek puan ortalamaları; önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarına göre ise sırasıyla: *Hümanizm* $X = 24.89 \pm 3.94$, 23.92 ± 4.55 , 22.29 ± 5.15 ; *Umut* $X = 29.44 \pm 4.25$, 27.99 ± 4.54 , 26.79 ± 5.88 ; *Duyarlılık* $X = 24.38 \pm 4.02$, 23.17 ± 5.08 , 21.94 ± 5.89 ; *Yardım edici ilişki* $X = 30.07 \pm 4.12$, 28.85 ± 5.38 , 27.67 ± 6.10 ; *Duyguların ifade edilmesi* $X = 25.13 \pm 3.98$, 24.07 ± 5.28 , 22.75 ± 6.08 ; *Sorun çözme* $X = 24.74 \pm 4.08$, 23.16 ± 5.63 , 22.00 ± 6.36 ; *Öğretim* $X = 25.34 \pm 4.12$, 24.05 ± 5.61 ,

22,75±5.85; *Çevre* X=29,97±4.18, 28,74±6.02, 27.40±6.20; *Gereksinimler* X= 44.91±5.36, 42.66±8.77, 41.60±9.17 ve *Maneviyat* X= 25.34±4.12, 24.05±5.61, 22.75±5.85'tir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hemşirelerin hasta ile iletişim bilgi ve beceri düzeylerini yeterli bulma durumlarına göre ölçek boyut puanlarında anlamlı farklılıklar (p<.05)saptanmıştır. Örnekleme 40 yaş üzeri, yükseköğrenime sahip, iletişim konusunda bilgi ve beceri düzeyini yeterli bulan hemşirelerde özellikle önemlilik alt boyutu puanlarının daha yüksek olduğu dikkati çekmiştir.

Sonuç olarak; hemşirelerde özellikle bakım odaklı etkileşim ölçeği önemlilik boyutu puanları yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutu puanlarına göre daha yüksektir. Hemşirelerin bakım odaklı hasta etkileşimi konusunda yeterliliklerinin geliştirilmesi, bakım odaklı etkileşimin uygulanabilirliğini etkileyen faktörlerin analiz edilerek uygulanabilirliğini arttırmaya yönelik eğitim ve çalışmaların yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Bakım, İletişim, Hemşire-hasta etkileşimi, Watson'ın Bakım Kuramı.

ABSTRACT

In the process of nursing care, interaction with the patient and the use of interaction with therapeutic intentions is important. A lot of nursing care theories put emphasis on patient nurse interaction. Especially according to Watson's Human Caring Theory patient-centered approach and interaction are emphasized. The aim of this study is to determine patient-centered interaction levels of nurses who work at a public hospital.

This descriptive study was carried out at Muğla Sıtkı Koçman University Research Hospital after providing all necessary permissions and verification of Ethical Committee. The scope of the study is composed of 300 nurses who work in patient treatment and care services. The sample includes 183 voluntary participants who filled in the forms. A survey of 19 questions involving socio-demographic and professional features of the nurses and a 5 likert type scale called Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Scale) which was developed by Cossette et al. (2005) and based on Watson's Human Caring Theory Caring were used. With CNPI-Scale consisting of 70 item care-oriented nurse patient interaction is evaluated under ten subscales and three dimensions which are "importance", "efficiency" and "practicality". The scale score is evaluated between 70 to 350. Validity and reliability tests in Turkish were done by Atar and Aştı (2012). Test retest reliability of the scale was found 75. The collected data was evaluated on .05 importance level by using Kruskal Wallis H test and one way variance analysis, independent sample t test number, percentage, average on SPSS program.

The majority of the participant nurses middle aged females and 48.6 % have an undergraduate degree. Most of them have a job experience of 15 years or over and find their knowledge and skills in terms of their communication with patients efficient. According to total scale points of the sample, dimension of importance $X=292.83\pm34.04$, dimension of efficiency $X=282.93\pm51.19$ dimension of practicality $X=270.11\pm56.75$ and it was found that practicality dimension point is relatively lower. In terms of importance, efficiency and practicality nurses' scores of subscales of CNPI-Scale are as follows *Humanism* $X= 24.89\pm3.94, 23.92\pm4.55, 22.29\pm5.15$; *Hope* $X= 29.44\pm4.25, 27.99\pm4.54, 26.79\pm5.88$; *Sensitivity* $X= 24.38\pm4.02, 23.17\pm5.08, 21.94\pm5.89$; *Supporting relationship* $X= 30.07\pm4.12, 28.85\pm5.38, 27.67\pm6.10$;

Expression of ideas X= 25.13±3.98, 24.07±5.28, 22.75±6.08; *Problem solving* X= 24.74±4.08, 23.16±5.63, 22.00±6.36; *Training* X=25,34±4.12, 24,05±5.61, 22,75±5.85; *Environment* X=29,97±4.18, 28,74±6.02, 27.40±6.20; *Necessities* X= 44.91±5.36, 42.66±8.77, 41.60±9.17 ve *Spirituality* X= 25.34±4.12, 24.05±5.61, 22.75±5.85. There are meaningful differences($p<.05$) in scale dimension points about finding their knowledge and skills efficient in communicating with patients in terms of age, gender, level of education. The study also shows the nurses at their forties or over with a degree, who find their level of knowledge and skills in their communication with the patients efficient, score higher especially in importance sub dimension.

In conclusion, among participants scores of importance dimension of care oriented interaction scale is higher compared to efficiency and practicality dimension scores. It is possible to suggest developing nurses' efficiency in care oriented interaction, providing training and research to develop practicality of care oriented interactions by analyzing the factors which affect them.

KeyWords: Nursing, Care, Communication, Nurse-Patient Interaction, Watson's Theory of Human Caring.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, bilgi ve desteğiyle yanımda olan tez danışmanım sayın Dr. Öğretim Üyesi Sibel COŞKUN CENK'e, ilgi ve desteğini esirgemeyen Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı sayın Doç. Dr. Nezihe UĞURLU'ya, araştırmaya katılmayı kabul eden Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmakta olan hemşire arkadaşlarıma, hayatımın her döneminde olduğu gibi tez hazırlama sürecimde de yanımda olan, beni yetiştiren canım anneme, canım babama, sevgisini her zaman hissettiğim canım kardeşim Cansu'ya, küçük yaşta ama kocaman yüreğiyle bana destek olan hayatıma renk katan biricik yavrum Nisa DEMİRBAŞ'a tüm kalbimle teşekkür ederim.

Gülistan UYAR

YEMİN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Hemşirelerin Bakım Odaklı Hasta Etkileşimi Düzeylerinin Belirlenmesi**” adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

..... / /

GÜLİSTAN UYAR

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY	
ÖZET	IV
ABSTRACT	VI
TEŞEKKÜR	VIII
YEMİN	IX
İÇİNDEKİLER	X
TABLolar LİSTESİ	XII
ŞEKİLLER LİSTESİ	XIV
SEMBOLLER VE KISALTMALAR	XV
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Konu ile İlgili Kavramlar	3
2.1.1. Hemşirelik.....	3
2.1.2. Bakım.....	4
2.1.3. Etkileşim.....	6
2.1.4. İletişim.....	6
2.2. Hemşire-Hasta İletişimi	7
2.2.1. Terapötik İletişim.....	9
2.2.2. Bakım İlişkisini Geliştiren İletişim Teknikleri.....	10
2.3. Hemşire-Hasta Etkileşimi	13
2.3.1. Hemşire-Hasta Etkileşimini Etkileyen Faktörler.....	14
2.3.2. Etkileşim ve Bakım İlişkisi.....	16
2.4. Hemşire-Hasta Etkileşimi İle İlgili Kuramlar	18
2.4.1. Martha Elizabeth Rogers; Üniter İnsan Kuramı.....	18
2.4.2. Hildegard E. Peplau; Kişilerarası İlişkiler Kuramı.....	20
2.4.3. Joyce Travelbee ; İnsan İnsana İlişki Kuramı.....	21

2.4.4. Ida Jean Orlando; Hemşire Etkileşim Kuramı.....	23
2.4.5. Jean Watson; İnsan Bakım Kuramı.....	24
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	28
3.1. Araştırmanın Türü.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.4. Verilerin Toplanması.....	28
3.5. Veri Toplama Araçları.....	28
3.6. Verilerin Toplanması.....	29
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	61
6. SONUÇLAR.....	74
7. ÖNERİLER.....	77
KAYNAKLAR.....	78
EKLER.....	90
EK 1.ÖZGEÇMİŞ.....	90
EK2. BİLGİ FORMU.....	91
EK3. BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ ÖLÇEĞİ.....	92
EK4.MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR VE YAYIN ETİĞİ KURULU DEĞERLENDİRME FORMU.....	
EK5.KURUM İZİNİ.....	
EK6.TEZ SAVUNMA TUTANAĞI.....	

TABLolar LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ) Puanlaması.....	30
Tablo 2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı..	33
Tablo 3. Hemşirelerin Çalışma Durum ve Koşullarına Göre Dağılımı...	34
Tablo 4.1. Hemşirelerin Bilgi ve Etkileşim Yeterlilikleri ile İlgili Değişkenlerin Dağılımı.....	35
Tablo 4.2. Hemşirelerin Bilgi ve Etkileşim Yeterlilikleri ile İlgili Değişkenlerin Dağılımı.....	36
Tablo 5. Hemşirelerde Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
Tablo 6. Hemşirelerde BOHHEÖ Önemlilik, Yeterlilik ve Uygulanabilirlik Alt Boyut Puanlarının İlişkisi.....	38
Tablo 7. Hemşirelerde Cinsiyete Göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 8. Hemşirelerin Yaşlarına Göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 9. Hemşirelerin Yaşlarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması.....	43
Tablo 10. Hemşirelerin Yaşlarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Yeterlilik Boyutunda Karşılaştırılması.....	44
Tablo 11. Hemşirelerin Yaşlarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Uygulanabilirlik Boyutunda Karşılaştırılması.....	45
Tablo 12. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	46
Tablo 13. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Ortalamalarının Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması.....	47
Tablo 14. Hemşirelerin Medeni Durumlarına göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 15. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Konusunda Bilgi	50

Düzeylerini Yeterli Bulmalarına Göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	
Tablo 16. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Konusunda Bilgi Düzeylerini Yeterli Bulmalarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması.....	51
Tablo 17. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Konusunda Bilgi Düzeylerini Yeterli Bulmalarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Uygulanabilirlik Boyutunda Karşılaştırılması.....	53
Tablo 18. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Kurmada Beceri Düzeylerini Yeterli Bulmalarına göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	54
Tablo 19. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Kurmada Beceri Düzeylerini Yeterli Bulmalarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçeklerinin Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması.....	55
Tablo 20. Hemşirelerin Hastaların Ruhsal Bakım Gereksinimlerine Önem Verme Durumuna göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması...	56
Tablo 21. Hemşirelerin Hastaların Ruhsal Bakım Gereksinimlerine Önem Verme Durumu İle BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması.....	57
Tablo 22. Hemşirelerin Ruhsal Bakım Konusunda Bilgi Gereksinimleri İle BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması.....	58
Tablo 23. Hemşirelerin Ruhsal Bakım Konusunda Bilgi Gereksinimlerine Göre BOHHEÖ Alt Ölçek puanlarının Alt Boyutlarda Karşılaştırılması.....	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 1. Hasta-Hemşire İletişiminin Döngüsel Yapısı	10
Şekil 2. Semptom yönetiminde Hemşire-Hasta Etkileşimi	15



SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

BOHHEÖ: Bakım Odaklı Hemşire- Hasta Etkileşim Ölçeği

CNPI: Caring Nurse-Patient Interaction Scale

WCSI: Watson Caring Science Institute

ark: arkadaşları



1. GİRİŞ

Hemşirelik, uygulamalarının temeline “insan” kavramını koyan ve insanın sağlık ya da hastalık sorunları nedeniyle oluşan gereksinimlerini karşılamak için yardım eden, bilim ve sanattan oluşan bir meslektir (Sabuncu ve ark. 1996;Yalçın, 2012). Hemşire, insanın yaşam deneyiminin tümünde yardım etme amacını gerçekleştirirken, pozitif bilimler, sosyal bilimler, davranış bilimleri ve mesleki bilgilerini kullanarak hümanist bir yaklaşım sergiler (Velioğlu, 1999; Sabuncu ve ark., 1996). Bu sayede hemşire, birey ile karşılıklı güvene dayalı bir iletişim ve etkileşim ortamı kurarak bireyi tanır, bütüncül bir değerlendirme ile bakım gereksinimlerini tanımlar ve gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini sağlar (Avşar& Kaşıkçı, 2010).

Bakımın, birileri tarafından başka birilerine verilmesi gereken bir ödev ya da yükümlülük olması profesyonellik gerektirir ve bunu mesleki bir yükümlülük olarak gören disiplin de hemşireliktir (Baykara, 2014). Hemşirelik bakımının temelinde bireyin varoluşunun bütün boyutlarının korunması, sürdürülmesi ya da bunların elde edilmesinde bireye yardım etmek vardır (Bayraktar& Eşer, 2017). Hemşirenin iyi bakım verilebilmesi için hasta ile etkili iletişim kurması gerekmektedir. Etkili iletişim için hemşirenin iletişim, danışmanlık, kritik düşünme özelliklerinin gelişmiş olması, duygusal zekasının yüksek olması, kendi duygularının farkında olması, duygularını kontrol edebilmesi ve empati kurabilmesi son derece önemlidir (Avşar&Kaşıkçı, 2010).

Hemşirelik girişimlerinde hemşire-hasta arasındaki etkileşimin önemi pek çok hemşirelik kuramında yer almaktadır (Velioğlu, 1999;Yalçın& Aştı, 2011;Yalçın, 2012). Özellikle Watson, bütüncül ve hümanistik bakış açısını esas alan bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminin üzerinde durmuş (Yalçın, 2012; Özkan& Arslan, 2012; Bayraktar&Eşer, 2017) ve hemşirelik bakımını “bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleşmiş bir kişilerarası süreç” olarak tanımlanmıştır (Yalçın& Aştı, 2011; Yalçın, 2012; Zaybak, İsmailoğlu&Efteli, 2014).

Yapılan çalışmalarda, sağlık personeliyle hasta ya da aileleri arasındaki etkili iletişimin sunulan sağlık hizmetinin kalitesini, hasta memnuniyetini ve hastanın hastalığına/tedaviye uyumunu arttırdığı, iyileşmek için motivasyonu yükselttiği belirtilmektedir (Tutuk ve ark., 2002; Zaybak ve ark., 2014; Şahin & Özdemir,2015;

Aydın &Hiçdurmaz, 2016; Bayraktar & Eşer, 2017). Ayrıca iletişimin hasta hakları açısından da önemine değinilmekte, bilgi isteme ve bilgilenme, reddetme hakkı, insanca muamele görme hakkı, tıbbi uygulamalara rıza gösterme ve gizlilik hakkı, görüş bildirme, saygınlık ve memnuniyet gibi hasta haklarının, güçlü bir iletişim-etkileşim kurma temelinde sağlanabileceği ifade edilmektedir (Arda ve ark., 2007).

Hemşirelik 24 saat hizmet sunan bir meslek olmasından dolayı, hastaya sağlık ekibinin diğer üyelerinden daha yakın konumdadır. Hemşirenin hastayı bütüncül bakış açısıyla değerlendirebilmesi, bakım gereksinimlerini tanımlayabilmesi, ve tedavi işbirliğini sağlayabilmesi için hastasını anlamalı ve kendisini de hastaya iyi ifade edebilmelidir (Başar ve ark., 2015). Bunun için hemşirenin kişilerarası iletişim tekniklerini bilmesi, bunları uygulaması ve etkileşimi etkileyebilecek faktörlerin farkında olması gerekmektedir. Aktif dinleme, gözlemleri paylaşma, empati, umudun paylaşılması, mizah, dokunma, sessizliği kullanma, bilgi verme, açıklık getirme/ açıklama, odaklanma, yansıtma, onaylama, ilişkili sorular sorma gibi terapötik iletişim teknikleri sayesinde hastanın kabullenme ve güven duygusu geliştirilir, psikososyal bütünlüğü sağlanır ve kaliteli hemşirelik bakımı verilmiş olur. Bakım ilişkisinin geliştirilmesinde iletişim tekniklerinin kullanımının yanı sıra etik davranışlar ve mesleki değerler de önemli olmaktadır (Yalçın&Aştı, 2011; Çam & Engin, 2014; Başar ve ark., 2015;Şahin & Özdemir, 2015).

Hemşirelik kişiler arası bir etkileşim süreci olarak tanımlansa da uygulamada pek çok etken nedeniyle hasta hemşire etkileşiminde sorunlar yaşanmakta ve bu iletişim sorunlarının bakım kalitesine olumsuz etkileri olabilmektedir. Özellikle iş yükü fazlalığı, personel yetersizlikleri, bilgi beceri eksiklikleri vb nedenlerle hasta hemşire etkileşiminde sorunlar yaşanabildiği literatürde de belirtilmektedir (Arda ve ark., 2007).

Bu araştırma, bir kamu hastanesinde çalışan hemşirelerde bakım odaklı hasta etkileşim düzeyinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Elde edilecek sonuçların; hemşirelik eğitiminde ve hizmet içi eğitim programlarında kullanılabileceği, bakım kalitesini arttırıcı çalışmalara ışık tutacağı ve sınırlı olan literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Konu İle İlgili Kavramlar

2.1.1. Hemşirelik

Hemşirelik kavramı literatürde birçok teorisyen tarafından kapsamlı olarak farklı biçimlerde tanımlanmıştır.

Hemşireliğin kurucusu Florence Nightingale'in 1860 yılında yaptığı tanıma göre hemşirelik; "hastayı iyileştirmek için hasta çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi"dir. Bu tanımda hastayı iyileştirebilmek için havalandırması iyi yapılmış, temiz ve huzurlu bir çevreyi tarif etmiştir (Velioğlu, Pektekin& Şanlı, 1991).

Virginia Henderson'ın, 1955 yılında yaptığı tanımda hemşireliği kişinin sağlığına ve bağımsızlığına ulaşma sırasında etkin bir kuvvet olarak görmektedir. Henderson'a göre hemşirenin temel görevi; sağlam ve hasta bireylere, sağlıklarını korumaları veya tedavileri sırasında da huzur içinde ölmeleri için yardım eden güç olmaktır. Hemşire bu yardımı, birey bağımsız duruma gelinceye kadar sürdürür ve bireyi en kısa zamanda bağımsızlığına kavuşturmak amaçtır (Sabuncu ve ark., 1996; Ünsal, 2017).

Hildegard E. Peplau kuramında psikodinamik hemşirelik kavramını öne sürerek (Doğan, 2009) hemşireliği;" Hasta ya da sağlık hizmetlerine gereksinimi olan bireyle, özel yardım gereksinimini fark edip buna yanıt vermek üzere eğitilmiş bir hemşire arasındaki insan ilişkisi" olarak ifade etmektedir (Velioğlu, 1999).

Orlando'ya göre hemşirelik disiplini tamamen "etkileşimli" bir disiplindir. Orlando'nun ilkeleri hemşireye etkileşimin farklı safhalarında yardım eden bir rehber niteliğindedir. "Kendisi ve hasta arasında neler olduğunu anlamayı öğrenmek hemşirelik uygulamasının çekirdeğidir ve hastaya verdiği yardımın temel yapısını ihtiva eder" şeklindeki ifadesinde etkileşimin önemini vurgulamaktadır (Velioğlu ve ark., 1991;Velioğlu, 1999)

Joyce Travelbee ise 1973 tarihli "Hemşireliğin Kişilerarası Yönleri "adlı kitabında hemşireliği kişilerarası bir süreç olarak tarif etmiş, hemşireliği"birey, aile ve toplumun deneyimlediği hastalık ve acıdan korumak; ya da bunlarla başa çıkmak ve gerekirse bu deneyimlerinde anlam bulmalarına yardımcı olma" şeklinde tanımlamıştır. Ayrıca hasta hemşire etkileşiminin değişken ve dinamik bir süreç olduğunu, hemşirenin

bireyi ve toplumu değiştirdiğini kendisinin de değişime açık olması gerektiğini ifade etmektedir (Velioglu ve ark., 1991).

Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) tarafından 1955 yılında yapılan hemşirelik tanımında“Hemşirelik; yardım sunan meslek olup, hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunur” ifade edilmektedir (Öz, 2004). Hemşire, birey/aile/toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme, hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik rol ve sorumluluklarını gerçekleştirirken hasta/sağlıklı birey ile etkileşim içerisinde hareket etmektedir (Yalçın & Aştı, 2011).

Uluslararası Hemşirelik Konseyi’nin (International Council of Nursing-ICN), 1973 tarihli hemşirelik tanımı; “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur” şeklinindedir (şahin, 2006).

1981’de Türk Hemşireler Derneği’nin hemşirelik tanımında; “bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik; hemşirelik hizmetlerinin planlanmasından, örgütlenmesinden, uygulanmasından, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir” olarak belirtilmiştir (Öz, 2004; Yalçın, 2012).

Hemşireliğin kuramsal gelişimi sürecinde hasta-hemşire etkileşiminin öneminin yanında hemşirelik felsefesinin temelinde yer alan hümanistik yaklaşım ile bireyselliğin, birey otonomisinin değer anlaşılmış, birçok alt kavram tanımlanmıştır (Yalçın & Aştı, 2011).

2.1.2. Bakım

Bakım kavramı ile ilişkili son zamanlarda ele alınan çalışmalarda bakımın sıklıkla; şefkat, duyarlılık, değer verme, katılma, ahlaki zorunluluk, terapötik müdahale, ilişki, bilgi verme, soruların cevaplanması ve beklentilerin karşılanması biçiminde, çok yönlü ve ilişkisel bir kavram olduğu ifade edilmektedir (Babacan Gümüş, 2014). Ayrıca bakım kavramı, bireyin sadece kendisi için olmayan aynı zamanda ihtiyaı olan bir başkası içinde olan bir faaliyeti ifade eder (Baykara, 2014). Türk Dil Kurumu tanımına

göre ise bakım; “bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” dir (www.tdk.gov.tr. 2018).

Bakım, hemşirelik mesleğinin ana unsuru olan ve hemşirelikte kuramsal uygulama ve bilgilerin odağında bulunan bir kavram olarak ifade edilmektedir. Bu yönden bakım, hemşirelik mesleğinin ne olduğu ve hemşirenin görevlerini ifade etmede öncelikle açıklanması gerekli kavramlardandır (Babacan Gümüş, 2014). Bakım kavramının hemşirelik mesleğinin temeli olduğunu ve aslında hemşirelik ve bakım kavramlarının ayrı gibi görünse de bir bütünün parçaları olduğunu belirten Leininger, “bakım hemşirelik ve hemşirelik bakımdır” ifadesiyle bakımın önemini vurgulamıştır (Altıok, Şengün & Üstün, 2011). Watson ise bakımı, sanat ve bilim yönüyle tanımlamış ve hemşirelik uygulamalarının temeli ve hemşireliğin esası olarak ifade etmiştir. Watson’a göre bakım; “hemşire ile hasta arasındaki karşılıklı yarar süreci” dir (Altıok ve ark., 2011). Watson teorisinde hemşirelik bakımının önemine dikkat çekerek, hemşirelik bakımının etkili olması için bakım davranışların hasta üzerinde kullanılması ve bunların hastalar tarafından hissedilmesinin gerekliliğini belirtmiştir. Bakım davranışları ise; dikkatli dinlemek, göz teması kurmak, hastayı rahatlatmak, hasta sorumluluğu almak, dürüst olmak, hastaya dokunmak, duyarlı olmak, saygılı olmak, sözel güvenceler sunmak, fiziksel ve zihinsel olarak hazır bulunmak, duygusal olarak açık ve ulaşılabilir olmak, hastaya ismiyle seslenmek, birey merkezli olmak, bilgi vermek ve kültürel farklılıkları dikkate almak olarak belirtilmektedir (Arslan, 2012). Bakımın bir bilim olduğunu iddia eden Watson, bakımı profesyonel hemşireliğin göstergesi, özü olarak yorumlanmakta ve birey, çevre, sağlık ve hemşirelikten sonraki beşinci ana kavramı olduğunu ileri sürmekte, bakım sürecinde etkileşimin önemine değinmektedir (Arslan, 2012; Babacan Gümüş, 2014).

Her bireyin yaşamı boyunca bakıma gereksinim duyduğu dönemler bulunmaktadır. Bakım, en az iki birey ile başlayıp, gelişen bir ilişki sürecidir. Bu ilişki fiziksel, ruhsal, akılsal, sosyal, manevi alış/verişe dayanmaktadır (Babacan Gümüş, 2014). Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanılama Derneği tarafından (NANDA: North American Nursing Diagnosis Association), bakım gereksinimine yönelik hemşirelik tanıları, girişimleri ve sonuç kriterleri sınıflanmıştır (Baykara, 2014).

2.1.3. Etkileşim

Peplau, Orlando, Travelbee, Handerson gibi mesleki kuramcılarının hemşirelik tanımını ve kavramları arasında önemle vurgulanan “Etkileşim” kavramı sözlük anlamıyla; “birbirini karşılıklı etkileme işi” olarak ifade edilmektedir (www.tdk.gov.tr, 2018). Etkileşim“en az iki bireyin katıldığı, birbirlerini etkilediği ya da etkilendiği, sözlü ve sözsüz yollarla iletişimde buldukları bir durum”dur (Yalçın & Aştı, 2011).

Etkileşim bir başka tanımda, karşılıklı anlam yapılandırma ve yorumlama süreci olarak ifade edilmiştir. Bir konunun kişiler arasında anlaşılır hale getirilmesi etkileşim olduğunun bir göstergesidir. Etkileşim karşılıklı olarak meydana gelen bir durumdur. Etkileşimin karşılıklı olması, etkileşim içine giren tarafların fiziksel hareketleri, karşılıklı etkileme eylemleri ya da sözlü-sözsüz bir iletişim ilişkisi ile gerçekleşebilir (Yalçın, 2012).

2.1.4. İletişim

İletişime yönelik birçok tanım yapılmıştır. TDK tarafından iletişim,“duygu, düşünce veya bilgilerin akla uygun şekilde başkalarına aktarılması, bildirim, haberleşme, komünikasyon” olarak tanımlanmıştır (www.tdk.gov.tr 2018). İletişimin varlığı kaynak ile alıcı arasındaki ilişki ile yakından ilgilidir ve uyum olmalıdır (Atilla ve ark., 2012).

Sosyal bir varlık olması sebebiyle insanların iletişim olmadan yaşaması son derece zordur. Televizyon haberlerini izlemek, gazete, dergi okumak, trafikte karşılaşılan her türlü trafik işaretleri vb gibi unsurlar iletişimin parçalarıdır. İletişimin içinde kavram olarak etkileşim, paylaşım ve geribildirim yer alır. İletişim bu nedenle toplumların gelişmeleri, bilgilerin nesilden nesile aktarılması ve toplumların dönüşmesinde önemli bir role sahiptir (Çam & Dülgerler, 2014).

İletişim, kişilerarası etkileşimin temelidir ve her insanın hayatında önemli bir fonksiyona sahiptir. Çünkü bireyler duygularını, fikirlerini iletişim aracılığı ile paylaşarak kendileri mutlu olma ve etraflarındaki bireylerinde mutluluklarına katkı sağlama şansı elde ederler. Bireye yardımcı olmayı temel alan meslek mensuplarının başarısı kendilerinin iletişim becerileri ile orantılı olmaktadır. Çalışma alanı insan olan kişiler ve

meslek mensuplarının iletişim tekniklerini iyi kavramış, yeteneklerini geliştirmiş olması gerekmektedir (Bingöl & Demir, 2011).

İletişimin yüz yüze görüşmeler, toplantı konuşmaları, brifingler şeklinde konuşarak gerçekleşmesi sözlü iletişimdir. Sözlü iletişim yüz yüze olduğu gibi radyo, televizyon ve telefonla da olabilmektedir. İletişimde kullanılan yüz ifadeleri, jestler, mimikler, göz teması ve beden duruşu gibi unsurlar sözsüz iletişimdir (Çam & Dülgerler, 2014). İletişimde beden %60, sesin %30, sözcüklerin ise %10 oranında etkili olduğu belirtilmektedir. Sözel iletişimde; kullanılan sözcükler ve anlaşılabilirliği, konuşma hızı, ses tonu, açık ve kısa ifadelerin kullanımı, zamanlama gibi faktörler önemlidir. Sözsüz iletişimde ise; kişisel görünüm, beden duruşu, yüz ifadesi, göz teması, jestler ve mimikler, el ve kol hareketleri, kişisel alan ve mesafe gibi faktörler önemli olmaktadır (Yalçın & Aştı, 2011; Atilla ve ark., 2012).

İletişimin psikolojik iletişim, sosyal iletişim, birey-grup iletişimi, kitle iletişimi türleri bulunmaktadır. Hemşirelikte en fazla kullanılan iletişim türü olarak sosyal iletişim ile terapötik iletişim öne çıkmaktadır (Çam & Dülgerler, 2014).

2.2. Hemşire-Hasta İletişimi

İletişim, kişilerarası etkileşimin temelini oluşturmaktadır. Sosyalleşme gerekliliği ve iletişim ile insanlar duygu, düşüncelerini paylaşabilirler. Özellikle hastalık durumunda başkalarına bağımlılığın artması hemşirelik bakımında iletişimi, iletişim esnasında da terapötik tekniklerin kullanımını önemli kılmaktadır (Karaca, 2010; Çam & Dülgerler, 2014). Peplau'nun "hemşirelikte kişiler arası iletişim" teorisini Travelbee genişletmiştir. Etkileşimlerde bireyler birbirlerini hastalık, oda numarası veya tüm hemşireler gibi değil de benzeri olmayan tek birey gibi gördüğünde bir ilişkinin mümkün olabileceğinden söz edilmektedir (Kaya, 2011). Hemşireliği "insan insana ilişki" ve "iki insan arasındaki kişilerarası süreç" olarak tanımlayan Travelbee'ye göre hemşire hasta arasındaki iletişim beş aşamada gerçekleşmektedir. Bu aşamalar; ilk karşılaşma, kimliklerin ortaya çıkması, empati, sempati ve dostça ilişki aşamalarıdır (Velioglu, 1999; Özcan, 2006; Çam & Dülgerler, 2014).

Bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal bakım gereksinimlerini tanımak ve karşılanmasını sağlamak, gereksinimlerine uygun bakımı sunmak ve bu şekilde de bireyin fiziksel ve ruhsal rahatlığını sağlamak hemşirenin temel görevidir. Hemşirenin

bireylerle kurduğu kişilerarası ilişki, hemşirenin bakım rolünü gerçekleştirmede en önemli araç konumundadır (Kaya, 2011; Özcan, 2006; Terakye, 1994). Kişilerarası ilişkiler üzerine temellenmiş olan hemşirelik mesleğinde bakım sürecinin etkinliği, hemşirenin diğer bireylere etkin iletişim kurabilme yeteneğine bağlıdır. Hemşire gerek sözel gerekse sözel olmayan iletişim yollarıyla hastayı anlamaya çalışmanın yanı sıra kendini de doğru ifade ederek hasta ile etkili iletişim kurabilmelidir (Çam & Dülgerler, 2014). Hemşirenin bakım verdiği bireyi anlamasını, değerli olduğunu hissettirmesini sağlayan araç, iletişim bilgi ve becerisidir. İletişimin etkili olduğunun göstergesi bireylerin kendilerini anlaşılmış hissetmeleridir (Kumcağız ve ark., 2011; Üstün, 2005). Yapılan araştırmalara göre de hemşirelerin iletişim becerisi geliştirmesinin ve etkili kişilerarası ilişkiler kurmasının, hasta üzerinde iyileşme isteğinin ve hizmet memnuniyetinin artması, hastalığa ve/veya tedaviye uyum ve hizmet kalitesi ve etkinliğinin artması gibi olumlu etkiler yarattığı belirtilmektedir (Arda ve ark., 2007; Efil ve ark., 2011; Çam & Dülgerler, 2014).

İletişim, hasta hakları açısından da önemlidir. Yayımlanmış olan mevzuatlarla, hasta hakları konusunda birçok düzenleme yapılmıştır. Hastaların, bilgi isteme ve bilgilenme hakkı, tedaviyi reddetme hakkı, insanca muamele görme hakkı, tıbbi uygulamalara rıza gösterme ve gizlilik hakkı, görüş bildirme, saygınlık ve memnuniyet gibi hakları, güçlü bir 'iletişim-etkileşim kurma' temelinde sağlanabilecektir (Arda ve ark., 2007).

Hasta ile iletişim kurmada hemşireye yardımcı olan bir takım özellikler vardır. Bunlar;

- Başkalarına ve kendine karşı duyarlı olmak,
- Olumlu/olumsuz duyguların ifade edilmesini sağlamak
- Yardım edici-güven verici ilişkiler kurmak
- Umut ve inanç aşılamak
- Kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi geliştirmek
- Destekleyici bir ortam sağlamak

- Bireyin gereksinimlerinin karşılanmasına yardımcı olarak
- Bireyin spiritüel ifadelerine izin vermektir (Yalçın, 2012).

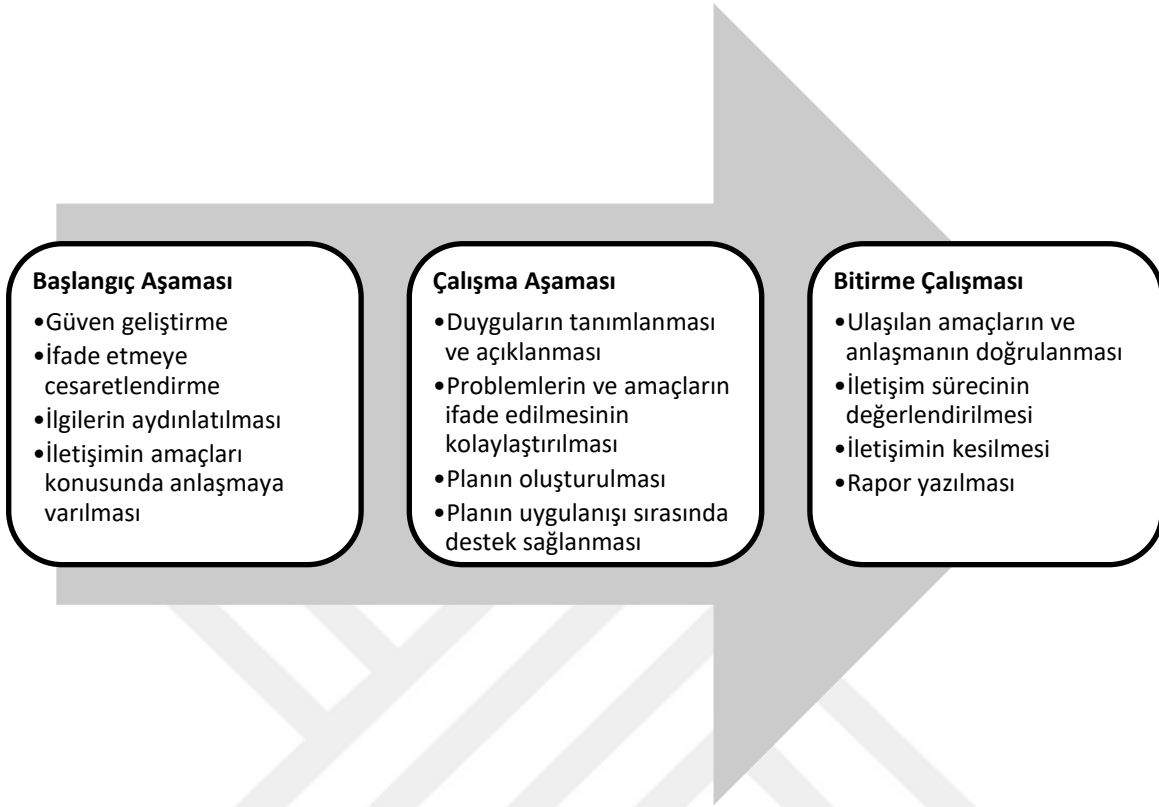
Hasta hemşire arasında kurulan olumlu iletişim ile bireylerin sağlıklarının gelişimi için ve/veya hastalık halinde iyileşme amacına yönelik istendik davranış değişikliği meydana gelmesi için bireylerin kişilik yapıları ve geçmişleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bunu sağlayabilmenin yolu da hemşirenin hastayı tanıması ile gerçekleşir. Hemşire bireylere özgü ve bireyler arası farklılıkları göz önünde bulundurarak davranmalıdır. Bireylerin aynı koşul ve durumlarda farklı davranış gösterebilecekleri unutulmamalıdır. Bu farklılıklara neden olan psikososyal faktörler; bireyin hastalığa karşı olan bireysel reaksiyonu, hastalık hakkındaki inanç ve tutumu, hastayı destekleyen bireylerin (aile, arkadaş) yaklaşımı ve maddi olanaklardır (Velioğlu ve ark., 1991;Özcan, 2006). Hemşirenin zamanı etkili kullanması ve iletişimin etkinliği için kolaylaştırıcı teknikleri bilmesi ve uygulaması gerekir (Çam &Dülgerler, 2014).

2.2.1. Terapötik İletişim

İnsan üzerinde odaklanmış olan ve hastaya yardım etmeyi amaç edinen hemşirelik mesleği için iletişim becerisinin önemi büyüktür. Hastayı tanımak, anlamak ve bakım gereksinimlerini belirlemek ve bakıma yönelik girişimlerde etkili ve iyi bir iletişim gereklidir. Hemşirenin hasta ile kurduğu bu iletişime “tedavi edici (terapötik) iletişim” denilmektedir. Kısaca tedavi ve bakım sürecinde iletişimin terapötik bir araç olarak kullanımını ve güven ilişkisi ile başlar (Özcan, 2006; Çam &Dülgerler, 2014).

Terapötik hasta-hemşire iletişimi üç aşamalıdır. Her aşaması arasında bağlantı bulunmaktadır ve dinamik bir süreçtir. İlk aşamada hemşire, hastanın onayını alır ve iletişimin amaçlarını, süresini ve bitiş aşamasının planını yapar. Çalışma sırasında his ve fikirlerinin de ifade edebilmesine ve sorunların çözümüne odaklanır. Bitirme aşamasında ise değerlendirme yapılarak iletişim sonlandırılır (Şekil 1).

Şekil 1. Hasta-Hemşire İletişiminin Döngüsel Yapısı



Kaynak: İnal, S., & Akgün, M. (2003). Hastanede yatan çocukta terapötik iletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt:6, Sayı:2.

2.2.2. Bakım İlişisini Geliştiren İletişim Teknikleri

Sağlığını kaybeden bireyin, kendini psikolojik olarak daha hassas hissetmesi, iletişimi daha önemli ve anlamlı kılmaktadır (Özkadif, 2016). Etkin iletişimi sağlamak için kullanılan teknikler ile tedavi sürecine hastanın katılımı ve kendini ifade etmesi sağlanarak hastadaki psikolojik yük azaltılmaktadır. Sürece hastanın katılımının sağlanması hastaya olan saygının da ifadesi olmaktadır (Çam & Dülgerler, 2014; Bekcan, 2015).

Terapötik iletişimde kullanılan başlıca teknikler; gözlemleri iletme, konuşmaya cesaretlendirmek, keşfetmek, kabullenici davranmak, duygulara yoğunlaşmak, açıklığa kavuşturmak, özetlemek, dinlemek, kapsamın yansıtılması, duyguların yansıtılması, bilgi vermek, kendi sözcükleriyle yinelemek, yüzleşmek, algıları kontrol etmek, çelişkilere dikkat çekmek, bağlantı kurmak, yeniden yoğunlaşmak, sessizlik, soru sormak ve geribildirimdir (Yalçın, 2012; Çam & Dülgerler, 2014).

Gözlemleri İletmek: Hemşire tedavi zamanlarının yanı sıra hastaya danışmanlık yaptığı zamanlarda hasta ile uzun zaman geçirerek, hastayla ilgili birçok gözlem yapma olanağı bulur. Hemşirenin yaptığı gözlemleri hastaya iletmesi hastanın kendini değerli hissetmesini sağlar. Hastada farkındalık oluşturan bu durum hemşire ile hasta arasında etkili bir bağ oluşmasını, hastanın uyumunu ve işbirliğini sağlar (Çam &Dülgerler, 2014)

Konuşmaya Cesaretlendirmek: Hastane ortamına uyumsuzluk ve anksiyete durumlarında hastanın duygu ve düşüncelerini paylaşması konusunda teşvik edilmeleri gerekir. Hemşirenin, hastayı konuşmaya cesaretlendirmek için kısa teşvik edici sözlerin ve beden dilinin kullanması hastanın konuşmasıyla ilgilendiğini, daha fazlasını duymak istediğini hastaya iletmesini sağlar (Çam & Engin, 2014; İnal & Akgün, 2003; Özkurt, 2010). Konuşmaya cesaretlendirme tekniğinin kullanımı; bilgi toplamada, duygu ve düşüncelerin paylaşımında, güven ilişkisinin ve iletişim becerilerinin gelişimini sağlar (Çam &Dülgerler, 2014, Bekcan, 2015).

Keşfetmek: Hastayı tanımak, bilgi toplamak, sorununu çözüme kavuşturmak ve ayrıntıları fark edebilmek için yararlanılan bir tekniktir. Bu teknikle hastanın durumu hem sağlık personeli hem de hasta tarafından daha açık hale getirilir. Dikkat edilmesi gereken husus ise hastanın mahremiyetidir. Hemşire hastanın durumuna açık hale getirmek adına hastaya merak içeren sorular sorarak hastayı açıklaması yönünde zorlamamalıdır. Aksi takdirde hasta rahatsızlık hisseder ve sorulara istendik cevaplar veremez (İnal & Akgün, 2003; Çam &Dülgerler, 2014).

Kabullenici Davranmak: Kabullenici davranma bir saygı göstergesidir ve hastada güven duygusunun oluşmasında etkilidir. Hastanın kabullenildiğini bilmesi, duygu ifadesini ve bakımına katılmasını sağlar. Hasta yanlış davranış sergiliyorsa da bu durum yargılanmamalı ama kabul de edilmemeli, davranış değişikliği yönünde desteklenmelidir (Çam &Dülgerler, 2014).

Duygulara Yoğunlaşmak: Hastane ortamında psikolojik olarak kendini daha hassas hisseden hastalar, kronik hastalığı olanlar, hastaneye uyum sağlayamayan hastaların duygularını açıklaması kolay değildir. Bu teknikte hemşire hastayı cesaretlendirerek duygularını paylaşması için teşvik eder, hastanın sözlerinin arkasında ima ettiği gerçek anlamı bulmaya ve hastaya yardımcı olmaya çalışır. Bu tekniği

uygulamada duyguları çözmek zor değildir ancak tecrübe gerekmektedir (İnal & Akgün 2003; Çam & Dülgerler, 2014).

Açıklığa Kavuşturmak: Bu teknikte amaç hemşirenin hastayı daha iyi ve doğru anlamasını sağlamaktır. Bunun için hemşire hastanın anlattıklarını daha da netleştirmek ister. Hemşirenin hastaya ifade ettiklerinin hastadan tekrar dinleyerek doğru anlaşılıp anlaşılmadığını teyit eder. Böylece verilerin güvenilirliği sağlanır (Çam & Dülgerler, 2014).

Özetlemek: Danışan ile hemşirenin görüştüğü konuların üzerinden tekrar geçmesi ve temel olan konuların kısa bir şekilde bir araya getirilerek ifade edilmesidir (Özkurt, 2010, Çam & Dülgerler, 2014). Özetleme ile danışanın en önemli sorununun tespit edilmesini, önemli konuların vurgulanmasını, konunun danışan tarafından bütüncül olarak görülmesini ve dolayısıyla kendini anlamasını sağlar (Özkurt, 2010).

Bilgi Vermek: Hastaya gerekli olan bilgilerin verilmesi ile belirsizliğin ve anksiyetesinin azaltılması sağlanır. Hemşire bilgilendirmede tavsiye vermekten uzak durmalı, karar sürecine hastayı dahil etmelidir (İnal & Akgün, 2003; Özcan, 2006).

Bağlantı Kurmak: Bu teknikte hemşire hasta ile yaptığı önceki görüşmelerde anlattıkları ile o anda anlattıklarını ilişkilendirir. Bu durum hemşirenin veri analizi ile danışanın hemşireye güven duygusunun artmasında ayrıca danışanın kendi duygu, düşünce ve davranışları üzerinde farkındalığının artması ve kendini anlamasında yararlıdır (Özkurt, 2010).

Sessizlik: Hastanın duygu ve düşüncelerini açıklaması için zaman tanıyan bir tekniktir (İnal & Akgün, 2003). Sessizlik hasta hemşire diyalogundaki sözcükler arasındaki durmadan daha uzun bir süredir (Özkurt, 2010). Sessizliğin terapötik bir teknik olabilmesi için hemşire ile hasta arasında daha önceden karşılıklı bir kabulleniş, güven ilişkisi kurulmuş olmalıdır (İnal & Akgün, 2003). Hastanın öfke, çaresizlik, yalnızlık, terk edilmişlik hissi olan hastalar için daha çok duygularını açıklama ve ifade etmesine teşvik edecek teknikler kullanılmakla beraber (İnal & Akgün, 2003; Özkurt, 2010) hasta hazır hissetmediğinde, zamana gereksinim duyduğunda sessizliğe yer vermek terapötiktir.

Empati: Hastalara yardım etmeyi amaç edinen hemşirelik mesleğinde bireyi tanımak ve bakım ihtiyaçlarını belirlemek için hasta ile kurulan etkili iletişim ile oluşturulan güven duygusu önemlidir. Hemşirelerin hastaları ile etkili bir iletişim kurmasının, hastaların tetkik ve tedavi uygulamalarına uyumunu arttırdığı görülmektedir (Özcan, 2006; Özkadif, 2016).

Hasta ile kurulan iletişimde hemşirenin empatik yaklaşım içinde olması iletişimi olumlu yönde etkilemekte ve iletişimin etkili olmasını sağlamaktadır (Özkadif, 2016). Karşıdaki kişi ile kendisini özdeşleştirerek onun düşündüğü gibi düşünebilmek ya da onun gibi hissetmeye çabalama kempatı kavramını tanımlamaktadır (Özkurt, 2010). Empati kurma, iletişim kurulan bireyin doğru olarak anlaşılabilmesi için gerekli ve önemlidir. Empati kurabilme, bireysel iletişim becerisidir, ancak etkili eğitim yöntemleri ile geliştirilebilecek bir beceri olarak kabul edilmektedir (Bekcan, 2015).

Hasta birey ile kurulan empati ile hasta bireyin bakım ihtiyaçlarının tanımlanması, buna göre hemşirelik girişimlerinin planlanması kolaylaşmakta, bu anlamda kendini rahat hisseden hastanın memnuniyeti artmakta ayrıca hastada gözlenen olumlu değişimlerin izlenmesi ile hemşirede iş doyumunu oluşturarak çalışma performansları olumlu yönde etkilenmektedir (Bekcan, 2015).

2.3. Hemşire-Hasta Etkileşimi

Hemşire ile hasta arasında oluşan etkileşimin temelinde sağlıklı ya da hasta bireyin gereksinimleri ve bunların karşılanması vardır(Yalçın&Aştı, 2011). Hemşire-hasta arasındaki etkileşim bunların aralarındaki iletişimin sürekliliğine bağlı olmakta ve bu şekilde kurulan ilişki de kendiliğinden değil terapötik bir ilişki niteliğinde olmaktadır(Yalçın&Aştı, 2011; Gorman&Sultan, 2014). Hemşirenin en basit uygulamasından en karmaşık uygulamasına kadar her süreçte hasta ile etkileşim gerçekleşmektedir (Yalçın & Aştı 2011, Bozdoğan 2014). Hasta ile hemşire arasında pozitif yönde etkileşim olmasında hemşirenin hastanın sergilediği davranışları çözümlemesi, hastanın hemşireye beslediği güven duygusu ve hemşirenin iletişim becerileri önemli bir yer tutmaktadır. Hemşirenin, hastanın davranışlarının altındaki durumu değerlendirememesi hastaya tepkisel davranmasına neden olmaktadır. Hemşirenin bu tutumu ise olumlu hasta-hemşire etkileşimi gelişmemesine ve hasta çıktılarının da olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır. Hastalığın gidiş ve sonucunu

büyük ölçüde etkileyen hasta ile hemşire arasındaki etkileşimin pozitif yönde gelişmesi için öncelikle hemşirenin hastanın davranışlarını değerlendirebilmesi ve kendisinin de fark etmeden yapmış olduğu kendi tutum ve tepkilerini objektif olarak araştırabilmesi ve terapötik iletişim tekniklerini kullanması gerekir(Özcan, 2006;Yalçın & Aştı 2011;Gorman&Sultan, 2014).

Hemşire ile hasta arasındaki etkileşim dört aşamada gerçekleşmekte ve hemşire hasta ile karşılaşmadan önce başlamakta ve bakım verici ilişkisi bitince de sonlanmaktadır(Yalçın 2012). Bu evreleri kısaca özetlemek gerekirse;

Etkileşim Öncesi Evre: Hemşirenin hasta birey ile karşılaşmadan önce, hasta hakkında dosyalardan ve diğer sağlık personelinden topladığı bilgileri gözden geçirerek görüşme için mekan ve zaman planlaması yaptığı aşamadır (Yalçın, 2012).

Oryantasyon Evresi: Bu evrede hemşire ve hasta karşılıklı olarak birbirlerini tanırlar ve gözlemler. İlimli ve empatik bir yaklaşım sergileyen hemşire hasta hakkında bir fikir oluşturur, bakım gereksinimlerini değerlendirir. Hasta ile hemşire beklenen sonuçlara ve ne yapılacağına karar verir (Yalçın, 2012).

Çalışma Evresi: Hemşirenin terapötik iletişim ve sorun çözme becerilerini kullandığı, hastaya kendini ifade etmesi, işbirliği için destek sağladığı ve ihtiyaç duyulan konularda bilgi ve bakım verdiği aşamadır (Yalçın, 2012).

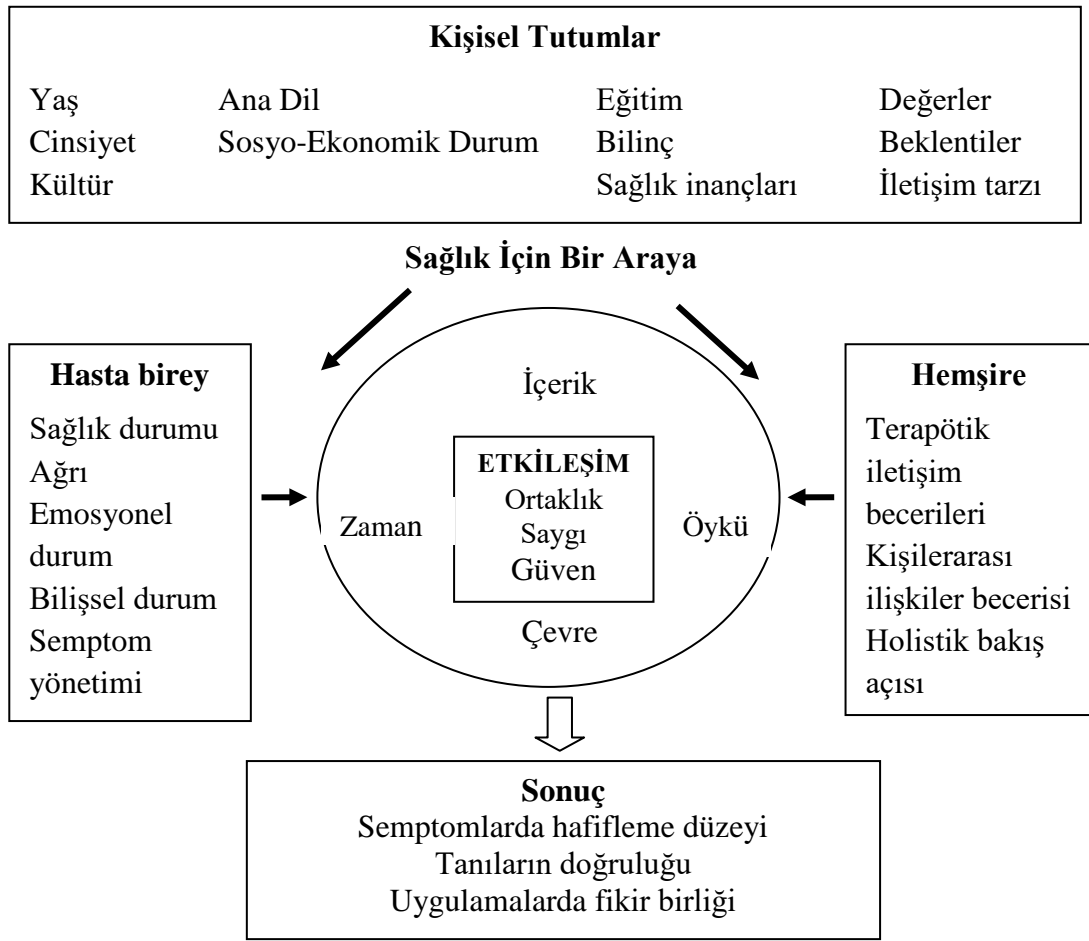
Sonlandırma Evresi: Bu evrede hemşire hasta ile arasında kurulan iletişim ve bakım süreci değerlendirilir. Hastaya sağlık davranışları için sorumluluk verilir ve destek kaynakları organize edilir (Yalçın, 2012).

2.3.1. Hemşire-Hasta Etkileşimini Etkileyen Faktörler

Hemşire sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine ihtiyacı olan hasta birey ile etkileşime girmektedir. Gerek hemşirenin gerekse hastanın kendilerine has özellikleri, inanç ve tutumları bu etkileşimde etkili olmaktadır.

Literatürde aktarılan, Haworth ve Dluhy (2001) semptom yönetiminde hemşire-hasta etkileşimin önemini vurguladığı çalışmasında hemşire-hasta etkileşiminde önemli olan unsurlar açıkça şematize edilmiştir (Şekil 2) (Yalçın& Aştı, 2011, Yalçın, 2012).

Şekil 2. Semptom yönetiminde Hemşire-Hasta Etkileşimi



Haworth, S.K.,&Dluhy, N.M. (2001). Holistic symptom management: Modelling the interactionphase. *Journal of Advanced Nursing*; 36(2): 302-310.

Hemşire ile hasta arasındaki etkileşimin sağlanması ve sürdürülmesinde biyofizyolojik, psikolojik, ilişkisel, durumsal, çevresel ve sosyo-kültürel etkenler önem taşımaktadır (Terakye, 1994; Yalçın & Aştı, 2011; Yalçın, 2012). Kişisel tutumların yanı sıra hasta bireye ve hemşireye bağlı değişkenler de mevcuttur.

Hasta bireye bağlı değişkenler; fizyolojik durum (ağrı, açlık, dispne, halsizlik vb.), emosyonel durum (anksiyete, kızgınlık, ümitsizlik, neşe vb.), bilişsel durum(yaş, gelişimsel görevler), karşılanmamış gereksinimler (güven, sevgi/aidiyet vb.),değer ve inançlar (hastalığın anlamı vb.), kişilik özellikleri (iyimser/kötümser, içe dönük/dışa

dönük vb.), kendini algılama ve (olumlu ya da olumsuz)özsaygıdır (Yalçın & Aştı, 2011; Yalçın, 2012; Özkadif, 2016).

Hemşireye bağlı değişkenler ise; kişilerarası ilişkiler becerisi, terapötik iletişim becerisi, bütüncül ve hümanistik bakış açısı ve profesyonel değerlerdir (Yalçın & Aştı, 2011; Yalçın, 2012).

Terapötik iletişim becerisi hemşirenin hastaya özgü sağlık davranışlarını ve beklentilerini tanılamada etkilidir. Mevcut sağlık değerleri ile beklentileri belirlenmiş hasta için hemşire bakımını planlayıp, uygulayabilmektedir. Hasta ile kurulacak terapötik ilişkide kişilerarası iletişim becerisi de gerekmektedir. Yapılan çalışmalar kişilerarası ilişki kurma becerisi ile hasta memnuniyeti ve bakım kalitesi kavramlarının doğru orantılı olduğunu göstermektedir (Üstün, 2005; Yalçın & Aştı, 2011; Yalçın, 2012).

Terapötik iletişimi engelleyen faktörler ise; emir verme, öğüt verme, ahlak dersi verme, yargılamak, sözünden dönme, övgüler yöneltme, onaylama, soru sorma, sorguya çekmek, sabitleşmiş yanıtlar, ısrar ederek iknaya yöneltmek, teselli etme, savunma, duyguları önemsememe, tartışma, konuyu değiştirme ve duygulara önem vermeme olarak sıralanabilir (Özcan, 2006; Özkurt, 2010; Kaya, 2011; Terakye, 1994; Yalçın, 2012). Bu faktörler aynı zamanda etkileşim üzerinde de olumsuz yönde etkilidir.

2.3.2. Etkileşim ve Bakım İlişkisi

Hemşire ile hasta birlikte yardım edici bir ilişki içinde yer alırlar. Hemşire hastanın sağlık bakım davranışları kazanmasında ona rehberlik eder, bilgi verir ve vereceği karar için onu destekler (Özcan, 2006; Yalçın & Aştı, 2011). Hemşirelik bakımının temelinde hemşirelik becerileri bulunmaktadır ve bakım için gerekli hemşirelik uygulamaları bireye varlığını hissettirmek, dokunmak ve dinlemektir (Yalçın & Aştı, 2011; Yalçın, 2012; Arslan & Bilgin, 2016).

Varlığını hissettirmek: Hastayı anlamak, onunla iletişim kurmak ve ulaşılabilir olmak ile sağlanabilir. Hemşire bu noktada kendini hastaya kabullendirirse hasta ona açılır, duygularını rahatlıkla ifade eder, korku ve kaygıları azalır. Hemşire iletişim tekniklerini kullanmalı ve olumlu bir tavır geliştirmelidir. Hemşirenin hastaya varlığını

hissettirmesi ile hemşire hasta hakkında daha fazla bilgi elde ederek, yeterli hemşirelik bakımını vermeyi sağlamış olur (Yalçın, 2012).

Dokunma: Hemşirenin hastaya ilgisini ve desteğini aktardığı bir durumdur. Dokunma 3 farklı türde tanımlanır.

İş merkezli dokunma: Herhangi bir hemşirelik uygulaması sırasında meydana gelen dokunma türüdür.

*Bakım amaçlı dokunma (terapötik dokunma):*Hastanın kendini güvende hissetmesi için yapılan dokunmadır.

Koruyucu dokunma: Hastayı koruma amaçlı yapılan dokunma türüdür (Yalçın, 2012; Arslan & Bilgin, 2016).

Dinleme: Hasta bireyin sorunlarını anlamak için dikkat ve ilgiyle onu dinlemektir. Aktif dinleme esnasında hasta gözlemlenerek hakkında daha fazla veri toplanabilir ve hasta-hemşire ilişkisi olumlu yönde ilerlemesi sağlanabilir (Yalçın, 2012).

Hemşirelik kuramcılarından Travelbee hemşirenin hastanın bakım ihtiyaçlarını karşılamasının 5 aşamadan oluştuğu vurgulamıştır(Özcan, 2006; Yalçın, 2012). Bu aşamalar şunlardır:

1. Bireyin bakım gereksinimleri belirlenir: Hemşire, hasta ile kurduğu ilişki neticesinde hasta ile ilgili verileri elde eder. Hastanın gereksinim duyduğu alanlar tespit edilir.

2. Ulaşıldığı sonuçlar kontrol edilir: Hemşire hasta için belirlediği gereksinimleri hasta ile paylaşır ve gereksinimlerin gerekliliği hasta ile birlikte değerlendirilir.

3. Gereksinimi kimin karşılayacağına karar verilir: Hastanın gereksiniminin karşılanacağı sağlık personelinin tespit edilip, yönlendirildiği aşamadır. (Özcan, 2006; Yalçın, 2012).

4. **Hemşirelik eylemlerine karar verilir:**Hastanın durumuna göre ve ihtiyaç duyduğu bakım gereksinimine göre verilecek hemşirelik bakımının belirlendiği aşamadır.

5. **Gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığı kontrol edilir:** Hastada istenen davranış değişikliğinin olup olmadığına bakılır. Davranış değişikliğinin gerçekleşmesi gereksinimin karşılandığını, gerçekleşmemesi ise gereksinimin karşılanmadığını gösterir. Bu durumda ilk basamağa geri dönlür. Yeniden veri toplanarak tüm aşamalar tekrarlanır (Özcan, 2006; Yalçın, 2012).

Tüm bu basamaklar hemşirelik süreç basamaklarıdır ve her basamağın uygulanmasında etkileşim süreci yer almaktadır (Özcan, 2006; Yalçın, 2012). Hemşire-hasta arasındaki etkileşim hasta bireyi kendi sorumluluklarını alması için güdüler. Hastanın kendini ifade etmesi, sorunlarına çözüm getirebilmesi, bakım gereksinimlerini belirleyip öncelik sırasına koyabilmesini sağlar. Ayrıca iyi bir etkileşimin hasta bakım kalitesini arttırdığı yapılan araştırmalarda belirlenmiştir (Saluvan& Kaya, 2013; Yalçın, 2012)

2.4. Hemşire-Hasta Etkileşimi İle İlgili Kuramlar

Profesyonel bir meslek disiplininin temel amacı, mesleki uygulamalarda kullanılacak bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymak ve geliştirmektir. Davranış bilimleri ve sosyal bilimlerde bu bilgi “kuram” ve “kavram” terimleri ile adlandırılmaktadır. Hemşirelik kuramları, klinik çevredeki belli değişkenlerin hemşirelik bakımı üstündeki etkilerini önceden tahmin etmeyi sağlayan, araştırmaya dayalı bir dizi ifade olarak tanımlanabilirler(Babacan Gümüş, 2014).

Bakım, rahatlandırma, iletişim, koruma ve sağlık kavramları hemşirelik kuramlarının başlangıcıdır (Velioğlu, 1999).Ayrıca hemşirelik kuramlarını geliştirme çabaları bireylere düzenli ve organize bakım verilmeye başlanmasından itibaren aralıksız sürdürülmektedir(Babacan Gümüş, 2014).

2.4.1. Martha Elizabeth Rogers; Üniter İnsan Kuramı

Rogers’a göre hemşirelik, üniter insan bilimidir ve hemşireliğe yeni bir bakış açısı getirmiştir (Babacan Gümüş, 2014). Rogers kuramında, gelişim modellerinin yanı

sıra Genel Sistemler Teorisi, fizik, evrimsel teori ve adaptasyon teorilerinden etkilenmiştir. Kuramını ilk kez 1970 yılında yayımlamış, 1978 yılında yayımlanan “Üniter İnsan Bilimi” isimli kitabı ile de sistem düşüncesini açıklama ve tanımlamaya devam etmiştir (Velioğlu, 1999, Yıldız ve ark., 2016). Rogers teorisine göre tüm maddeler enerjidir ve enerji yolları birbiriyle bağlantılıdır. Rogers hemşireliğe kuantum gerçekliğini getirmiş ve bu gerçekliğe göre; çevresiyle sürekli etkileşim halinde olan insan vücudunun enerjiye sahip olduğunu savunmuş ve insanı çevresiyle bir bütün olarak ele almıştır (Yıldız ve ark., 2016). Hemşirelerin uygulamaları ve eğitimlerinde, bu enerji alanlarına yer verilmesi gerektiğini, hemşirelik yaklaşımında hümanizmin önemini vurgulamıştır (Erdoğan & Çınar 2011; Yıldız ve ark., 2016).

Rogers’ a göre çevre; insan alanının dışındaki her şeyi kapsar. Kişi ve çevre bölünmeyen bir bütündür ve kişiye özeldir. Bölünmez insan, “sarmallık”, “yansıma” ve “tamamlama” olmak üzere üç ilke boyunca gelişir. Çevre ve insan arasındaki etkileşim karşılıklı olup; hemşirenin amacı da insan ile çevre arasındaki uyumu sağlamaktır (Velioğlu, 1999; Babacan Gümüş, 2014).

Rogers; enerji alanları, açıklık, model (pattern) ve dört boyutluluk olarak dört temel tanımlama yapmıştır. Canlı ve cansız varlıkların temel birimi enerji alanlarıdır. Canlı varlıkların enerji alanları kendileridir. İnsan ve çevresel sistemler aralarında enerji alışverişi olan açık sistemlerdir, açık sistemler birbiri ile bütündür, dinamikdir, süreklidir ve sonsuza doğru genişler. Dört boyutluluk ise uzaysal ve dünyevi nitelikleri olmayan bir alandır (Velioğlu, 1999; Babacan Gümüş, 2014; Turan, 2015; Arslan & Bilgin, 2016).

Rogers bireyin çevre ile uyumunu sağlamada homeodinamik ilkeleri tanımlamış ve bu ilkelerin hemşirelik uygulamalarında; insan ile çevre arasındaki etkileşimin uyumunu arttırmak, insan bütünlüğünü güçlendirmek ve azami sağlık seviyesine ulaşmasını sağlamak olarak sıralamıştır. Bu ilkelerin uygulamasında başarıya ulaşmak için hastanın bütün olarak ele alınması gerekmektedir. Bunun için de birey ve çevresi hakkında bütünü yansıtacak şekilde bilgi alınması ve dolayısı ile etkileşim gerekmektedir (Babacan Gümüş, 2014).

2.4.2. Hildegard E. Peplau; Kişilerarası İlişkiler Kuramı

Peplau 1952 yılında yayımlanan “Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler” isimli kitabı kuramının temel dayanağı olmuş, terapötik hasta-hemşire ilişkisinin önemini ortaya çıkarmıştır (Velioğlu, 1999; Özbaş & Buzlu, 2011; Babacan Gümüş, 2014). Peplau kuramında psikodinamik hemşirelik ile hasta-hemşire ilişkisi üzerine yoğunlaşmış, insan davranışlarının psikolojik anlamları ve üzerinde durmuş ve bireyin iyileşmesinde hemşireye sorumluluk vermiştir (Velioğlu, 1999; Babacan Gümüş, 2014).

Peplau’ya göre insan; gereksinimleri nedeniyle ortaya çıkan gerginlik durumunu kendi kendine gösterdiği çaba ile azaltabilen, üstesinden gelebilen ve uyum sağlayabilen bir organizmadır. Olgun insan gereksinimlerini karşılayabilir ancak insan gereksinimlerini karşılayamadığında değişik davranışlar gösterir. Bu davranışlar her bireye göre farklılık gösterebilir (Babacan Gümüş, 2014).

Peplau çevreyi (toplum) organizma dışında var olan koşullar olarak tanımlamış ve kültür ve inançlardan etkilendiğini savunmuştur. Peplau’ ya göre hemşirelik okul, hastane, ev vb tüm toplumsal alanlarda yapılabilir (Babacan Gümüş, 2014).

Peplau sağlığı, anksiyetenin azaltılması olarak kabul etmiştir. Anksiyete bireyin diğer insanlarla olan ilişkisinde biyolojik ve fiziksel güvenliği tehlikeye girdiğinde gerçekleşen ve bireyin davranışlarından anlaşılan bir durumdur. İnsan için öncelik anksiyeteden kurtulmaktır. Hemşirenin görevi hasta ile iletişim kurmak suretiyle onun anksiyetesini azaltmaktır. Çünkü düşük düzey anksiyete, hastanın düşünme becerilerini ve kapasitesini geliştirir. Peplau değişik anksiyete seviyelerinin algı ve öğrenme üzerine etkisini ve hemşirelik girişimlerini tanımlamıştır. Hemşirenin hasta ile kurduğu iletişim anlamlı ve terapötik olmalıdır (Babacan Gümüş, 2014; Pehlivan & Güner, 2016).

Peplau hemşireliği, “kişiler arasındaki tedaviye yönelik vazgeçilmez süreç” olarak belirtmiş ve bunu *Psikodinamik Hemşirelik* olarak tanımlamıştır (Velioğlu, 1999; Karaca, 2010; Yalçın, 2012). Hemşirelik kişilerarası bir süreçtir ve bu süreçte hasta ile hemşire arasında etkileşim mevcuttur. Bu etkileşimde hasta gereksinimlerini karşılamak için kendini değiştirmeye gereksinim duyan hemşire ise bu süreçte hastaya yardım eden bir güçtür.

Peplau'nun çalışmalarının temel vurgusu, hemşire-hasta ilişkisinin önemi üzerinedir. Hemşire-hasta ilişkisi (kişilerarası süreç) 4 aşamadan oluşmaktadır. Bunlar:

- Oryantasyon (Orientation)
- Tanıma (Identification)
- Yararlanma (Exploitation)
- Çözülme (Resolution) (Velioğlu, 1999; Doğan, 2009; Karaca, 2010; Babacan Gümüş, 2014).

Her bir aşamada hemşire ve hasta belirli roller ve sorumluluklar yüklenirler. Bu terapötik iletişim yoluyla, hasta kişilerarası ilişkiler ve problem çözme becerilerini de geliştirebilir (Karaca, 2010). Ve sağlıklı/hasta birey ile hemşire arasındaki bu ilişkide hemşirenin 6 farklı rolü tanımlanmıştır. Bunlar; yabancı, danışman, kaynak kişi, öğretmen, lider ve vekil rolleridir (Velioğlu, 1999; Doğan, 2009; Babacan Gümüş, 2014).

2.4.3. Joyce Travelbee; İnsan İnsana İlişkiler Kuramı

Travelbee'nin kuramına göre, hasta-hemşire etkileşim içindedir ve hemşireliğin amacı, hastalık veya rahatsızlığı önlemek için birey, aile ya da topluma yardım etmektir (Yalçın, 2012). Kuramını varoluşçu ve hümanistik bir felsefe üzerine temellendirilen Travelbee, kuramında insan, çevre sağlık, hastalık, ağrı, acı çekme, terapötik ilişki, dostça ilişki, empati, sempati kavramlarını ele almıştır (Babacan Gümüş, 2014).

Travelbee, hemşirenin hastayla kurduğu ilişkide iletişim bilgi ve becerisini üç amaçla kullandığını söyler. Bu amaçlar;

- Bireyi tanımak ve anlamak,
- Bireyin bakım gereksinimlerini belirlemek,
- Hemşirelik bakımının amacına ulaşmaktır (Acar & Buldukoğlu, 2016; Velioğlu, 1999; Yalçın, 2012).

Travelbee'nin kuramına göre insan, birbirinden farklı düşünceleri olan bulunduğu çevre ve kültürden etkisi altında kalabilen sosyal ve biyolojik bir organizmadır. İnsan sürekli gelişim ve değişim içindedir (Velioğlu, 1999; Babacan Gümüş, 2014). Sağlığı öznel ve nesnel sağlık kriterleriyle tanımlamıştır. Hastalık ise bir

acı çekme, sağlıklı olma durumu olup hem bireyi hem de çevresini etkilediğinden hemşireye büyük sorumluluk getirmektedir. Hemşire, hem bireyem de ailesine acı ile baş etmesinde ve sağlığa kavuşmada yardım etmelidir (Babacan Gümüş, 2014).

Hemşirelik kuramcılarında Travelbee'ye göre hemşirelik süreci; hemşirenin, hasta adına ve hasta ile birlikte yaptığı bütün eylemleri ve düşünme sürecini kapsar (Velioğlu ve ark., 1991; Erer ve ark., 2017;). Ayrıca 1971 yılında, "Bir hemşire bireyin sadece fiziksel sorunlarına değil, bireyin tüm sorunlarına holistik bir bakım verir" ifadesi ise; maneviyat dahil bakımın her boyutunun önemini belirtmiştir (Erişen & Sivrikaya, 2017).

Travelbee'ye göre hemşire hasta arasındaki iletişim beş aşamada gerçekleşmektedir (Velioğlu, 1999; Babacan Gümüş, 2014). Bunlar;

Birinci Evre (İlk Karşılaşma): Hemşire ve danışan birbirlerine yabancı oldukları evredir. Bu aşamada karşılıklı olarak ilk olumlu veya olumsuz izlenimler oluşur. Sonraki evrelerde oluşan tüm izlenimler değişebilir (Özcan, 2006).

İkinci Evre (Kişiliklerin Ortaya Çıkması): Hemşire, hastanın algısının özelliklerini, duygularını ve fikirlerinin farkına vardıkça, bireyi aklındaki hasta kalıbının dışında görmeye ve hastanın kendisine has özelliklerinin bulunduğunu algılamaya başlar. Diğer taraftan hasta da hemşirenin kendisi için harcadığı çabayı, yaptıklarını fark ettikçe aklındaki hemşire kalıbının dışarısında ve kendisine has özellikleri ile birey olarak görmeye başlar (Özcan, 2006).

Üçüncü Evre (Empati): Empati, bir başkasının duygu durumunu anlama, kavrama becerisi olarak ifade edilmektedir. Kişinin, karşılaştığı durumların, o kişiye ne anlam ifade ettiğini kavramak için o durumu onun gibi görebilmek gereklidir. Hastaların nasıl zorluklar yaşadığını görebilmek için zorluğu yaşayan kişi tarafından nasıl algılandığını anlamak gereklidir. Hemşire sağlık bakım hizmeti verdiği hastasını tanımak için empati yapar. Bu teknik hemşirenin hastasını tanıyabilmesi için oldukça önemlidir. Hemşire hastanın hastalığını ve kendisini nasıl gördüğünü, o süreçte karşılaştığı olaylara ve problemlere ne tür tepki verdiğini, sorunlarla baş etme yeteneğini gözlemlemeye çalışır. Diğer taraftan da kendisinin hastası tarafından nasıl görüldüğünü değerlendirir (Özcan, 2006).

Dördüncü Evre (Sempati): Sempati, Başka bir bireyin dünyasının içine girmek, o bireyin duygusuna, ilgilerine ve tecrübelerine hassas olmak ve bunlardan etkilenmek olarak ifade edilmektedir. Önce empati, sonra sempati gelmektedir. Sempatide rahatsızlığı ortadan kaldırma veya problemin çözülmesi amacı ile yardımda bulunma durumunu ihtiva eder (Özcan, 2006). Travelbee'nin kuramına göre hemşirenin hastaya yardımda bulunabilmesi için empatinin sempatiye dönüşmesi gerektiğini belirtilmektedir (Biol, 2004).

Beşinci Evre (Dostça İlişki): İnsanlar arasında geçen aşamadır. Hemşire ve hasta arasında gerçekleşen duyguların, düşüncelerin, tutumların ve tüm bunları algılamak, paylaşmak ve iletmek olarak ifade edilmektedir (Babacan Gümüş, 2014). Hemşire ve hastalar arasındaki ilişkinin dostluk seviyesine varmasıdır (Özcan, 2006). Hemşire ve hasta arasında kurulan dostluk bağlantısının oluşması ve acı çekme durumundan anlam kazanması, hastalarda umutların hayat bulmasında önemlidir. Hemşirenin kişiyi tanınması ve ona yardım etme yeteneğini en üst seviyede uygulaması ve hastanın bu ilişkiden ihtiyaç duyduğu yardımı alması anlamına gelmektedir (Babacan Gümüş, 2014).

Travelbee hemşirenin bireyin sadece fiziksel problemlerine değil, tüm sorunlarına özgü bakım vermesi gerektiğini vurgulayarak holistik bakım üzerinde de durmuştur (Erişen & Sivrikaya, 2017). Hemşirenin bireye bakımda kullanacağı en etkili araç iletişimidir (Yalçın, 2012). Travelbee kuramında iletişim becerilerini, iletişim engellerini ve iletişimi kolaylaştıran faktörleri ele almıştır (Babacan Gümüş, 2014).

2.4.4. Ida Jean Orlando; Hemşire Etkileşim Kuramı

Orlando'nun kuramı, hemşire ile hasta arasındaki etkileşimlerin çözümlenmesi ile geliştirilen bir kuramdır (Uslu ve ark, 2015). Orlando'nun Etkileşim Kuramında, hasta davranışlarına karşılık hemşirenin tepkisi ile hastanın iyiliği için uygulanan hemşirelik girişimlerini ve etkileşimin önemini ele almıştır (Akyüz ve ark, 2017). Orlando'nun görüşüne göre hemşireliğin amacı; hastanın gereksinimlerinin karşılanması için hastanın gereksinim duyduğu yardımı vermektir. Hemşire amacına ulaşmak için öncelikle hastanın ihtiyaçlarını belirler ve bu ihtiyaçları gidermek için gerekli süreci başlatır (Avşar ve ark., 2014). Orlando tarafından hemşirelik sürecinin üç aşamalı olduğu belirtilmiştir. Bunlar;

1. Hastanın davranışları; hemşirenin hastayı değerlendirmek için gözlemlendiği aşamadır. Hemşire bu aşamada yaptığı gözlemlere göre hastanın yardım gereksinim durumuna karar verir.

2. Hemşirenin tepkileri; hastanın göstermiş olduğu davranışlara göre hemşirenin neyi nasıl algıladığı, ne düşündüğü ve ne hissettiğinin olduğu aşamadır.

3. Hemşirenin aktiviteleri; hastanın belirlenmiş olan gereksinimlerin karşılanması, hekim istemlerinin gerçekleştiği ve hasta bakımının gerçekleştiği aşamadır (Biol, 2004; Erken, 2008).

Orlando'yu diğer hemşire kuramcılardan ayıran en önemli etken, hemşire bakımının hastanın da katılımı ile gerçekleştirilmesi ve süreç sonunda hastanın verdiği yanıtın değerlendirilmesidir. Bu değerlendirme sonucunda amaç hastaya doğru sağlık davranışı kazandırabilmektir (Erken, 2008).

2.4.5. Jean Watson; İnsan Bakım Kuramı

Watson, İnsan Bakım Modelini 1975-1979 yılları arasında insan ve yaşam hakkındaki kendi değer ve inançlarından, psikiyatri hemşireliği deneyimlerinden yararlanarak geliştirmiştir (Tektaş, 2015). 1979'da "Bakım Bilimi Ve Felsefesi" isimli kitabını yayımlanmıştır (Ozan, 2013). Ayrıca görüşlerini, "Hemşirelik: İnsan Bilimi ve İnsan-Bakımı-Bir Hemşirelik Kuramı", "Postmodern Hemşirelik ve Ötesi" ve son olarak da "Gizli/Kutsal Bir Bilim Olarak Bakım Bilimi" kitaplarında anlatmıştır (Tektaş, 2015).

İnsan Bakım Kuramı; daha çok insan ve hemşirelik paradigmaları üzerinde durmaktadır. Watson'da kuramında; hemşireliğin paradigmasını oluşturan insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramlarını açıklamıştır (Ozan, 2013). Watson insanı, yaşayan büyüyen, doğanın parçası olan, akıl, beden ve ruh alanları olan karmaşık bir yapı olarak tanımlamıştır. Watson'a göre akıl, zeka ve anılara; ruh iç dünyaya ve manevi öze, beden fizyolojik yapıya karşılık gelmektedir. Sağlık ise, "fiziksel, mental ve sosyal iyilik haline yönelik olumlu bir durum" olarak belirtilmiştir (Yalçın, 2012). Akıl, beden ve ruh arasındaki uyum bireyin sağlık göstergesidir. Bu bağlamda Watson bireye bütüncül yaklaşımla ele alınması gerektiğini savunur (Tektaş, 2015). Watson ayrıca, hemşirelik mesleğindeki en önemli öğelerden birinin insanın ruhu olduğunu savunmaktadır. Ruhun

görülememesi, dokunulamaması ve duygulardan oluşan soyut bir kavram olması bilim tarafından kanıtlanamamasının sebebi olsada “yok” olarak kabul edilemeyeceğini belirtir (Tektaş, 2015). Watson’a göre çevre ise iyileştirici, fiziksel, duygusal ve manevi anlamda konforlu, güzel, huzurlu bir çevre olarak tanımlanmaktadır (Ozan, 2013).

Watson’ın geliştirdiği İnsan Bakım Modeli’nde hemşirelik; insanın sağlık-hastalık deneyimlerinde aradaki dengeyi ve adaptasyonu sağlayan, bireyselleşmiş, bilimsel, etik ve estetik uygulamalar yapan profesyonel bir meslek olarak tanımlanmaktadır (Ozan, 2013). Hemşirelik sürecini ise “insandan-insana bakım verme süreci” olarak tanımlamıştır. Bu süreçte birey-hemşire ilişkisi kapasitesi ile bireyin kendi kendini iyileştirme kapasitesi artabilir ve üst düzeyde bilinçlilik gelişebilir. Watson’a göre bakım verme sürecinin etkin olmasında hemşirenin kişilerarası ilişkilerde derin, insani bir yaklaşım sergilemesi gerekmektedir. Watson hemşirelik girimi olarak herhangi bir tanımlama yapmamış olup “girişim” kelimesinin mekanik anlamlı olduğu düşüncesindedir. Watson hemşirelik uygulamalarını “iyileştirme süreci” olarak tanımlamıştır. Hemşirenin rollerini; sağlığı geliştirmek, hastalıkları iyileştirmek ve hastalıkları önlemek olarak belirtmiştir (Babacan Gümüş, 2014, Tektaş, 2015).

İnsan Bakım Modeli’ne göre hemşireliğin esası bakım vermedir ve bakım verme hemşirelik uygulamalarının temelini oluşturur. Hemşirelik bakımının etkili olmasında hemşirenin bakım davranışlarını kullanması ve hemşire tarafından kullanılan bu bakım davranışlarını hastanın algılaması önemlidir. Watson’a göre bakım davranışları; göz teması kurmak, dikkatli dinlemek, dürüst ve duyarlı olmak, dokunmak, saygılı olmak, hastaya adı ile seslenmek, bilgi vermek, hastanın kültürel farklılıklarını dikkate almak, hastayı rahatlatmak ve onun sorumluluğunu almak, birey merkezli olmak ve duygusal yönden anlaşılır olmaktır (Babacan Gümüş, 2014).

Watson’ın İnsan Bakım Modeli’nin temelini; “kişilerarası bakım ilişkisi”, “bakım durumu ve bakım anı”, ile “iyileştirme süreçleri” meydana getirmektedir (Babacan Gümüş, 2014; Tektaş, 2015). Bu model Amerika, Kanada, Brezilya, İspanya, Avustralya başta olmak üzere pek çok ülkede, birçok hastane ve üniversitede hemşireler tarafından eğitim, uygulama yönetim ve araştırma alanlarında güncel bir rehber olarak kullanılmaktadır (Tektaş, 2015).

Watson İnsan Bakım Modelinde söz edilen iyileştirici faktörler hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici yönünün ortaya çıkmasını sağlar. Söz konusu iyileştirici faktörler şunlardır: (Babacan Gümüş, 2014; Watson Caring Science Institute (WCSI) 2018)

- Değer sistemi oluşturmak,
- İnanç ve umut oluşturmak,
- Kendine ve başkalarına duyarlı olmak,
- Yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirmek
- Olumlu-olumsuz duyguları kabul etme ve desteklemek
- Yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanmak,
- Öğrenme ve öğretmeyi geliştirmek,
- Bireysel bütünlüğe saygılı iyileşme çevresi oluşturmak,
- Fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardımcı olmak,
- Varoluşsal-fenomonolojik gücü ortaya çıkarmaktır (Babacan Gümüş, 2014; WCSI, 2018).

Watson'ın modeli, kişilerarası bakımı uygulanabilir hale getiren bir modeldir. Modelde, kendine ve diğerlerine duyarlı olmak, yardım eden ve güven veren ilişki geliştirmek, kişilerarası öğrenme ve öğretmeyi arttırmak, destekleyici, koruyucu ve düzeltici ruhsal, fiziksel, sosyokültürel ve spiritüel bir çevre sağlamak vurgulanmıştır. Bu model özellikle psikiyatri hastalarının bakımının yanı sıra bütüncül bakımda ve hemşireliğin eğitim, yönetim, araştırma ve uygulama gibi alanlarında kullanılabilir (Babacan Gümüş, 2014).

Hemşirelik kuramcılarında olan Watson'ın Bakım Kuramı, hemşirelik bakımını değerlendirmeye yönelik ölçeklerin geliştirilmesi için önemli bir rehber olmuştur. Bu ölçeklerden biri de Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğidir (Caring-Nurse-Patient Interaction Scale) (Yalçın, 2012).

Özetle hemşirelik mesleğinin temel unsurlarından olan bakımın etkin olarak gerçekleştirilmesinde iletişim ve etkileşim önemli bir yer tutmaktadır. Bu bakımdan yapılan araştırmalarda, hemşirelerin hastalarla kurdukları iletişimin etkili olması için iletişim becerilerini geliştirmelerinin gerekli olduğu, kurulan etkili iletişim ile hastaların tedaviye adaptasyonunun olumlu yönde geliştiği, kendi bakımına katıldığı, iyileşmek için güdülendiği, fiziksel, duygusal ve işlevsel olarak olumlu etkilendiği ve sonuçta hizmet kalitesinin artmasından dolayı hasta memnuniyetinin yükseldiği belirtilmiştir (Tutuk ve ark., 2002;Arda ve ark., 2007; Efil ve ark., 2011; Haugan ve ark., 2012; Zaybak ve ark., 2014;Babacan Gümüş, 2014).

Fleischer ve arkadaşları hasta ile hemşire arasındaki iletişimin kalitesinin hemşirenin iletişim kurma becerisi ve dikkatinden etkilendiğini belirterek, hastalara saygı sınırları içerisinde davranıldığında hastaların hemşire-hasta ilişkisini “iyi” olarak tanımladıkları belirlenmiştir.

Haugan tarafından bakımevi sakinleri üzerinde yapılan çalışmada yüksek kalitedeki hasta-hemşire etkileşiminin fiziksel ve psikolojik sağlığı arttırdığı tespit edilmiştir (Haugan ve ark., 2014).

Hasta ile hemşire arasında yeterli etkileşim olması, hemşirenin hastayı bütüncül olarak ele alarak ihtiyaçlarını bu doğrultuda gidermesi ile hastada olumlu sağlık sonuçları oluşmaktadır (Zaybak ve ark., 2014).

Bu çalışmada Watson’ın Bakım Kuramı esas alınarak hemşire-hasta etkileşiminin öneminin artmasında, bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve meslek gelişim konusunda ki benzer çalışmalar için katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Araştırma, 2015-2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde poliklinik, laboratuvar vb. gibi alanların dışında bakım hizmetlerinde çalışan 300 hemşireden oluşturmaktadır. Örneklemi ise; hasta bakım hizmeti veren birimlerde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 183 hemşireden oluşmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgi Formu ile Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

a) Bilgi Formu: Bu form literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından oluşturulmuş olup, toplam 19 soru içermektedir. Çalışanların sosyo-demografik ve mesleki özelliklerini belirleyen 9 sorudan ve hasta hakları, tıbbi etik, iletişim, empati, bütüncül yaklaşım ve ruhsal bakım konularında hemşirelerin bilgi ve beceri durumunu değerlendirmelerine yönelik 10 sorudan oluşmaktadır.

b) Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği (BOHHEÖ): Cossette ve arkadaşları tarafından geliştirilen (2005) ve Yalçın Atar ve Atabek Aştı tarafından (2012) Türkçe geçerlilik güvenilirliği yapılan ölçek“önemlilik”, “yeterlilik” ve “uygulanabilirlik” olarak 3 boyutta değerlendirilmekte, her boyut 10 alt ölçek ve 70 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte bulunan alt ölçekler; 1.Hümanizm (6 madde), 2. Umut (7 madde), 3. Duyarlılık(6 madde), 4. Yardım edici ilişki (6 madde), 5. Duyguların

ifade edilmesi (6 madde), 6. Sorun çözüme (6 madde), 7. Öğretim (9 madde), 8. Çevre (7 madde), 9. Gereksinimler (10 madde), 10. Maneviyat' dır (6 madde). Her madde her boyut için 5'li likert tipinde (1=Hiç, 2= Biraz, 3= Orta, 4=Çok, 5=Son derece) derecelendirilmektedir. Her boyut puanı alt ölçek puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir. Alt boyut puanları 70-350 arası değişmektedir. (Tablo 1). Böylece ölçekte yer alan her bir madde önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında aynı anda değerlendirilebilmektedir. Bireylerin ölçeklerden aldıkları puan arttıkça, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları olumlu yönde artmaktadır. Ölçeğin Cronbach α değerleri ise 3 boyut için sırasıyla .99, .98 ve .99 olarak bulunmuştur (Yalçın & Aştı, 2012).

3.6. Verilerin Toplanması

Veri toplama 1 Haziran- 30 Aralık 2015 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın verilerinin toplanması sürecinde araştırmacı tarafından katılımcı hemşirelerle birebir görüşülerek, çalışma süreci, çalışmanın önemi ve amacı hakkında bilgi verilerek çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere anket formu dağıtılmış, cevaplama bittikten sonra formlar geri toplanmıştır. Anket uzun ve karmaşık olarak algılandığı için çoğu anket doldurulurken hemşirelere eşlik edilmiştir. Anketin doldurulması 40-50 dk sürmüştür, iş akışını etkilememesi için sıklıkla ara verilmesine gereksinim duyulmuştur.

Tablo 1. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ) Puanlaması

BOHHEÖ Alt Ölçekleri ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ölçek Madde numaraları	Önemlilik	Yeterlilik	Uygulanabi	
			Boyutu	Boyutu	lilik	
			Min-Max	Min-Max	Min-Max	
			Puan	Puan	Puan	
Alt Ölçekler	1. Hümanizm	6	1-6 arası maddeler	6-30	6-30	6-30
	2. Umut	7	7-13 arası maddeler	7-35	7-35	7-35
	3. Duyarlılık	6	14-19 arası maddeler	6-30	6-30	6-30
	4. Yardım edici ilişki	7	20-26 arası maddeler	7-35	7-35	7-35
	5. Duyguların ifade edilmesi	6	27-32 arası maddeler	6-30	6-30	6-30
	6. Sorun çözme	6	33-38 arası maddeler	6-30	6-30	6-30
	7. Öğretim	9	39-47 arası maddeler	9-45	9-45	9-45
	8. Çevre	7	48-54 arası maddeler	7-35	7-35	7-35
	9. Gereksinimler	10	55-64 arası maddeler	10-50	10-50	10-50
	10. Maneviyat	6	65-70 arası maddeler	6-30	6-30	6-30
	Toplam	70	Tüm maddeler	70-350	70-350	70-350

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Anket ve ölçek verileri kodlanarak bilgisayara aktarılmış, Verilerin değerlendirilmesi ve istatistiksel analizleri SPSS 20 paket programı ile yapılmıştır.

Araştırmanın tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma hesaplamaları kullanılmıştır. Parametrik verilerin değerlendirilmesinde ikili değişkenlerde t testi, çoklu değişkenlerde tek yönlü varyans analizi, nonparametrik verilerde çoklu değişkenlerde Kruskal Wallis H testi kullanılarak .05 önemlilik düzeyinde değerlendirilmiştir.

Çalışmada hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özellikleri ile hasta hakları, tıbbi etik, iletişim, empati, bütüncül yaklaşım ve ruhsal bakım konularında hemşirelerin bilgi ve beceri eksikliği hissetme durumunu belirlemeye yönelik sorular bağımsız değişken, BOHHEÖ boyutları ve alt ölçek maddeleri bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için; Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan onay ve araştırmanın yapıldığı Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin bağlı bulunduğu Muğla Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın yapılma amacı, süresi hemşirelere açıklanarak "Aydınlatılmış Onam İlkesi", elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması İlkesi", araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı İlkesi" ni içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma sonuçları Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan tüm hemşirelere genellenebilir. Araştırmanın sadece bir hastanede yapılmış olması araştırmanın sınırlılığdır. Bazı hemşirelerin anketi yarım bırakması veya soru sayısı fazla olduğundan çalışmaya katılmayı red etmeleri nedeniyle evrenin tamamına ulaşılamamış olması da önemli bir sınırlılıktır.

4. BULGULAR

Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlar ile bu tutum ve davranışlarda etkili olan faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları istatistiksel analizler yapılarak aşağıda verilmiştir. Çalışma bulguları;

- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile, hemşirelerin; hasta hakları, tıbbi etik, iletişim, empati, bütüncül yaklaşım ve ruhsal bakım konularında bilgi ve beceri durumlarını tanımlamaya yönelik bulgular,
- Hemşirelerin BOHHE ölçeği ve ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlara yönelik bulgular,
- Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile BOHHEÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye yönelik bulgular olarak gruplanabilir.

Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de, hemşirelerin çalışma durum ve koşullarına göre dağılımları ise Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=183)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	168	91.8
Erkek	15	8.2
Yaş		
25 yaş ve altı	9	4.9
26-30 yaş	18	9.8
31-35 yaş	20	10.9
36-40 yaş	51	27.9
40 yaş üzeri	85	46.4
Eğitim		
Lise	24	13.1
Önlisans	70	38.3
Lisans veya lisansüstü	89	48.6
Medeni Durum		
Evli	160	87.4
Bekar	23	12.6
Çocuk Sayısı		
Yok	35	19.1
1	37	20.2
2	105	57.4
3	6	3.3
Toplam	183	100.0

Araştırmaya katılan 183 hemşirenin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; %91.8'inin kadın, %46.4'ünün 40 yaş üzerinde olduğu saptandı. Ayrıca katılımcıların %48.6'sının eğitim durumunun lisans/lisansüstü düzeyde olduğu %87.4'ünün evli ve %57.4'ünün iki çocuk sahibi olduğu belirlendi (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin Çalışma Durum ve Koşullarına Göre Dağılımı(n=183)

	n	%
Çalışma Yılı		
1-5 yıl	23	12.6
6-10 yıl	16	8.7
11-15 yıl	16	8.7
16-20 yıl	45	24.6
21-25 yıl	40	21.9
26 yıl ve üstü	43	23.5
Çalışılan Birim		
Poliklinik	11	6.0
Acil Servis ve Yoğun Bakım	49	26.8
Cerrahi Klinikler	55	30.1
Dahili Klinikler	68	37.2
Çalışma Şekli		
Gündüz	33	18.0
Nöbet	18	9.8
Gündüz ve Nöbet	132	72.1
Fazla Mesai		
0-8 saat	62	33.9
9-16 saat	64	35.0
17-24 saat	9	4.9
25 saat ve üstü	48	26.2
Toplam	183	100.0

Katılımcıların çalışma durumları ve koşullarına ilişkin bulgulara Tablo 2’de yer verildi. Katılımcıların %24.6’sının 16-20 yıldır çalışıyor olduğu, %37.2’sinin dahili kliniklerde, %72.1’inin gündüz mesaisi ve ilave nöbet şeklinde çalıştığı ve %35’inin aylık olarak 9-16 saat fazla mesai yaptığı saptandı (Tablo 3).

Hasta hakları, tıbbi etik, iletişim, empati, bütüncül yaklaşım ve ruhsal bakım konularında bilgi ve beceri yeterlilikleri hemşirelerin hasta ile etkileşiminde etkili olabilmektedir. Hemşirelerin bu konularda bilgi ve beceri yeterliliklerini belirlemeye yönelik bulgular Tablo 4.1 ve 4.2’ de görülmektedir.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Bilgi ve Etkileşim Yeterlilikleri ile İlgili Değişkenlerin Dağılımı (n=183)

Etkileşimde Etkili Özellikler	n	%
Hasta Hakları Konusunda Bilgi Düzeyi		
Evet oldukça	104	56.8
Kısmen	74	40.4
Hayır	5	2.7
Tıbbi Etik Konusunda Bilgi Düzeyi		
Evet oldukça	109	59.6
Kısmen	70	38.3
Hayır	4	2.2
İletişim Konusunda Bilgi Düzeyi		
Evet oldukça	142	77.6
Kısmen	37	20.2
Hayır	4	2.2
İletişim Kurmada Beceri Düzeyinin Yeterliliği		
Evet oldukça	148	80.9
Kısmen	31	16.9
Hayır	4	2.2
Empati Kurmada Beceri Düzeyinin Yeterliliği		
Evet oldukça	137	74.9
Kısmen	42	23.0
Hayır	4	2.2
Toplam	183	100.0

Çalışmaya katılan hemşirelerin %56.8'inin hasta hakları konusunda bilgi düzeylerini yeterli, %59.6'sının tıbbi etik konusunda bilgi düzeylerini yeterli, %77.6'sının iletişim konusunda bilgi düzeylerinin yeterli, %80.9'unun hastalarla iletişim konusunda beceri düzeylerini yeterli, %74.9'unu hastalarla empati kurabilme beceri düzeylerini yeterli olarak belirttiği belirlendi (Tablo 4.1).

Çalışmaya katılan hemşirelerin bütüncül yaklaşım konusundaki bilgi düzeyleri, ruhsal bakım gereksinimlerine önem vermeleri, ruhsal/duygusal sorunlara hemşirelik tanısı kullanma durumları, ruhsal bakım konularında bilgi düzeyleri ve etkileşim

kurmada karşılaşılan sorunları belirlemeye yönelik bulgular ise Tablo 4.2’de görülmektedir.

Tablo 4.2.Hemşirelerin Bilgi ve Etkileşim Yeterlilikleri ile İlgili Değişkenlerin Dağılımı(n= 183)

Etkileşimde Etkili Özellikler	n	%
Bütüncül Yaklaşım Konusunda Bilgi Düzeyi		
Evet oldukça	116	63.4
Kısmen	59	32.2
Hayır	8	4.4
Ruhsal Bakım Gereksinimlerine Önem Verme		
Evet her zaman	149	81.4
Nadiren	28	15.3
Hayır	6	3.3
Ruhsal/Duygusal Sorunlara Hemşirelik Tanısı Kullanma Durumu		
Evet sık sık	106	57.9
Nadiren	70	38.3
Hayır	7	3.8
Ruhsal Bakım Konusunda Bilgi Gereksinimi		
Evet oldukça	59	32.2
Kısmen	94	51.4
Hayır	30	16.4
Etkileşimde Karşılaşılan Sorunlar		
Hasta ile etkileşim kurmada isteksizim	7	3.8
İş yükü nedeniyle hasta ile etkileşime yeterince zaman ayıramıyorum	119	65.0
Diğer	11	6.0
Hiçbir sorun yaşamıyorum	46	25.1
Toplam	183	100.0

Araştırmaya katılan hemşirelerin %63.4’ünün bütüncül yaklaşım konusunda bilgi düzeylerini yeterli bulduğu, %81.4’ünün hastaların ruhsal gereksinimlerine her zaman önem verdiği, %57.9’unun ruhsal/duygusal sorunlara yönelik hemşirelik tanımlarını sıklıkla kullandığı, %51.4’ünün ruhsal bakım konusunda kısmen bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlendi. Ayrıca, etkileşim ile ilgili karşılaşılan sorunlarda

%65.0'nın iş yükü fazlalığı nedeniyle hasta ile etkileşime yeterince zaman ayıramadığı saptandı (Tablo 4.2).

Tablo 5. Hemşirelerde Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ) Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=183)

Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği		Önemlilik		Yeterlilik		Uygulanabilirlik	
		X ± S.S	Min. Max.	X ± S.S	Min. Max.	X ± S.S	Min. Max.
BOHHEÖ Toplam Puan		292.83±34.04	207-345	282.93±51.19	79-350	270.11±56.75	70-350
Ölçek Alt Boyutları	Hümanizm	24.89±3.94	15-30	23.92±4.55	12-30	22.29±5.15	6-30
	Umut	29.44±4.25	13-35	27.99±4.54	10-35	26.79±5.88	7-35
	Duyarlılık	24.38±4.02	14-30	23.17±5.08	6-30	21.94±5.89	6-30
	Yardım edici ilişki	30.07±4.12	20-35	28.85±5.38	7-35	27.67±6.10	7-35
	Duyguların ifade edilmesi	25.13±3.98	7-30	24.07±5.28	6-30	22.75±6.08	6-30
	Sorun çözme	24.74±4.08	15-30	23.16±5.63	6-30	22.00±6.36	6-30
	Öğretim	25.34±4.12	13-30	24.05±5.61	6-30	22.75±5.85	6-30
	Çevre	29.97±4.18	21-35	28.74±6.02	7-35	27.40±6.20	7-35
	Gereksinimler	44.91±5.36	30-50	42.66±8.77	10-50	41.60±9.17	10-50
	Maneviyat	25.34±4.12	13-30	24.05±5.61	6-30	22.75±5.85	6-30

Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ'ne göre aldıkları puanlara bakıldığında; ölçek toplam önemlilik alt boyut puanının 292.83±34.04 olduğu, toplam yeterlilik alt boyut puanının 282.93±51.19 olduğu ve toplam uygulanabilirlik alt boyut puanının 270.11±56.75 olduğu belirlendi (Tablo 5).

Çalışmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ'nin alt ölçeklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde ölçeğin her alt ölçeğinin puan ortalamaları; önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarına göre sırasıyla şöyledir: *Hümanizm* ortalama puanı, 24.89±3.94, 23.92±4.55, 22.29±5.15; *Umut* ortalama puanı, 29.44±4.25, 27.99±4.54, 26.79±5.88; *Duyarlılık* ortalama puanı, 24.38±4.02, 23.17±5.08, 21.94±5.89; *Yardım edici ilişki* ortalama puanı, 30.07±4.12, 28.85±5.38, 27.67±6.10; *Duyguların ifade edilmesi* ortalama puanı, 25.13±3.98, 24.07±5.28, 22.75±6.08; *Sorun çözme* ortalama puanı, 24.74±4.08, 23.16±5.63, 22.00±6.36; *Öğretim* ortalama puanı, 25.34±4.12,

24,05±5.61, 22,75±5.85; Çevre ortalama puanı, 29,97±4.18, 28,74±6.02, 27.40±6.20; Gereksinimler ortalama puanı, 44.91±5.36, 42.66±8.77, 41.60±9.17 ve Maneviyat ortalama puanı 25.34±4.12, 24.05±5.61, 22.75±5.85'tir (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelerde BOHHEÖ Önemlilik, Yeterlilik ve Uygulanabilirlik Alt Boyut Puanlarının İlişkisi (n=183)

BOHHEÖ	Önemlilik Puanı		Yeterlilik Puanı		Uygulanabilirlik Puanı	
	r	p	r	p	r	p
Önemlilik Puanı	1		.50	.000	.42	.000
Yeterlilik Puanı	.50	.000	1		.92	.000
Uygulanabilirlik Puanı	.42	.000	.92	.000	1	

Çalışmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ' nin puanlarının önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan Pearson korelasyon analizine göre;

Hemşirelerin BOHHEÖ önemlilik puanı ile yeterlilik puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ($r=0.50$, $p=0.000$, Tablo6).

Hemşirelerin BOHHEÖ önemlilik puanı ile uygulanabilirlik puanı arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($r=0.42$, $p=0.000$, Tablo 6).

Hemşirelerin BOHHEÖ yeterlilik puanı ile uygulanabilirlik puanı arasında pozitif yönde güçlü düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($r=0.92$, $p=0.000$, Tablo 6).

Hemşirelerde Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği ve ölçeğin alt boyut puanları cinsiyet ile karşılaştırılmıştır ve Tablo 7'da sunulmuştur.

Araştırmaya katılanların cinsiyete göre BOHHEÖ' nden en yüksek puanın önemlilik boyutuna ait olduğu, kadınların önemlilik düzeyi puan ortalamasının ($294.39±33.12$) erkeklerin önemlilik düzeyi puan ortalamasından ($275.27±40.21$) daha

yüksek olduğu ve ölçeğin önemlilik düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>.05$) (Tablo 7).

Cinsiyete göre BOHHEÖ' nin ölçek alt ölçek puanları önemlilik boyutunda karşılaştırıldığında; umut ($z= -2.785$; $p=0.005$), öğretim ($z= -2.459$; $p=0.014$), gereksinimler ($z= -2.836$; $p=0.005$), ve maneviyatta ($z= -2.459$; $p=0.014$) istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ($p<.05$). Hümanizm, duyarlılık, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme ve çevre alt ölçeklerinde ise istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>.05$) (Tablo 7).

Araştırmada hemşirelerin cinsiyetine göre BOHHEÖ' nin toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılıklar görülmedi ($p>.05$) (Tablo 7). Fakat kadınların uygulanabilirlik boyutundan almış oldukları puanın (270.92 ± 57.01) erkeklerden (261.13 ± 54.75) daha kısmen yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Hemşirelerde Cinsiyete Göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ		Önemlilik Boyutu			Yeterlilik boyutu			Uygulanabilirlik Boyutu		
		Kadın (n=168)	Erkek (n=15)	z/p	Kadın (n=168)	Erkek (n=15)	z/p	Kadın (n=168)	Erkek (n=15)	z/p
		X ± S.S	X ± S.S		X ± S.S	X ± S.S				
	BOHHEÖ Toplam Puan	294.39±33.12	275.27±40.21	-1.565 p=.118	283.04±52.32	281.80±37. 62	-.285 p=.776	270.92±57. 01	261.13±54. 75	-.845 p=.398
Alt Ölçekler	Hümanizm	24.87±3.91	25.07±4.46	-.321 p=.748	23.80±4.60	25.20±3.82	-.979 p=.327	22.24±5.17	22.87±5.07	-.343 p=.732
	Umut	29.72±4.12	26.33±4.58	-2.785 p=.005	28.04±4.58	27.47±4.10	-.515 p=.606	26.91±5.85	25.40±6.28	-.773 p=.440
	Duyarlılık	24.46±4.00	23.47±4.27	-.745 p=.457	23.03±5.20	24.73±3.13	-1.236 p=.217	21.85±5.97	23.00±5.03	-.698 p=.485
	Yardım edici ilişki	30.20±3.96	28.53±5.59	-.861 p=.389	28.85±5.43	28.87±4.94	-.259 p=.795	27.76±6.15	26.73±5.64	-1.110 p=.267
	Duyguların ifade edilmesi	25.15±3.99	24.80±3.97	-.235 p=.815	24.07±5.36	24.07±4.46	-.218 p=.827	22.76±5.97	22.67±7.45	-.374 p=.709
	Sorun çözme	24.75±4.09	24.67±4.19	-.059. p=.953	23.17±5.59	23.00±6.27	-.138 p=.890	22.16±6.07	20.20±9.03	-.695 p=.487
	Öğretim	25.61±3.90	22.27±5.31	-2.459 p=.014	24.23±5.55	22.13±6.19	-1.567 p=.117	35.02±7.85	33.80±7.64	-1.236 p=.217
	Çevre	30.11±4.07	28.40±5.08	-1.309 p=.190	28.70±6.11	29.20±4.95	-.013 p=.990	27.43±6.24	27.07±6.03	-.255 p=.798
	Gereksinimler	45.36±4.93	39.87±7.28	-2.836 p=.005	42.90±8.73	39.87±8.97	-1.388 p=.165	41.88±9.18	38.47±8.69	-1.828 p=.068
	Maneviyat	25.61±3.90	22.27±5.31	-2.459 p=.014	24.23±5.55	22.13±6.19	1.567 p=.117	22.92±5.73	20.93±6.99	-1.236 p=.217

Tablo 8. Hemşirelerin Yaşlarına Göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n= 183)

BOHHEÖ	Yaş	Toplam Puan X ± S.S	X^{2KW}	p
Önemlilik Boyutu	25 yaş ve altı	276.78±18.99	7.832	0.098
	26-30 yaş	275.83±41.78		
	31-35 yaş	290.35±40.78		
	36-40 yaş	290.16±31.23		
	40 yaş üzeri	300.31±31.85		
	Toplam	292.83±34.04		
Yeterlilik Boyutu	25 yaş ve altı	278.89±22.44	18.079	0.001
	26-30 yaş	251.00±54.55		
	31-35 yaş	257.20±70.73		
	36-40 yaş	277.27±54.55		
	40 yaş üzeri	299.58±38.03		
	Toplam	282.93±51.19		
Uygulanabilirlik Boyutu	25 yaş ve altı	281.44±28.46	20.634	0.000
	26-30 yaş	231.72±59.40		
	31-35 yaş	237.80±73.53		
	36-40 yaş	265.51±58.32		
	40 yaş üzeri	287.41±45.21		
	Toplam	270.10±56.75		

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaşlarına göre BOHHEÖ toplam puan ortalamaları önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarına göre karşılaştırıldığında, 40 yaş ve üzeri hemşirelerin puan ortalamaları önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarında diğer tüm yaş gruplarına göre daha yüksek olarak belirlendi. Buna göre; hemşirelerin yaşları ile BOHHEÖ yeterlilik ($X^{2KW}=18.079$; $p=0.001$) ve uygulanabilirlik ($X^{2KW}=20.634$; $p=0.000$) boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu görüldü ($p<.05$). (Tablo 8).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşlarına göre BOHHEÖ alt boyut puan ortalamaları önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarına göre ayrı ayrı incelendi.

Çalışmada katılımcı hemşirelerin yaşına göre BOHHEÖ' nin alt ölçek puan ortalamaları önemlilik alt boyutunda karşılaştırıldığında; hümanizm ($X^{2KW}=11.349$; $p=0.023$), duyarlılık ($X^{2KW}=9.853$; $p=0.043$), yardım edici ilişki ($X^{2KW}=9.804$; $p=0.044$), duyguların ifade edilmesi ($X^{2KW}=11,379$; $p=0.023$)ve gereksinimler ($X^{2KW}=14,320$; $p=0.006$) alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu ($p<.05$) tespit edildi. En yüksek puan ortalamasına sahip yaş grubunun 40 yaş ve üzeri olduğu belirlendi (Tablo 9).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşlarına göre BOHHEÖ' nin alt ölçek puan ortalamaları yeterlilik alt boyutunda karşılaştırıldığında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu ($p<.05$) tespit edildi. Ölçeğin alt ölçeklerinden hemen hemen tamamında 40 yaş ve üzeri yaş grubu hemşirelerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 10).

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaşlarına göre BOHHEÖ alt ölçek puan ortalamaları uygulanabilirlik alt boyutunda karşılaştırıldığında tüm alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p<.05$). BOHHEÖ' nin gereksinimler alt boyutunda 25 yaş ve altı yaş grup ile 40 yaş ve üzeri grubun puanları diğer yaş grubuna göre daha yüksek olarak tespit edildi (Tablo 11).

Tablo 9. Hemşirelerin Yaşlarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması (n=183)

Alt Ölçekler	Yaş	X ± S.S	X ² KW	p	Alt Ölçekler	Yaş	X ± S.S	X ² KW	p
Hümanizm	25 yaş ve altı	22.67±4.42	11.349	0.023	Sorun çözme	25 yaş ve altı	24.11±4.28	6.326	0.176
	26-30 yaş	25.00±4.28				26-30 yaş	22.83±4.30		
	31-35 yaş	24.55±4.47				31-35 yaş	23.65±5.01		
	36-40 yaş	23.65±3.98				36-40 yaş	25.35±3.70		
	40 yaş üzeri	25.92±3.41				40 yaş üzeri	25.11±3.92		
Umut	25 yaş ve altı	26.89±4.20	7.105	0.130	Öğretim	25 yaş ve altı	24.78±4.44	2.723	0.605
	26-30 yaş	28.72±5.09				26-30 yaş	23.89±4.98		
	31-35 yaş	27.70±6.69				31-35 yaş	26.40±3.28		
	36-40 yaş	29.27±3.21				36-40 yaş	25.59±3.73		
	40 yaş üzeri	30.38±3.67				40 yaş üzeri	25.31±4.28		
Duyarlılık	25 yaş ve altı	21.00±3.00	9.853	0.043	Çevre	25 yaş ve altı	29.78±3.15	5.411	0.2248
	26-30 yaş	23.00±3.90				26-30 yaş	27.94±4.96		
	31-35 yaş	24.60±4.78				31-35 yaş	30.90±4.17		
	36-40 yaş	24.39±4.03				36-40 yaş	29.71±4.41		
	40 yaş üzeri	24.96±3.77				40 yaş üzeri	30.36±3.88		
Yardım edici ilişki	25 yaş ve altı	26.67±3.91	9.804	0.044	Gereksinimler	25 yaş ve altı	45.33±4.58	14.320	0.006
	26-30 yaş	28.94±4.48				26-30 yaş	39.17±7.44		
	31-35 yaş	29.75±5.14				31-35 yaş	45.75±5.13		
	36-40 yaş	29.43±4.50				36-40 yaş	44.53±5.38		
	40 yaş üzeri	31.12±3.23				40 yaş üzeri	46.11±4.12		
Duyguların ifade edilmesi	25 yaş ve altı	22.67±2.12	11.379	0.023	Maneviyat	25 yaş ve altı	24.78±4.44	2.723	0.605
	26-30 yaş	24.22±2.60				26-30 yaş	23.89±4.98		
	31-35 yaş	24.30±7.07				31-35 yaş	26.40±3.28		
	36-40 yaş	24.67±3.72				36-40 yaş	25.59±3.73		
	40 yaş üzeri	26.05±3.32				40 yaş üzeri	25.31±4.28		

Tablo 10. Hemşirelerin Yaşlarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Yeterlilik Boyutunda Karşılaştırılması (n=183)

Alt Ölçekler	Yaş	X ± S.S	X ² KW	p	Alt Ölçekler	Yaş	X ± S.S	X ² KW	p
Hümanizm	25 yaş ve altı	22.89±3.30	17.380	0.002	Sorun çözme	25 yaş ve altı	24.11±4.76	14.937	0.005
	26-30 yaş	22.11±5.12				26-30 yaş	20.11±5.97		
	31-35 yaş	21.70±4.78				31-35 yaş	20.15±6.63		
	36-40 yaş	23.20±4.64				36-40 yaş	22.96±6.17		
	40 yaş üzeri	25.36±4.00				40 yaş üzeri	24.53±4.53		
Umut	25 yaş ve altı	26.78±3.73	14.531	0.006	Öğretim	25 yaş ve altı	24.44±4.56	15.175	0.004
	26-30 yaş	25.94±4.18				26-30 yaş	20.11±5.17		
	31-35 yaş	24.65±6.81				31-35 yaş	22.80±6.72		
	36-40 yaş	28.33±3.63				36-40 yaş	23.57±6.64		
	40 yaş üzeri	29.14±4.04				40 yaş üzeri	25.44±4.32		
Duyarlılık	25 yaş ve altı	20.44±3.36	14.111	0.007	Çevre	25 yaş ve altı	30.33±3.04	11.116	0.025
	26-30 yaş	20.78±5.16				26-30 yaş	25.50±6.92		
	31-35 yaş	21.45±7.17				31-35 yaş	27.35±7.69		
	36-40 yaş	22.88±4.86				36-40 yaş	27.51±7.19		
	40 yaş üzeri	24.54±4.37				40 yaş üzeri	30.32±4.16		
Yardım edici ilişki	25 yaş ve altı	26.22±3.60	24.735	0.000	Gereksinimler	25 yaş ve altı	44.78±4.68	23.348	0.000
	26-30 yaş	26.00±5.35				26-30 yaş	34.50±9.92		
	31-35 yaş	25.80±7.68				31-35 yaş	40.40±11.51		
	36-40 yaş	28.47±5.93				36-40 yaş	41.43±10.07		
	40 yaş üzeri	30.68±3.63				40 yaş üzeri	45.42±5.44		
Duyguların ifade edilmesi	25 yaş ve altı	21.56±2.60	16.174	0.003	Maneviyat	25 yaş ve altı	24.44±4.56	15.175	0.004
	26-30 yaş	22.39±4.10				26-30 yaş	20.11±5.17		
	31-35 yaş	20.50±8.36				31-35 yaş	22.80±6.72		
	36-40 yaş	23.98±5.62				36-40 yaş	23.57±6.64		
	40 yaş üzeri	25.58±3.88				40 yaş üzeri	25.44±4.32		

Tablo 11. Hemşirelerin Yaşlarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Uygulanabilirlik Boyutunda Karşılaştırılması (n=183)

Alt Ölçekler	Yaş	X ± S.S	X ² KW	p	Alt Ölçekler	Yaş	X ± S.S	X ² KW	p
Hümanizm	25 yaş ve altı	21.22±4.41	15.635	0.004	Sorun çözme	25 yaş ve altı	24.89±5.21	19.108	0.001
	26-30 yaş	21.44±4.85				26-30 yaş	17.56±6.72		
	31-35 yaş	19.50±6.19				31-35 yaş	18.95±7.16		
	36-40 yaş	21.67±4.17				36-40 yaş	22.06±6.24		
	40 yaş üzeri	23.61±5.26				40 yaş üzeri	23.32±5.65		
Umut	25 yaş ve altı	27.11±4.83	20.542	0.000	Öğretim	25 yaş ve altı	24.33±4.61	11.554	0.021
	26-30 yaş	23.83±5.40				26-30 yaş	18.56±5.85		
	31-35 yaş	21.60±7.96				31-35 yaş	21.20±7.28		
	36-40 yaş	27.02±4.40				36-40 yaş	22.98±6.22		
	40 yaş üzeri	28.46±5.47				40 yaş üzeri	23.71±4.96		
Duyarlılık	25 yaş ve altı	21.00±3.50	14.827	0.005	Çevre	25 yaş ve altı	30.11±3.72	16.839	0.002
	26-30 yaş	18.67±6.22				26-30 yaş	22.67±6.60		
	31-35 yaş	19.30±7.83				31-35 yaş	25.60±7.88		
	36-40 yaş	21.51±5.68				36-40 yaş	26.86±7.11		
	40 yaş üzeri	23.61±5.12				40 yaş üzeri	28.87±4.52		
Yardım edici ilişki	25 yaş ve altı	28.00±4.30	25.436	0.000	Gereksinimler	25 yaş ve altı	45.22±4.66	16.674	0.002
	26-30 yaş	24.56±6.20				26-30 yaş	33.94±11.07		
	31-35 yaş	23.05±7.58				31-35 yaş	40.05±11.30		
	36-40 yaş	26.61±6.81				36-40 yaş	40.57±10.17		
	40 yaş üzeri	30.02±4.15				40 yaş üzeri	43.81±6.69		
Duyguların ifade edilmesi	25 yaş ve altı	21.67±4.77	23.766	0.000	Maneviyat	25 yaş ve altı	24.33±4.61	11.554	0.021
	26-30 yaş	19.67±5.95				26-30 yaş	18.56±5.85		
	31-35 yaş	18.35±7.69				31-35 yaş	21.20±7.28		
	36-40 yaş	22.33±5.96				36-40 yaş	22.98±6.22		
	40 yaş üzeri	24.81±5.00				40 yaş üzeri	23.71±4.96		

Tablo 12. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ	Eğitim Durumu	Toplam Puan X ± S.S	X^{2KW}	p
Önemlilik Boyutu	Lise	275.50±37.84	8.366	0.015
	Önlisans	291.37±30.44		
	Lisans ve Lisansüstü	298.64±34.32		
	Toplam	292.83±34.04		
Yeterlilik Boyutu	Lise	267.42±43.73	4.069	0.131
	Önlisans	292.00±39.91		
	Lisans ve Lisansüstü	279.99±59.42		
	Toplam	282.93±51.19		
Uygulanabilirlik Boyutu	Lise	257.13±56.73	2.118	0.347
	Önlisans	278.53±44.03		
	Lisans ve Lisansüstü	267.00±64.70		
	Toplam	270.11±56.75		

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre BOHHEÖ toplam puanları karşılaştırıldığında önemlilik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($X^{2KW}=8.366$; $p= 0.015$) ve lisans ve lisansüstü eğitim düzeyinde olanların puan ortalamasının lise ile önlisans mezunlarının puan ortalamasından yüksek olduğu, ayrıca tüm alt boyutlarda en düşük puanın lise mezunlarına ait olduğu belirlendi (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin Eğitim Durumuna Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Ortalamalarının Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması(n=183)

BOHHEÖ		Eğitim Durumu	Önemlilik Boyutu $X \pm S.S$	X^{2KW}	p
BOHHEÖ Toplam Puan		Lise	275.50±37.84	8.366	0.015
		Önlisans	291.37±30.44		
		Lisans ve Lisansüstü	298.64±34.32		
Alt Ölçekler	Hümanizm	Lise	22.17±4.63	12.676	0.002
		Önlisans	24.76±3.34		
		Lisans ve Lisansüstü	25.72±3.88		
	Umut	Lise	26.21±5.72	14.418	0.001
		Önlisans	29.39±3.47		
		Lisans ve Lisansüstü	30.36±3.95		
	Duyarlılık	Lise	23.38±4.23	5.293	0.071
		Önlisans	23.94±3.62		
		Lisans ve Lisansüstü	24.99±4.20		
	Yardım edici ilişki	Lise	26.42±5.56	14.984	0.001
		Önlisans	29.99±3.45		
		Lisans ve Lisansüstü	31.11±3.61		
	Duyguların ifade edilmesi	Lise	23.13±6.20	8.345	0.015
		Önlisans	24.66±3.36		
		Lisans ve Lisansüstü	26.03±3.43		
	Sorun çözme	Lise	24.67±4.62	0.358	0.836
		Önlisans	24.63±3.48		
		Lisans ve Lisansüstü	24.85±4.40		
	Öğretim	Lise	24.79±64.20	2.660	0.265
		Önlisans	25.11±3.39		
		Lisans ve Lisansüstü	25.66±4.61		
	Çevre	Lise	29.17±4.72	1.223	0.542
		Önlisans	29.86±3.58		
		Lisans ve Lisansüstü	30.28±4.46		
	Gereksinimler	Lise	43.67±6.96	0.946	0.623
		Önlisans	45.09±4.44		
		Lisans ve Lisansüstü	45.10±5.54		
Maneviyat	Lise	24.79±4.20	2.660	0.265	
	Önlisans	25.11±3.39			
	Lisans ve Lisansüstü	25.66±4.61			

Hemşirelerin eğitim durumları ile BOHHEÖ alt ölçek ortalamaları önemlilik boyutunda karşılaştırıldığında; toplam puan ile hümanizm ($X^{2KW}=12.676$; $p=0.002$) , umut ($X^{2KW}=14.418$; $p=0.001$), yardım edici ilişki ($X^{2KW}=14.984$; $p=0.001$)ve duyguların ifade edilmesi ($X^{2KW}=8.345$; $p=0.015$)alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p < .05$), (Tablo 13).

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre BOHHEÖ alt ölçek puanları önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmedi ($p > .05$). Fakat ölçeğin önemlilik ve yeterlilik düzeylerinde evli hemşirelerin puan ortalamalarının bekarlardan daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 14).



Tablo 14. Hemşirelerin Medeni Durumlarına göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ		Önemlilik Boyutu			Yeterlilik Boyutu			Uygulanabilirlik Boyutu		
		Evli (n=160)	Bekar (n=23)	z/p	Evli (n=160)	Bekar (n=23)	z/p	Evli (n=160)	Bekar (n=23)	z/p
		X ± S.S	X ± S.S		X ± S.S	X ± S.S				
BOHHEÖ Toplam Puan		293.74±33.03	286.43±40.66	-0.752 p=0.452	283.25±52.18	280.74±44.65	-0.779 p=0.436	269.38±57.63	275.22±51.06	-0.061 p=0.951
Alt Ölçekler	Hümanizm	24.97±3.85	24.30±4.62	-0.217 p=0.828	23.93±4.65	23.87±3.86	-0.040 p=0.968	22.36±5.26	21.83±4.36	-0.256 p=0.798
	Umut	29.53±4.17	28.87±4.80	-0.464 p=0.642	28.03±4.62	27.78±4.03	-0.403 p=0.687	26.70±5.95	27.39±5.46	-0.341 p=0.733
	Duyarlılık	24.49±3.98	23.61±4.27	-0.948 p=0.343	23.23±5.13	22.74±4.84	-0.692 p=0.489	21.84±6.03	22.65±4.92	-0.334 p=0.738
	Yardım edici ilişki	30.25±4.01	28.78±4.75	-1.284 p=0.199	28.95±5.49	28.17±4.76	-1.145 p=0.252	27.56±6.24	28.48±5.13	-0.483 p=0.629
	Duyguların ifade edilmesi	25.19±4.04	24.65±3.60	-0.828 p=0.408	24.16±5.42	23.39±4.20	-1.252 p=0.211	22.78±6.15	22.57±5.67	-0.494 p=0.622
	Sorun çözme	24.75±4.05	24.70±4.44	-0.132 p=0.895	23.14±5.65	23.26±5.63	-0.004 p=0.997	21.84±6.38	23.13±6.20	-0.793 p=0.428
	Öğretim	25.44±3.98	24.61±5.03	-0.540 p=0.589	24.11±5.61	23.70±5.79	-0.328 p=0.743	22.69±5.83	23.22±6.08	-0.275 p=0.783
	Çevre	30.02±4.14	29.65±4.48	-0.130 p=0.897	28.68±6.16	29.17±4.99	-0.117 p=0.907	27.29±6.23	28.17±6.12	-0.677 p=0.499
	Gereksinimler	45.05±5.14	43.91±6.69	-0.396 p=0.692	42.80±8.79	41.65±8.72	-0.435 p=0.664	41.63±9.20	41.35±9.15	-0.203 p=0.839
	Maneviyat	25.44±3.98	24.61±5.03	-0.540 p=0.589	24.11±5.61	23.70±5.79	-0.328 p=0.743	22.69±5.83	23.22±6.08	-0.275 p=0.783

Tablo 15. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Konusunda Bilgi Düzeylerini Yeterli Bulmalarına Göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ	Bilgi Düzeyi Yeterliliği	Toplam Puan X ± S.S	X^{2KW}	p
Önemlilik Boyutu	Evet oldukça	296.39±35.02	8.720	0.013
	Kısmen	283.32±26.60		
	Hayır	254.00±20.78		
	Toplam	292.83±34.04		
Yeterlilik Boyutu	Evet oldukça	283.70±55.99	3.558	0.169
	Kısmen	283.05±28.99		
	Hayır	254.75±21.09		
	Toplam	282.93±51.19		
Uygulanabilirlik Boyutu	Evet oldukça	276.62±60.79	19.318	0.000
	Kısmen	246.95±31.76		
	Hayır	253.50±23.67		
	Toplam	270.11±56.75		

Çalışmaya katılan hemşirelerin hastalarla iletişim konusunda bilgi düzeyini yeterli bulma durumlarına göre BOHHEÖ puanları incelendiğinde, önemlilik ($X^{2KW}=8.720$; $p=0.013$) ile uygulanabilirlik alt boyutu ($X^{2KW}=19.318$; $p=0.000$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gösterdiği belirlendi ($p<.05$). İletişim konusundaki bilgi düzeylerini oldukça yeterli bulanların daha yüksek puanlara sahip olduğu (önemlilik $X=296.39±35.02$ ve uygulanabilirlik $X=276.62±60.79$) saptandı (Tablo 15). “Hayır” cevabı veren hemşirelerin ise daha düşük puana sahip olduğu saptandı.

Tablo 16. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Konusunda Bilgi Düzeylerini Yeterli Bulmalarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması(n=183)

BOHHEÖ		İletişimde Bilgi Düzeyi Yeterliliği	Önemlilik Boyutu X ± S.S	X ² KW	p
BOHHEÖ Toplam Puan		Evet oldukça	296.39±35.02	8.720	0.013
		Kısmen	283.32±26.60		
		Hayır	254.00±20.78		
Alt Ölçekler	Hümanizm	Evet oldukça	24.82±3.97	3.082	0.214
		Kısmen	25.59±3.27		
		Hayır	20.50±6.35		
	Umut	Evet oldukça	29.92±3.89	4.571	0.102
		Kısmen	28.43±3.86		
		Hayır	22.00±10.39		
	Duyarlılık	Evet oldukça	24.94±4.04	13.566	0.001
		Kısmen	22.81±2.99		
		Hayır	19.00±4.62		
	Yardım edici ilişki	Evet oldukça	30.08±4.18	3.159	0.206
		Kısmen	30.49±3.57		
		Hayır	25.50±5.20		
	Duyguların ifade edilmesi	Evet oldukça	25.53±3.65	11.395	0.003
		Kısmen	24.84±2.74		
		Hayır	13.50±7.51		
	Sorun çözme	Evet oldukça	25.25±3.94	10.252	0.006
		Kısmen	23.38±4.04		
		Hayır	19.50±4.04		
	Öğretim	Evet oldukça	25.81±3.86	12.423	0.002
		Kısmen	23.19±4.50		
		Hayır	28.50±1.73		
	Çevre	Evet oldukça	30.08±4.28	4.235	0.120
		Kısmen	29.19±3.79		
		Hayır	33.50±0.58		
	Gereksinimler	Evet oldukça	45.54±5.19	11.207	0.004
		Kısmen	42.59±5.34		
		Hayır	44.00±6.93		
Maneviyat	Evet oldukça	25.81±3.86	12.423	0.002	
	Kısmen	23.19±4.50			
	Hayır	28.50±1.73			

Çalışmaya katılan hemşirelerin iletişim konusunda bilgi düzeylerini yeterli bulmaları durumuna göre BOHHEÖ alt ölçek puanları önemlilik boyutunda karşılaştırıldığında; ölçek toplam puanı ile duyarlılık ($X^{2KW}=13.566$; $p=0.001$), duyguların ifade edilmesi ($X^{2KW}=11.395$; $p=0.003$), sorun çözme ($X^{2KW}=10.252$; $p=0.006$), öğretim ($X^{2KW}=12.423$; $p=0.002$), gereksinimler ($X^{2KW}=11.207$; $p=0.004$) ve maneviyat ($X^{2KW}=12.423$; $p=0.002$) alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p<.05$). (Tablo 16). Ayrıca “Evet oldukça” cevabı veren hemşirelerin genelde daha yüksek puanlara sahip olduğu saptandı.

Araştırmada hemşirelerin iletişim konusunda bilgi düzeylerini yeterli bulma durumlarına göre BOHHEÖ alt ölçek puanları uygulanabilirlik boyutunda incelendiğinde; ölçek toplam puanı ile hümanizm ($X^{2KW}=13.145$; $p=0.001$), umut ($X^{2KW}=18.103$; $p=0.000$), duyarlılık ($X^{2KW}=9.428$; $p=0.009$), duyguların ifade edilmesi ($X^{2KW}=13.917$; $p=0.001$), sorun çözme ($X^{2KW}=14.898$; $p=0.001$), öğretim ($X^{2KW}=22.119$; $p=0.000$), çevre ($X^{2KW}=11.744$; $p=0.003$), gereksinimler ($X^{2KW}=20.746$; $p=0.000$) ve maneviyat ($X^{2KW}=22.119$; $p=0.000$) alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu görüldü ($p<.05$) (Tablo 17).

Tablo 17. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Konusunda Bilgi Düzeylerini Yeterli Bulmalarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Uygulanabilirlik Boyutunda Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ		İletişimde Bilgi Düzeyi Yeterliliği	Uygulanabilirlik Boyutu X ± S.S	X ² KW	p
BOHHEÖ Toplam Puan		Evet oldukça	276.62±60.79	19.318	0.000
		Kısmen	246.95±31.76		
		Hayır	253.50±23.67		
Alt Ölçekler	Hümanizm	Evet oldukça	23.02±5.07	13.145	0.001
		Kısmen	19.68±4.52		
		Hayır	20.50±6.35		
	Umut	Evet oldukça	27.74±5.78	18.103	0.000
		Kısmen	23.65±4.34		
		Hayır	22.00±10.39		
	Duyarlılık	Evet oldukça	22.62±5.96	9.428	0.009
		Kısmen	19.65±5.14		
		Hayır	19.00±4.62		
	Yardım edici ilişki	Evet oldukça	27.89±6.49	2.754	0.252
		Kısmen	27.14±4.53		
		Hayır	25.00±4.62		
	Duyguların ifade edilmesi	Evet oldukça	23.49±6.00	13.917	0.001
		Kısmen	21.00±5.08		
		Hayır	13.00±6.93		
	Sorun çözme	Evet oldukça	22.89±6.28	14.898	0.001
		Kısmen	18.95±5.91		
		Hayır	18.50±2.89		
	Öğretim	Evet oldukça	35.61±8.20	22.119	0.000
		Kısmen	32.57±5.31		
		Hayır	32.00±10.39		
	Çevre	Evet oldukça	27.63±6.67	11.744	0.003
		Kısmen	25.89±3.70		
		Hayır	33.50±0.58		
	Gereksinimler	Evet oldukça	42.32±9.91	20.746	0.000
		Kısmen	38.65±5.25		
		Hayır	43.00±4.62		
	Maneviyat	Evet oldukça	23.41±6.08	22.119	0.000
		Kısmen	19.78±3.83		
		Hayır	27.00±3.46		

Tablo 18. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Kurmada Beceri Düzeylerini Yeterli Bulmalarına göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ	İletişimde Beceri Düzeyleri Yeterliliği	Toplam Puan X ± S.S	X²KW	P
Önemlilik Boyutu	Evet oldukça	294.61±36.25	6.727	0.035
	Kısmen	289.29±17.85		
	Hayır	254.00±20.78		
	Toplam	292.83±34.04		
Yeterlilik Boyutu	Evet oldukça	282.37±55.37	3.144	0.208
	Kısmen	289.26±26.12		
	Hayır	254.75±21.09		
	Toplam	282.93±51.19		
Uygulanabilirlik Boyutu	Evet oldukça	273.03±60.53	4.747	0.093
	Kısmen	258.35±36.11		
	Hayır	253.50±23.67		
	Toplam	270.11±56.75		

Çalışmada hemşirelerin hastalarla iletişim kurmada beceri düzeylerini yeterli bulma durumlarına göre, BOHHEÖ puanları önemlilik boyutunda karşılaştırıldığında ($X^{2KW}=6.727$; $p=0.035$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<.05$) ve “Evet oldukça” cevabı veren hemşirelerin daha yüksek puana sahip olduğu (294.61 ± 36.25) belirlendi. Ölçek puanlarının yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında ise anlamlı bir farklılık($p>.05$) saptanmadı (Tablo 18).

Tablo 19. Hemşirelerin Hastalarla İletişim Kurmada Beceri Düzeylerini Yeterli Bulmalarına Göre BOHHEÖ Alt Ölçeklerinin Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ		İletişimde Beceri Düzeyi Yeterliliği	Önemlilik Boyutu $X \pm S.S$	X^{2KW}	P
Alt Ölçekler	Hümanizm	Evet oldukça	24.94±3.94	1.950	0.377
		Kısmen	25.19±3.40		
		Hayır	20.50±6.35		
	Umut	Evet oldukça	29.78±4.05	3.406	0.182
		Kısmen	28.81±3.16		
		Hayır	22.00±10.39		
	Duyarlılık	Evet oldukça	24.69±4.11	6.892	0.032
		Kısmen	23.58±2.83		
		Hayır	19.00±4.62		
	Yardım edici ilişki	Evet oldukça	30.10±4.11	2.864	0.239
		Kısmen	30.48±3.85		
		Hayır	25.50±5.20		
	Duyguların ifade edilmesi	Evet oldukça	25.45±3.69	10.697	0.005
		Kısmen	25.06±2.31		
		Hayır	13.50±7.51		
	Sorun çözme	Evet oldukça	24.78±4.27	5.647	0.059
		Kısmen	25.26±2.46		
		Hayır	19.50±4.04		
	Öğretim	Evet oldukça	25.59±54.18	9.063	0.011
		Kısmen	23.71±3.56		
		Hayır	28.50±1.73		
	Çevre	Evet oldukça	29.88±4.41	2.204	0.332
		Kısmen	29.97±2.97		
		Hayır	33.50±0.58		
	Gereksinimler	Evet oldukça	45.39±5.32	9.606	0.008
		Kısmen	42.71±4.90		
		Hayır	44.00±6.93		
Maneviyat	Evet oldukça	25.59±4.18	9.063	0.011	
	Kısmen	23.71±3.56			
	Hayır	28.50±1.73			

Araştırmaya katılan hemşirelerin hastalarla iletişim kurmadaki beceri düzeylerini yeterli bulma durumlarına göre BOHHEÖ alt ölçek puanları önemlilik boyutunda karşılaştırıldığında; duyarlılık ($X^{2KW}=6.892$; $p=0.032$), duyguların ifade edilmesi

($X^{2KW}=10.697$; $p=0.005$), öğretim ($X^{2KW}=9.063$; $p=0.011$), gereksinimler ($X^{2KW}=9.606$; $p=0.008$) ve maneviyat ($X^{2KW}=9.063$; $p=0.011$) alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ($p<.05$). “Evet oldukça” cevabı veren hemşirelerin genelde daha yüksek puana sahip olduğu saptandı (Tablo 19).

Tablo 20. Hemşirelerin Hastaların Ruhsal Bakım Gereksinimlerine Önem Verme Durumuna göre BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ	Ruhsal Bakım Gereksinimlerine Önem Verme	Toplam Puan X ± S.S	X^{2KW}	P
Önemlilik Boyutu	Evet her zaman	297.59±33.73	15.909	0.000
	Nadiren	274.79±28.19		
	Hayır	258.67±17.65		
	Toplam	292.83±34.04		
Yeterlilik Boyutu	Evet her zaman	284.38±54.05	3.344	0.188
	Nadiren	279.57±38.14		
	Hayır	262.67±20.43		
	Toplam	282.93±51.19		
Uygulanabilirlik Boyutu	Evet her zaman	271.30±61.35	0.793	0.673
	Nadiren	265.32±30.53		
	Hayır	263.00±23.51		
	Toplam	270.11±56.75		

Çalışmada hemşirelerin ruhsal bakım gereksinimlerine önem verme durumuna göre BOHHEÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; önemlilik boyutunda ($X^{2KW}=15.909$; $p=0.000$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<.05$). (Tablo 20). “Hayır” cevabı veren hemşirelerin puanlarının daha düşük olduğu saptandı.

Tablo 21. Hemşirelerin Hastaların Ruhsal Bakım Gereksinimlerine Önem Verme Durumu İle BOHHEÖ Alt Ölçek Puanlarının Önemlilik Boyutunda Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ		Ruhsal Bakım Gereksinimlerine Önem Verme	Önemlilik Boyutu $\bar{X} \pm S.S$	X^{2KW}	P
Alt Ölçekler	Hümanizm	Evet her zaman	25.50±3.65	13.293	0.001
		Nadiren	22.32±3.92		
		Hayır	21.67±5.24		
	Umut	Evet her zaman	30.10±3.77	13.006	0.001
		Nadiren	27.18±3.90		
		Hayır	23.67±8.45		
	Duyarlılık	Evet her zaman	25.03±3.87	18.853	0.000
		Nadiren	21.82±3.23		
		Hayır	20.00±3.90		
	Yardım edici ilişki	Evet her zaman	30.64±4.01	15.939	0.000
		Nadiren	27.79±3.58		
		Hayır	26.33±4.23		
Duyguların ifade edilmesi	Evet her zaman	25.79±3.41	22.490	0.000	
	Nadiren	23.61±3.19			
	Hayır	15.67±6.71			
Sorun çözme	Evet her zaman	25.13±4.09	9.603	0.008	
	Nadiren	23.64±3.52			
	Hayır	20.33±3.39			
Öğretim	Evet her zaman	25.56±4.21	5.497	0.064	
	Nadiren	23.89±3.56			
	Hayır	26.67±3.14			
Çevre	Evet her zaman	30.20±4.17	2.826	0.243	
	Nadiren	28.75±3.87			
	Hayır	30.00±5.44			
Gereksinimler	Evet her zaman	45.23±5.34	6.360	0.042	
	Nadiren	43.11±5.18			
	Hayır	45.33±5.75			
Maneviyat	Evet her zaman	25.56±4.21	5.497	0.064	
	Nadiren	23.89±3.56			
	Hayır	26.67±3.14			

Tablo 21’ de görüldüğü üzere hemşirelerin hastaların ruhsal bakım gereksinimlerine önem verme durumlarına göre BOHHEÖ alt ölçek puanları önemlilik boyutunda incelendiğinde; hümanizm($X^{2KW}=13.293$; $p=0.001$), umut($X^{2KW}=13006$; $p=0.001$), duyarlılık($X^{2KW}=18.853$; $p=0.000$), yardım edici ilişki($X^{2KW}=15.939$;

p=0.000), duyguların ifade edilmesi ($X^{2KW}=22.490$; p=0.000), sorun çözme ($X^{2KW}=9.603$; p=0.008) ve gereksinimler ($X^{2KW}= 6.360$; p=0.042) alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulundu (p<.05).“Evet oldukça” cevabı veren hemşirelerin puanlarının genel olarak daha yüksek olduğu dikkati saptandı.

Tablo 22. Hemşirelerin Ruhsal Bakım Konusunda Bilgi Gereksinimleri İle BOHHEÖ Puanlarının Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ	Ruhsal Bakımda Bilgi Gereksinimi	Toplam Puan X ± S.S	X^{2KW}	P
Önemlilik Boyutu	Evet oldukça	302.64±34.51	10.956	0.004
	Kısmen	284.64±30.32		
	Hayır	299.17±38.57		
	Toplam	292.83±34.04		
Yeterlilik Boyutu	Evet oldukça	293.36±54.90	12.075	0.002
	Kısmen	271.69±49.17		
	Hayır	297.67±42.52		
	Toplam	282.93±51.19		
Uygulanabilirlik Boyutu	Evet oldukça	283.85±64.07	18.365	0.000
	Kısmen	254.93±50.51		
	Hayır	290.63±47.43		
	Toplam	270.10±56.75		

Araştırmada hemşirelerin, hastalara ruhsal bakım konusunda bilgi gereksinimi durumlarına göre BOHHEÖ puanları önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında karşılaştırıldığında önemlilik boyutu($X^{2KW}=10.956$; p=0.004), yeterlilik boyutu($X^{2KW}=12.075$; p=0.002) ve uygulanabilirlik boyutu ($X^{2KW}=18.365$; p=0.000) açısından anlamlı farklılıklar (p<.05) saptandı. Hemşirelerde “kısmen” cevabı veren hemşirelerin puanlarının genel olarak daha düşük olduğu, “evet oldukça” ile “hayır” cevabı verenlerin ise puanlarının birbirine yakın olduğu görüldü(Tablo 22).

Tablo 23. Hemşirelerin Ruhsal Bakım Konusunda Bilgi Gereksinimlerine Göre BOHHEÖ Alt Ölçek puanlarının Alt Boyutlarda Karşılaştırılması (n=183)

BOHHEÖ		Önemlilik Boyutu				Yeterlilik Boyutu				Uygulanabilirlik Boyutu			
		Evet oldukça	Kısmen	Hayır	X^{2KW} P	Evet oldukça	Kısmen	Hayır	X^{2KW} p	Evet oldukça	Kısmen	Hayır	X^{2KW} p
		$X \pm S.S$	$X \pm S.S$	$X \pm S.S$		$X \pm S.S$	$X \pm S.S$	$X \pm S.S$		$X \pm S.S$	$X \pm S.S$	$X \pm S.S$	
Alt Ölçekler	Hümanizm	25.56± 4.09	24.35± 3.65	25.23± 4.42	5.727/ 0.057	25.39± 4.05	22.51± 4.36	25.43± 4.76	20.277 /0.000	23.71±5. 52	20.73±4. 55	24.37± 4.77	22.709/ 0.000
	Umut	30.12± 4.31	29.02± 3.55	29.43± 5.85	4.683/ 0.096	29.49± 3.82	26.62±4. 40	29.37± 5.01	19.932 /0.000	28.75±5. 49	25.13±5. 47	28.13± 6.51	19.596/ 0.000
	Duyarlılık	24.39±4. 96	22.01± 5.06	24.40± 4.67	5.639/ 0.060	24.39±4. 96	22.01±5. 06	24.40± 4.67	10.690 /0.005	22.92±6. 35	20.86±5. 37	23.40± 6.09	8.613/0 .013
	Yardım edici ilişki	30.59±3. 99	29.30± 3.99	31.43± 4.40	8.943/ 0.011	29.56±5. 61	27.79±5. 41	30.80± 3.99	12.803 /0.002	28.32±7. 01	26.38±5. 39	30.43± 5.31	19.003/ 0.000
	Duyguların ifade edilmesi	26.08±3. 34	24.63± 3.28	24.80± 6.30	6.049/ 0.049	25.44±5. 10	23.30±4. 88	23.77± 6.37	10.241 /0.006	24.00±6. 12	21.67±5. 81	23.70± 6.39	8.980/0 .011
	Sorun çözme	26.53±3. 88	23.56± 3.54	24.93± 4.83	20.740 /0.000	24.78±6. 32	21.96±4. 99	23.73± 5.36	16.502 /0.000	23.66±6. 95	20.52±5. 69	23.37± 6.18	13.941/ 0.001
	Öğretim	24.08±6. 55	21.22±5. 11	24.93± 5.42	14.392 /0.001	37.68±9. 05	34.93±7. 27	38.07± 7.24	10.392 /0.006	36.85±9. 34	33.09±6. 15	36.87± 8.10	19.199/ 0.000
	Çevre	31.17±3. 68	28.74± 3.96	31.47± 4.68	20.385 /0.000	29.34±6. 92	27.78±6. 37	31.67± 4.20	21.107 /0.000	28.29±7. 44	25.67±5. 13	31.10± 4.57	28.391/ 0.000
	Gereksinimler	45.85±5. 07	44.04± 5.29	45.77± 5.82	9.722/ 0.008	42.76±10 .41	42.03±8. 16	44.40± 6.91	5.056/ 0.080	43.27±1 0.35	39.67±8. 54	44.33± 7.36	21.771/ 0.000
	Maneviyat	26.17±4. 11	24.31± 3.70	26.93± 4,62	17.724 /0.000	24.53±6. 59	23.13±5. 15	26.03± 4.33	10.392 /0.006	24.08±6. 55	21.22±5. 11	24.93± 5.42	19.199/ 0.000

Araştırmaya katılan hemşirelerin ruhsal bakım konusunda bilgi gereksinimlerine göre BOHHEÖ puanları önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik boyutlarında karşılaştırıldı. Yapılan değerlendirme sonucunda BOHHEÖ alt ölçek puanlarından; yardım edici ilişki, ($X^{2KW}=8.943$; $p=0.011$)duyguların ifade edilmesi ($X^{2KW}=6.049$; $p=0.049$), sorun çözme ($X^{2KW}=20.740$; $p=0.000$), öğretim ($X^{2KW}=14.392$; $p=0.001$), çevre ($X^{2KW}=20.385$; $p=0.000$), gereksinimler ($X^{2KW}=9.772$; $p=0.008$) ve maneviyat ($X^{2KW}=17.724$; $p=0.000$) puanları önemlilik boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar göstermekteydi.

Ölçeğin yeterlilik boyutunda hümanizm($X^{2KW}=20.277$; $p=0.000$), umut ($X^{2KW}=19.932$; $p=0.000$), duyarlılık ($X^{2KW}=10.690$; $p=0.005$), yardım edici ilişki ($X^{2KW}=12.803$; $p=0.002$), duyguların ifade edilmesi ($X^{2KW}=10.241$; $p=0.006$), sorun çözme ($X^{2KW}=16.502$; $p=0.000$), öğretim ($X^{2KW}=10.392$; $p=0.006$), çevre ($X^{2KW}=21.107$; $p=0.000$) ve maneviyat ($X^{2KW}=10.392$; $p=0.006$) alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar ($p<.05$) belirlendi. Uygulanabilirlik boyutu incelendiğinde ise; tüm alt ölçeklerde istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptandı ($p<.05$). Hemşirelerde “kısmen” cevabı veren hemşirelerin puanlarının genel olarak daha düşük olduğu, “evet oldukça” ve “hayır” cevabı verenlerin ise puanlarının birbirine yakın olduğu dikkati çekti (Tablo 23).

5. TARTIŞMA

Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarında etkili olan faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları yapılan diğer çalışmaların bulguları ile tartışılmıştır.

Çalışma kapsamında yer alan hemşirelerin %91.8'inin kadın olduğu belirlendi (Tablo2). Yapılan çalışmalarda hemşireliğin bakım verici rolünün kadın cinsiyeti ile özdeşleşmiş olmasından dolayı, kadınlara özgü bir meslek olarak algılandığı belirtilmektedir (Sis ve ark, 2012; Çınar & Olgun, 2013). Ancak Hemşirelik Kanununda yapılan değişiklikle hemşirelik mesleğinde cinsiyet ayrımı ortadan kaldırılarak, erkeklerin de hemşirelik mesleğinin üyesi olması sağlanmıştır (www.resmigazete.gov.tr, 2018). Bu bağlamda erkeklerin hemşirelik mesleğini icra etmelerinin toplum tarafından kabullenme süreci devam etmektedir.

Katılımcıların %46.4'ünün 40 yaş ve üzerinde olduğu tespit edildi (Tablo 2). Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde personel atamaları "Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği" ne göre gerçekleştirilmektedir. Atamalarda ve yer değiştirmelerde önemli unsurlar hizmet bölgeleri, hizmet grupları ve hizmet puanlarıdır (www.saglik.gov.tr, 2018). Araştırmanın gerçekleştirildiği Muğla ili Sağlık Bakanlığı 2. Hizmet bölgesi ve A grubu bir ildir. Bu durum hastaneye il dışından alt bölge tayin istemlerini büyük ölçüde kısıtlamaktadır. Ayrıca tayinlerde hizmet puanı esas alındığından il dışı tayin için kadro açıldığında yüksek hizmet puanı olan hemşireler tayin gelebilmektedir. Bu da hastanede çalışmakta olan hemşirelerin yaş ortalamasını yüksek seyretmesine neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %48.6'sının lisans/lisansüstü düzeyde eğitim aldıkları saptandı (Tablo 2). Bu bulgu hemşirelerin yaş ortalaması ile ilişkilendirildiğinde lisans tamamlama programlarına katılım oranının yüksek olduğunu düşündürmekte, hemşire-hasta etkileşimi ile hemşirelerin iletişim beceri düzeylerini araştıran diğer çalışmalara ait oranlar ile paralellik göstermektedir (Kaya, 2011, Kahraman & Bostanoğlu, 2012, Bayraktar&Eşer, 2017).

Çalışmada hemşirelerin %77.6' sının iletişim konusunda bilgi düzeyinin yeterli olduğu belirlendi(Tablo 4.1). Sağlık Bakanlığı 663 sayılı Kararname ile

yeniden yapılanmış ve 2012 yılında Kamu Hastaneler Kurumu'nun altında Verimlilik Daire Başkanlığı oluşturulmuştur. Bu Başkanlık kamu kurumlarına verimlilik kriterleri çerçevesinde kaynak kullanımı ve hizmet sunumlarına yönelik değerlendirmeler yapmakta ve kurum için karne düzenlemektedir. Söz konusu bu karnede kurumda çalışan personele iletişim eğitimlerinin verilmesi kriteri de mevcuttur. Bu nedenle de kamu kuruluşu olan hastanelerde verimlilik karne puanlarının yüksek olabilmesi için bu eğitimlerin planlanarak, sağlık personeline düzenli olarak verilmesi elzem hale gelmiştir (www.khgm.saglik.gov.tr 2018, Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı 2015). Ayrıca kamu kurumları Sağlık Bakanlığı Kalite Standartlarını da yerine getirmekle yükümlüdür. Sağlıkta Kalite Standartlarına göre de iletişim becerisi eğitimlerinin yılda en az bir kere verilmesi gerekmektedir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2016). Çalışmamızda hemşirelerin iletişim konusunda bilgi düzeylerini yeterli görmelerinin nedeninin yılda en az bir kere zorunlu olarak iletişim eğitimlerini almaları ile ilişkilendirerek değerlendirdikleri düşünülmektedir. Farklı olarak Kaya(2011) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin iletişim becerisi eğitimlerine katılmadığı belirtilmiş ve çalışmamızla benzerlik göstermemektedir.

Tutuk ve ark.(2002), hemşirelikte iletişim becerilerinin geliştirilmesinin hastanın tedaviye uyumunda, bakım kalitesinin ve memnuniyetin artmasında etkili olduğunu ayrıca bireyi ve sorunlarını anlayabilmek için hemşirede empati kurabilme becerisinin olması gerektiğini vurgulamışlardır. Başar ve ark(2015) çalışmasında iletişim eğitimi alan hemşirelerin empati becerilerinin de olumlu etkilendiğini belirtmişlerdir. Araştırmada hemşirelerin %80.9'unun iletişim kurmada beceri düzeyinin, %74.9'unun ise empati kurma beceri düzeyinde yeterli olduğu saptandı (Tablo 4.1). Çalışmadaki bu bulgu Kaya'nın (2011)hemşirelerin iletişim ve empatik beceri düzeyleri üzerine yaptığı çalışma ile karşılaştırılmıştır. Kaya'nın (2011) çalışmasında hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu belirtilmiş ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Literatürde yaş, deneyim ve eğitim arttıkça empatik becerinin arttığı vurgulanmıştır (Ay, 2006). Çalışmamızda hemşirelerin en fazla %74.3'ünün 36 yaş ve üzerinde olması,%48.6'sının lisans ve lisansüstü eğitim düzeyinde olması %45.4'ünün 21 yıl üzerinde çalışma süresinin olması empatik beceri düzeyinin yüksek oranda olması ile

ilişkilendirilebilir fakat bu konuda daha kapsamlı çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin %51.4'ü ruhsal bakım konusunda bilgiye gereksinimi olduklarını ifade etmiştir (Tablo4.2). Hemşirelik sürecinde hasta hakkında toplanan verilere yönelik tanılama yapılması ve bu tanılamaya ilişkin gerekli bakımın yapılması gerekmektedir. Olmaz'ın (2016) çalışmasında hemşirelerin hemşirelik süreci kullanma konusunda kendilerini yeterli buldukları ancak bakım için veri toplama ve uygulama konusunda sorun yaşadıkları belirtilmiştir. Çam ve ark., (2007) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin ruh sağlığı ve hastalıklarını tanılama ve tanıladıkları ruhsal sorunlara yönelik girişimleri puanlandırılmış ve hemşirelere verilen eğitim sonunda puanların anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir. Ülkemizde psikiyatri klinikleri ve yatak sayıları gereksinimin altındadır dolayısı ile her hastanede psikiyatrik tedavi birimi bulunmadığından eğitim ve meslek hayatında pek çok hemşire ruhsal hastalıklara yönelik istendik bilgi ve beceri düzeyine ulaşamayabilir. Ayrıca ülkemizde konsültasyon liyezon psikiyatrisi hizmet ve birimleri çok kısıtlı sayıda olduğundan fiziksel hastalıklara eşlik eden ruhsal sorunlara gereken önem verilememekte, bütüncül yaklaşımın içselleştirilemediği kurumlarda çalışanların bu konudaki yeterliliği ve sunulan ruhsal bakım istendik düzeyde olamamaktadır. Bu durum, çalışmamızda hemşirelerin ruhsal bakım konusunda bilgi gereksiniminin olmasını da açıklamaktadır. Son yıllarda psikiyatri hemşireliği ve onkoloji hemşireliği derneği gibi örgütlenmelerin öncülüğünde ruhsal bakım konulu çalışma grupları ve kurslar düzenlenmesi ise bu yaygın gereksinime yöneliktir (Özbaş & Buzlu, 2011).

Araştırmamızda hemşirelerin ruhsal/duygusal sorunlara %57.9' unun hemşirelik tanısını kullandığının belirlenmesi de benzer bir bulgudur (Tablo 4.2). Güner (1994) çalışmasında hemşirelik uygulamalarında kullanılan hemşirelik tanılarının insanın fiziksel boyutuyla ilgili olduğunu vurgulamıştır. Fiziki alana ilişkin tanıların fazla kullanılmasının nedeni olarak da hemşirelik eğitimlerinde ve uygulamalarında tıbbi bilgiye daha fazla ağırlık verilmesi ve fizyolojik tanıların daha fazla kullanılması olduğunu belirtmiştir ve literatürde farklı araştırmalarda da fizyolojik tanıların daha fazla kullanıldığı desteklenmiştir. Bu veriler hemşirelerin

ruhsal bakım konusunda bilgi ve beceri eğitim gereksiniminin yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların %65'inin iş yükü nedeniyle hasta ile etkileşime yeterince zaman ayıramadıkları belirlendi (Tablo4.2). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin iş yoğunluğu nedeniyle hastalara zaman ayıramayıp iletişim kurmadıkları vurgulanmıştır (Arda ve ark., 2007; Kahraman ve Bostanoğlu, 2012, Parlayan & Dökme, 2016). Çalışmamızda etkileşimde karşılaşılan sorunlardan en fazla yüzdeye sahip olan iş yoğunluğu literatür çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Fakat örneklemin iş yükünün fazlalığına ilişkin bu bulgu subjektif olup doğrulamak için objektif verilere de gereksinim duyulmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan bakım verici hemşirelerin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşim ölçeğinden aldıkları ortalama puanlara bakıldığında; önemlilik alt boyutundan yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarına göre daha yüksek puan aldıkları görüldü (Tablo 5). Buna göre hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimini önemli buldukları fakat aynı oranda kendilerini yeterli görmeyip, yeterince uygulanabilir bulmadıkları söylenebilir. Özdil (2016) tarafından ve Bayraktar ve Eşer (2017) tarafından yapılan benzer çalışmalarda hemşirelerin BOHHEÖ ortalama puanları üzerinden en yüksek puanı önemlilik alt boyutundan aldıkları belirlenmiştir. Bu sonuçlar araştırma sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin iş yoğunluğunun fazla olması, personel sayısının azlığı, fazla çalışma saatleri, motivasyon düşüklüğü, tükenmişlik, iş doyumunun düşük olması ve ruhsal bakım konusundaki yetersizlikler nedeniyle hasta hemşire iletişiminin geri plana atıldığı, hasta ile bakım odaklı etkileşimin yeterince kurulamadığı düşünülmektedir (Karadağ & Taşçı, 2005; Arda ve ark., 2007; Kahraman & Bostanoğlu, 2012; Bayraktar & Eşer, 2017).

Hemşirelerin BOHHEÖ' nin "gereksinimler" alt ölçeğinden önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarından en yüksek puanı aldığı saptanmış ve Özdil (2016) çalışması ile paralellik göstermektedir (Tablo 5). Bu sonuçlar hemşirelerin bakım için hasta ile etkileşiminde gereksinimleri önemli bulduğunu, gereksinimleri karşılamak için kendilerini yeterli bulduğunu ve gereksinimlerin karşılanma sürecinin uygulanabilir olduğu söylenebilir. Hemşirelik, hastanın

gereksinimlerinin karşılanması için bakım olgusunu profesyonel bir rol olarak üstlenmiş bir meslektir (Baykara, 2014).Araştırmamızda hemşirelerin “gereksinimler” alt ölçeğinin her alt boyutta yüksek puanlı olmasının, hastanın gereksinimlerini karşılamak üzerine temellendirilmiş bakım kavramının hemşirelik mesleğinin temeli olarak görülmesi ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin tutum ve davranışlarında kendilerini yeterli hissetmediklerini belirttikleri alt ölçek ise “sorun çözme” dir (Tablo 5). Bayraktar ve Eşer (2017)’in benzer çalışmasında da hemşirelerin hemşire-hasta ilişkisinde “sorun çözme” boyutunu kendilerinde yeterli görmedikleri belirlenmiş ve çalışmamızla uyum göstermektedir. Bireyin gereksinimlerinin belirlenerek buna uygun çözüm yolu geliştirilmesi için hemşirelerde problem çözme ve karar verme becerileri gereklidir. Hemşirelerde sorun çözme ile ilgili değişkenler; yetenek düzeylerinin farklılığı, eğitim düzeyi, sosyo-kültürel çevre, gerçek problemi tanımlamadaki bilgi düzeyi, iletişim becerisi düzeyi ve haberleşme yeteneğidir (Yıldırım & Özkahraman, 2011). Ayrıca hastanelerde bakım sırasında hemşirelik sürecinin aktif kullanılmaması, süreçle çalışmanın getireceği olumlu problem çözme becerilerinin de kazandırılmamasına neden olmaktadır (Abaan&Altıntoprak, 2005). Günümüzde ise problem çözme; bilimsel temelli metotlarla, kanıta dayalı uygulamalar ile gelişmektedir (Yıldırım & Özkahraman, 2011). Araştırmamızda hemşirelerin yoğun iş yükünün yanı sıra bakım sırasında hemşirelik sürecini etkin kullanmamaları, mesleki bilimsel metotlardan yeterince yararlanmamaları hemşirelerin kendilerini sorun çözmeye yetersiz hissetmeleri ile ilişkili olabilir.

Araştırmada hemşirelerin BOHHEÖ’ nin önemlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarında en düşük ortalama puanın “duyarlılık” alt ölçeğinde olduğu görüldü (Tablo 5). Aydın & Hiçdurmaz (2016) kişilerarası duyarlılığı, kişinin çevresini doğru şekilde algılayıp, uygun cevap verme yeteneği olarak tanımlamıştır. Hemşirelik bakımın kalitesi ve hastanın memnuniyeti hasta ile hemşire arasındaki etkileşime bağlı değişmektedir. Hasta-hemşire etkileşiminde kişisel duyarlılığın yüksek olması hemşire ve hasta arasında ilişkinin bozulmasına, bakımın aksamasına, hastalarda stres ve ruhsal sorunların iyileşme sürecinin uzamasına neden olmaktadır. Bu anlamda kişisel duyarlılığın en üst seviyede tutulması gerekmektedir. Çalışmamıza

göre hemşirelerin duyarlılık puanlarının önemlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında düşük puanlı olması, yüksek duyarlılık nedeniyle meydana gelebilecek olumsuzlukların görülme olasılığını azaltacağı düşünülerek olumlu bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin cinsiyetlerine göre BOHHEÖ'nin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (Tablo 7). Kumcağz ve ark. (2011) tarafından yapılan benzer bir çalışmada da cinsiyet faktörünün anlamlı bulunmaması çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin yaşlarına göre BOHHEÖ puanlarına bakıldığında yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında istatistiki olarak anlamlı fark olduğu görüldü. Ayrıca 40 yaş ve üzeri hemşirelerin puan ortalamalarının önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 8). Bu sonuca göre yaşça büyük olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde kendilerini yeterli gördükleri ve etkileşim için gerekli tutum ve davranışların uygulanabilir buldukları şeklinde yorumlanabilir. Bayraktar ve Eşer (2017)'in çalışmasında yaş arttıkça önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında ortalama puanın arttığı belirtilmiş ve çalışmamızla uyum göstermektedir. Karadağ ve ark.(2015) tarafından yapılan çalışmada yaş arttıkça iletişim beceri düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Ayrıca hemşirelik mesleğinde hasta bakımında gerekli olan ve duygusal zekanın alt boyutlarında yer alan empati ve tedavi edici iletişim (terapötik iletişim) becerilerinin yaşla birlikte arttığı belirlendiği Avşar ve Kaşıkçı'nın (2010) çalışması da çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Hemşirelerin yaş ilerledikçe mesleki deneyiminin artması ile bakım odaklı etkileşim kurmada yeterliliklerinin arttığı ve etkileşim deneyimlerinin artması ile daha uygulanabilir görüldüğü düşünülmektedir.

Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan benzer çalışmalarda katılımcıların yaşları ile ölçek alt boyutları arasında anlamlılık görülmemiş ve bu çalışmalarda yaş aralığının az olmasının anlamlılık görülmemesinde etkili olduğu belirtilmiştir. Bu sebeple çalışmamız Yalçın (2012) ile Zaybak ve ark.(2014) çalışmaları ile uyumlu değildir. Kaya (2011) çalışmasına göre yaş gruplarına ile iletişim becerilerinde

farklılık olmadığı, Tiryaki Şen ve ark. nın (2013) eğitim hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada ise yaş ile iletişim becerilerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ve çalışmamızla benzerlik bulunmadığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumları ile BOHHEÖ puanları incelendiğinde önemlilik boyutunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve lisans ve lisansüstü eğitim düzeyi puanının lise ve önlisans puan ortalamasından fazla olduğu tespit edildi. Ayrıca lise düzeyi eğitim durumunun da ölçeğin tüm alt boyutlarında en düşük puanda olduğu görüldü (Tablo 12). Lisans ve lisanüstü düzeyde eğitim alan hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimini önemli buldukları sonucuna varılabilir. Bayraktar ve Eşer'in (2017) çalışmada eğitim düzeyi ile ölçeğin önemlilik ve yeterlilik boyutlarında anlamlı fark olmadığı ancak uygulanabilirlik boyutunda anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Söz konusu çalışmanın eğitim düzeyi ile ölçek alt boyutları arasındaki ilişki çalışmamızla benzerlik göstermemektedir. Kumcağız ve ark.(2011) çalışmada, lisans ve üzeri eğitim almış hemşirelerin iletişim becerilerinin diğer eğitim düzeyi eğitim almış hemşirelere oranla daha yüksek olduğunu vurgulamış ve istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur. Şahin ve Özdemir'in (2015) hemşirelerin iletişim ve empati becerileri düzeylerinin belirlenmesine yönelik çalışmada eğitim düzeyinin artmasıyla iletişim ve empati becerilerinin arttığı sonucuna varmıştır. Bu benzer çalışmalar araştırmamıza benzerlik göstermektedir. Literatürde iletişim becerileri ile eğitim düzeyinin karşılaştırıldığı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Kaya, 2011; Tiryaki ve ark., 2013; Karadağ ve ark., 2015; Başar ve ark., 2015). Çalışmamıza katılan hemşirelerin yarıya yakını (%48.6) lisans ve lisansüstü okul mezunudur. Araştırmada hemşirelerin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimine önem vermesinin sebebi olarak; lisans ve lisansüstü eğitim sürecinde özellikle iletişim becerisi konulu derslere ve kuramsal yaklaşımlara ağırlık verilmesi olarak düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarına göre BOHHEÖ' nin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarından aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi (Tablo 14). Kumcağız ve ark.(2011), Kaya (2011) ile Karadağ ve ark.'nın (2015) benzer çalışmalarında da

medeni durumun istatistiksel anlamlı olmaması ile çalışmamız benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastalarla iletişim konusunda bilgi düzeylerini yeterli gören hemşirelerin BOHHEÖ' nin önemlilik ve uygulanabilirlik boyutlarından aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, yeterlilik boyutundan aldıkları puanın ise istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi (Tablo 15). Buna göre iletişim konusunda bilgi düzeyini yeterli gören hemşirelerin hasta ile bakım odaklı kurulan etkileşimde kullanılacak tutum ve davranışları önemli buldukları ve bu tutum ve davranışları uygulanabilir buldukları söylenebilir. Yorulmaz ve Erdem'in (2017), özyeterlilik üzerine yaptığı çalışmada, hastane çalışanlarında özyeterlilik inancının yüksek olduğu başka bir deyişle hastane çalışanlarının bir görevi yerine getirme aşamasında kendilerine olan inancın yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin kendilerini iletişim konusunda bilgi düzeylerini yeterli görmesi ile benzerlik göstermektedir. Taycan ve ark.(2006) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin yaşlarındaki artışa bağlı olarak kendilerini mesleklerinde daha yeterli ve başarılı hissettikleri, mesleki olgunlaşmaya bağlı olarak da kendilerini daha başarılı gördükleri belirlenmiştir. Çalışmamızda hemşirelerin %46.4'ünün 40 yaş ve üzerinde olması ve %45.4'ünün 21 yıl ve üzerinde çalışıyor olması bu durumu desteklediği düşünülmektedir. Baysal'ın (2010) çalışmasında hemşirelerin yaşları ile öz yeterlilik puanları arasında istatistiksel anlam olduğu saptanmış ve 36 yaş üstü hemşirelerin öz yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Araştırmanın Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir kamu hastanesinde yapılmış olması da hemşirelerin bilgi düzeylerini yeterli görmesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Çünkü, Sağlıkta Kalite Standartları ve Verimlilik Karne Uygulaması Gösterge kriterlerine göre her yıl personele iletişim eğitimi verilmesi de hemşirelerin kendilerini yeterli görmelerinde etkilidir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü2016). Başar ve ark.'nın (2015) çalışmasında iletişim eğitimi alan hemşirelerin empati becerilerinin de olumlu etkilendiğini belirlemişlerdir. Çalışmamızda hemşirelerin empati kurmada beceri düzeylerinin %74.9 olarak belirlenmesi de bu durumu desteklemektedir. Kaya'nın (2011) çalışmasında her üç hemşireden ikisinin kendilerini iletişimde yetersiz buldukları saptanmıştır ve bu sonuç çalışmamız ile uyum göstermemektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin iletişim kurmada beceri düzeylerini yeterli bulanların aldıkları puanın BOHHEÖ' nin önemlilik alt boyutu ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edildi (Tablo 18). Buna göre hastalarla iletişim kurmada beceri düzeyini yeterli gören hemşirelerin bakım odaklı hasta ile etkileşimini önemli buldukları sonucuna varılabilir. İletişim becerilerini kullandıkça hemşirelerin hasta hemşire iletişiminin önemini daha da fark ettikleri düşünülmektedir. İletişim becerileri, hasta hakkında bilgi alma, tanılama, tedaviye karar verme, tedaviyi uygulama, bakım verme ve bakıma yön verme alanlarında kullanıldığından daha fazla önem taşımaktadır. Hasta ile kurulan iletişimde oluşabilecek aksaklıklar, hastanın tedaviye uyumunu, bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilemektedir (Aşçı ve ark.,2015). Literatürde iletişim becerilerine ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Hemşirelerin iletişim kurma beceri düzeylerinde eğitim, yaş ve çalışma süresi faktörleri etkilidir.

İletişim becerisi bireyde kişisel bir özellik olarak bulunmaz bu nedenle de eğitim düzeyi arttıkça becerinin gelişmesi beklenir (Tiryaki ve ark., 2013). Avşar ve Kaşıkçı' nın (2010) hemşirelik yüksekokulu öğrencileri üzerinde gerçekleştirdiği çalışmasında, duygusal zeka puanının üst sınıfa geçildikçe arttığını ve dolayısıyla duygusal zekanın alt boyutlarında olan iletişim becerisinin arttığını saptamıştır. Kumcağız ve ark.(2011) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin iletişim beceri düzeylerinin lisans ve üstü eğitim alan hemşirelerde lise düzeyinde eğitim alan hemşirelere göre daha yüksek olduğu, Şahin ve Özdemir'in (2015) eğitim düzeyi arttıkça iletişim beceri düzeyinin arttığı görülmüştür. Aşçı ve ark.'nın (2015) çalışmasında hemşirelik lisans eğitiminde iletişim derslerinin zorunlu olarak verilmesinin iletişim beceri düzeyinde etkili olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmalar ile bizim çalışmamızdaki hemşirelerin en fazla oran olarak %48.6'sının lisans ve lisansüstü eğitim almış olmaları ve iletişim kurmada beceri düzeyi oranının yüksek olması uyumludur.

Şahin ve Özdemir'in (2015) hemşirelerde iletişim ve empati düzeylerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada yaş ile iletişim becerilerinin etkilendiğini ve 36-43 yaş arasındaki hemşirelerin iletişim beceri puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuşlardır. Yaş ilerledikçe iletişim kurma becerisinin arttığını

belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin %74.3'ü 36 yaş ve üzeri olması iletişim kurmada beceri düzeylerini yeterli görmelerinde etkili olduğu düşünülmüştür.

Yapılan araştırmalarda çalışma süresi ile iletişim beceri düzeyleri arasında anlamlı ilişkinin olduğu belirtilmiştir. Mesleki çalışma süresi 20 yıl ve üzeri olan hemşirelerin iletişim kurma beceri düzeylerinin çalışma süresi daha az olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Kumcağız ve ark., 2011; Karadağ ve ark., 2015). Çalışmamızda hemşirelerin %45.4'ünün en fazla oranla 20 yılın üstünde çalışıyor olması iletişim kurmada beceri düzeylerinin yeterli olmasında neden olarak düşünülmektedir ve bu bulgu hemşirelerin yaşları ile ilişkili bulgular ile uyumlu değerlendirilebilir.

Hemşirelerin hastaların ruhsal bakım gereksinimlerine önem verme durumları ile BOHHEÖ puanları incelendiğinde önemlilik boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlendi (Tablo 20). Hemşirelerin hastaların ruhsal bakım gereksinimlerinin önemli olduğunu düşünen hemşirelerin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimindeki tutum ve davranışları önemli buldukları sonucuna varılabilir. Geleneksel hastalık kuramlarına göre hastanın sadece hasta organına ve hastalığına ilişkin yaklaşımda bulunulurken bireyin sosyal ve ruhsal yönleri göz ardı edilmiştir. Ancak bütüncül sağlık anlayışının (holistik yaklaşım) tanımlanması ile geleneksel kuramların yetersizliği ortaya çıkmıştır. Bütüncül yaklaşım birey biyolojik, sosyal, ruhsal ve kültürel özelliklerine göre ele alınmalıdır (Ünsal 2017). Bireyin kendine özgü olarak planlanan, uygulanan ve değerlendirilen hemşirelik süreci, aynı zamanda bireye özgü, kapsamlı ve etkin bakım verilmesini sağlamaktadır (Bayındır & Ünsal 2016). Uysal ve ark. (2016), Taşdemir ve Kızılkaya (2013) tarafından hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan çalışmalarda daha somut tanıların kullanıldığı belirlenmiştir. Sabancıoğulları ve ark (2011) çalışmasında özellikle genel kliniklerde öncelikli olarak fiziksel sağlık sorunlarına hemşirelik tanılaması yapıldığı belirtilmiştir. Buna karşılık psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin hastaları biyopsikososyal yönden değerlendirdikleri, psikososyal sorunların tanınmasına ağırlık verdikleri ancak fiziksel sağlık sorunlarının da gözden kaçırılmadığı saptanmıştır. Güner (1994) çalışmasında hemşirelerin fiziksel sağlık sorunlarına

ilişkin fizyolojik tanıların daha fazla kullanılmasının nedenini hemşirelik okulları eğitim ve uygulama programlarında tıbbi bilgiye ağırlık verilmesi olduğunu belirtmiş ve literatür ile desteklemiştir.

Bayındır ve Ünsal (2016), çalışmalarında hemşirelerin genel olarak fizyolojik tanımlara ağırlık verdiğini ancak son yıllarda ruh sağlığı ve ruhsal sorunlara daha fazla önem verildiğini saptamışlardır. Bunun nedeninin ise, sağlıkta bütüncül bakış açısı kavramının önem kazanması, sosyo-ekonomik, teknolojik ve bilimsel gelişmelerin ruhsal sağlık üzerine olumsuz etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmamızda ruhsal bakım gereksinimine önem veren hemşirelerin BOHHEÖ önemlilik boyutunun istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmasını açıklamaktadır.

Araştırmada ruhsal bakım konusunda bilgi gereksinimi olan hemşirelerin BOHHEÖ puanları incelendiğinde önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (Tablo 22). Ruhsal bakım konusunda bilgi gereksinimi olan hemşireler, bakım odaklı gerçekleştirilen etkileşimde sergilenecek tutum ve davranışların önemli olduğunu, tutum ve davranışların gerçekleşmesinde kendilerini yeterli hissettiği ve uygulanabilir olduğunu düşündükleri şeklinde açıklanabilir.

Hemşire, hastaya bütüncül bakış açısıyla bakım uygulamalıdır. Bunun için hastanın fizyolojik yönden değerlendirilmesinin yanında psikososyal olarak da değerlendirilmesi gerekir. Psikososyal değerlendirmede hemşire hastalığın birey ve ailesi üzerindeki etkilerine ve hemşirelik tanılarına yoğunlaşır. Ayrıca hastanın tedavi planı için önemli bilgi sağlar (Gorman&Sultan, 2014). Çalışmamızda hemşirelerin %83.6'sının ruhsal bakım konusunda bilgi gereksinimlerinin olduğu saptanmıştır. Son yıllarda bilim ve teknolojiye gelişmelerle sağlığın bütüncül bakış açısı ile ele alınması, ve konsültasyon liyezon psikiyatrisi alanındaki gelişmeler hemşirelerde bireyin fizyolojik sorunlarının yanında psikososyal sorunlarının da tanınması gerekliliğini doğurmuştur. Bu durumun da hemşirelerde de farkındalığı arttırdığı, ruhsal bakım için bilgi gereksinimine neden olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin ruhsal bakıma yönelik tanılama yapamamalarına ilişkin; Keski ve Karadağ (2010) hemşirelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada öğrencilerin

teorik anlamda bilgilerinin yeterli ve donanımlı oldukları ancak bu bilgilerinin klinikte uygulamaya dönüştürmede sorun yaşadıkları belirtilmiştir. Yine Çam ve ark.'nın (2004) benzer çalışmasında da öğrencilerin hastadan veri toplama aşamasında kurdukları ilişkinin yetersiz kalması nedeniyle hastayı yeterince tanıyamamaları bu nedenle de fizyolojik sorunlara yönelik tanılama yaptıklarını belirtilmiştir. Hemşirelik süreci ve hemşirelik tanılamalarının kullanılması için gerekli olan bilgi ve beceriler hemşirelik eğitiminde kazanılmaktadır (Keski ve Karadağ, 2010; Andsoy ve ark., 2013). Ancak, hemşire yetiştirmek üzere eğitim veren eğitim kurumlarının uygulama alanlarının, eğitim araçlarının ve öğretim elemanlarının sayıca yetersiz olması ve buna karşılık öğrenci sayılarının fazlalığı gibi nedenler eğitim kalitesini olumsuz etkilemekte, öğrenciler analiz becerilerini tam anlamıyla kazanamamaktadır (Çam ve ark., 2004; Keski ve Karadağ, 2010). Bu da hemşirelerin ruhsal bakım ve bakıma ilişkin tanılamada bilgi gereksiniminin sebepleri arasında düşünülmektedir. Hemşirelik tanımlarının kullanımı ile birçok araştırmalar mevcuttur. Bu çalışmalarda öğrencilerin en sık belirledikleri tanımların fizyolojik sorunlara yönelik somut tanımlar olduğu saptanmıştır (Güner & Terakye, 2000; Özkan ve ark., 2003; Öztürk ve ark., 2003; Gök Özer & Kuzu, 2006). Psikiyatri klinikleri dışında yapılan araştırmalarda hemşirelerin hastaları daha çok fizyolojik yönden değerlendirdiği ve psikososyal boyutun göz ardı edildiği literatürde belirtilmektedir (Sabancıoğulları, 2011). Taşdemir ve Kızılkaya (2013) ise çalışmalarında, psikososyal alanlara yönelik tanımların yapılamamasında; öğrencilerin psikososyal alana ilişkin tanımlara nasıl yaklaşımda bulunacağı ve nasıl davranacağını bilmemesinin ayrıca bu alanda bilgi eksikliğinin olmasının neden olduğunu belirtmişlerdir.

Çam ve ark. (2004) ile Sabancıoğulları ve ark. (2011) psikiyatri kliniğinde hemşirelik tanımları üzerine yaptıkları çalışmalarda, hastaların psikososyal sorunlarına ilişkin tanımlarının yapıldığını belirlemişlerdir. Çam ve ark. (2007) çalışmasında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe/hemşirelere ruh sağlığı ve hastalıkları konusunda verilen eğitim sonucunda ebe/hemşireler ruh hastalıklarını tanıyıp, önerilerde bulunabilir düzeye gelmişlerdir. Mezuniyet sonrası gerçekleştirilen bu eğitim programında, eğitim öncesi puanların eğitim sonrasında anlamlı şekilde attığının görülmesi ruhsal bakım konusundaki bilgi gereksiniminin

olmasını desteklemektedir. Dolayısı ile mezuniyet sonrası eğitimlerde ruhsal bakım konusunda eğitimler önemli yer tutmakta ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Son yıllarda psikiyatri hemşireliği derneği ile onkoloji hemşireliği derneği gibi mesleki örgütlerce ruhsal bakım konusunda bilgi ve becerileri geliştirmeye yönelik kurslar düzenlenmesi önemli gelişmelerdir. Bu eğitsel programların artması ve hemşirelikte bakım kalitesini olumsuz etkileyen sorunların azaltılması ile bakıma odaklı hasta hemşire etkileşimi daha uygulanabilir hale gelecektir.



6. SONUÇLAR

• Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve algılanan iletişim ile ilgili bilgi ve beceri düzeyleri incelendiğinde;

- %91.8'i kadın,%46.4'ü 40 yaş üzeri,%87.4'ü evli,%80.9'u çocuk sahibidir.

-%48.6'sı lisans veya lisansüstü eğitim düzeyine sahip,%24.6'sı 16-20 yıldır ve %72.1'i gündüz ve nöbet mesai ağırlıklı çalışmaktadır.

-%56.8'i hasta hakları, %59.6'sı tıbbi etik, %77.6'sı iletişim konusunda bilgi düzeylerini, %80.9'u hastalarla iletişim konusunda beceri düzeylerini %74.9'u hastalarla empati kurabilme beceri düzeylerini yeterli olarak değerlendirmiştir. %65.0'ı iş yükü fazlalığı nedeniyle hasta ile etkileşime yeterince zaman ayıramadığını belirtmiştir.

- %63.4'ü bütüncül yaklaşım konusunda bilgi düzeylerini yeterli bulmuş ve %81.4' ü hastaların ruhsal gereksinimlerine her zaman önem verdiğini belirtmiştir.

- Hemşirelerin %57.9' unda ruhsal/duygusal sorunlara yönelik hemşirelik tanımlarını sıklıkla kullandığını ve %51.4'ünün ruhsal bakım konusunda kısmen bilgi gereksinimlerinin olduğu belirlenmiştir.

• **BOHHEÖ'nin alt boyutlarından alınan puanlar incelendiğinde;**

- Ölçek toplam puanlarına göre, toplam önemlilik alt boyut puanı $X=292.83\pm 34.04$, yeterlilik alt boyut puanı $X=282.93\pm 51.19$ uygulanabilirlik alt boyut puanı $X=270.11\pm 56.75$ saptanmıştır.

- Hemşirelerin BOHHEÖ'nin alt ölçek puan ortalamaları; önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarına göre ise sırasıyla: *Hümanizm* $X= 24.89\pm 3.94$, 23.92 ± 4.55 , 22.29 ± 5.15 ; *Umut* $X= 29.44\pm 4.25$, 27.99 ± 4.54 , 26.79 ± 5.88 ; *Duyarlılık* $X= 24.38\pm 4.02$, 23.17 ± 5.08 , 21.94 ± 5.89 ; *Yardım edici ilişki* $X= 30.07\pm 4.12$, 28.85 ± 5.38 , 27.67 ± 6.10 ; *Duyguların ifade edilmesi* $X= 25.13\pm 3.98$, 24.07 ± 5.28 , 22.75 ± 6.08 ; *Sorun çözme* $X= 24.74\pm 4.08$, 23.16 ± 5.63 , 22.00 ± 6.36 ; *Öğretim* $X=25,34\pm 4.12$, $24,05\pm 5.61$, $22,75\pm 5.85$; *Çevre* $X=29,97\pm 4.18$, $28,74\pm 6.02$,

27.40±6.20; *Gereksinimler* X= 44.91±5.36, 42.66±8.77, 41.60±9.17 ve *Maneviyat* X= 25.34±4.12, 24.05±5.61, 22.75±5.85'tir.

- BOHHEÖ alt boyut puanları arasındaki korelasyona bakıldığında; önemlilik ile yeterlilik arasında pozitif yönde orta düzeyde, önemlilik ile uygulanabilirlik arasında pozitif yönde orta düzeyde ve yeterlilik ile uygulanabilirlik arasında pozitif yönde güçlü düzeyde korelasyonlar saptanmıştır (p<0.001).

• **Ölçek boyutları bağımsız değişkenlere göre karşılaştırıldığında;**

-Yaşa göre yeterlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarında,

-Eğitim düzeyine göre önemlilik alt boyutunda,

-Hemşirelerin hasta ile iletişim bilgi düzeylerini yeterli bulma durumlarına göre ölçeğin önemlilik ve uygulanabilirlik alt boyutlarında, beceri düzeylerini yeterli bulma durumuna göre önemlilik alt boyutunda anlamlı farklılıklar (p<.05)saptanmıştır.

• **Ölçeğin alt ölçek puanları bağımsız değişkenlere göre karşılaştırıldığında;**

- Cinsiyete göre önemlilik boyutunda; umut, öğretim, gereksinimler ve maneviyat alt ölçeklerinde,

-Yaşa göre önemlilik boyutunda; hümanizm, duyarlılık, yardım edici ilişki, duygu ifadesi ve gereksinimler alt ölçeklerinde, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında tüm alt ölçeklerde,

- Eğitim durumuna göre, önemlilik boyutunda hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici ilişki ve duyguların ifade edilmesi alt ölçeklerinde,

- Hemşirelerin hasta ile iletişim bilgi düzeylerini yeterli bulma durumlarına göre önemlilik boyutunda duyarlılık, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, gereksinimler ve maneviyat alt ölçeklerinde, uygulanabilirlik boyutunda ise yardım edici ilişki hariç tüm alt ölçeklerde,

- Hemşirelerin hasta ile iletişim beceri düzeylerini yeterli bulma durumlarına göre ise önemlilik boyutunda duyarlılık, duyguların ifade edilmesi, gereksinimler ve maneviyat alt ölçeklerinde anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Özetle, hemşirelerin bakım odaklı hasta etkileşimleri ortalama üzeri/iyi olarak değerlendirilebilir. 40 yaş üzeri, yükseköğrenime sahip, iletişim konusunda bilgi ve beceri düzeyini yeterli bulan hemşirelerde özellikle ölçeğin önemlilik boyutu puanlarının daha yüksek olduğu ve genel olarak uygulanabilirlik puanlarının diğer boyutlara göre nispeten daha düşük olduğu dikkati çekmiştir.



7. ÖNERİLER

Çalışmadan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde;

- Sağlık sisteminde bütüncül bakım ve hizmet kalitesinin artırılmasında hemşirelik eğitiminin lisans düzeyine temellendirilmesinin öneminin vurgulanması,
- Mesleki etik, hasta hakları ve ruhsal bakım konusunda hemşirelerin eğitim gereksinimlerinin analizi, bilgi ve becerilerinin artırılması
- Bakım odaklı etkileşime engel olan iş yükü ile ilgili etmenlerin azaltılması, bakım kalitesinin artırılmasına yönelik kurumsal planlamaların yapılması,
- Özellikle genç ve erkek hemşirelerin iletişim ve ruhsal bakım konusunda bilgi ve becerilerinin artırılması,
- Bakım odaklı etkileşimin uygulanabilirliğini etkileyen sorunların analizi ve uygulanabilirliği arttırmaya yönelik planlama ve girişimlerin yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

Abaan, S.,&Altıntoprak, A. (2005). Hemşirelerde problem çözme becerileri: Öz değerlendirme sonuçlarının analizi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,12(1),62–76.

Acar, G.,& Buldukoğlu, K. (2016). Öğrencilerin Hastalarla İletişimde Karşılaştıkları Güçlükler ve Zor Hasta Algıları.*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 7–12.

Akgün Şahin, Z.,&Kardaş Özdemir, F. (2015). Hemşirelerin İletişim ve Empati Beceri Düzeylerinin Belirlenmesi.*G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 1(1), 1-7.

Akyüz, E., Uğurlu, Z., Çevik, B., Yaman, Ç.,& Ayhan, A. (2017). Leiomyo sarkom tanılı bir gebenin Ida Jean Orlando'nun etkileşim modeline göre incelenmesi: Vaka sunumu.*Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 73-78.

Altıok, H.Ö., Şengün, F., &Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 137-140.
Andsoy, I.I., Güngör, T., Dikmen, Y., &Nabel, E.B. (2013). Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler.*Çağdaş Tıp Dergisi*, 3(2), 88-94.

Arda, H., Ertem, M., Baran, G.,& Durgun, Y. (2007). Dicle Üniversitesi Araştırma Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin hasta iletişimi konusundaki görüşleri.*İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi*, 15(59), 68-74.

Arslan Özkan, H.,& Bilgin, Z. (2016). Hemşireliğin felsefi özü iyileştirme ve iyileştirici bakım yöntemleri.*HSP Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 191-200.

Aşcı, Ö., Hazar, G., & Yılmaz, M. (2015). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri ve ilişkili değişkenler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 160-165.

Atilla, G., Oksay, A., & Erdem, R. (2012). Hekim-hasta iletişimi üzerine nitel bir çalışma. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2(43), 23-37.

Avşar, G., Ögünç, A.E., Taşkın, M., & Burkay, Ö.F. (2014). Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4), 216-221.

Avşar, G., & Kaşıkçı, M. (2010). Hemşirelik Yüksekokulu öğrencilerinde duygusal zeka düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 1-6.

Ay, F. (2006). Lisans eğitiminin hemşirelik öğrencilerinin empati beceri düzeyine etkisinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (1), 95-105.

Aydın, A., & Hiçdurmaz, D. (2016). Kişilerarası duyarlılık ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(1):45-4.

Babacan Gümüş, A. (2014). Hemşirelik Kuram ve Modelleri. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. O.Çam, & E.Engin (Ed.), (s.59-83). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.

Başar, G., Akın, S., & Durna, Z. (2015). Hemşirelerde ve hemşirelik öğrencilerinde problem çözme ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 125-147.

Baykara Göçmen, Z. (2014). Hemşirelik bakımı kavramı, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(2), 92-99.

Bayraktar, D.,&Eşer, İ. (2017). Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları.*Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 188-194.

Baysal, E. (2010).*Hemşirelerde Öz Yeterlilik İnancı ve İş Doyumu İlişkisi: Bir Üniversite Hastanesinde Saha Çalışması*. (Yüksek Lisans Tezi),İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Bekcan, S. (2015). *İletişim Becerileri, Motivasyon ve Sağlık Çalışanları*. (Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Bingöl, G.,& Demir, A. (2011). Amasya Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri.*Göztepe Tıp Dergisi*, 26(4), 152-159.

Birol L. (2004).Hemşirelik Süreci. *Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım*. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd, 6. Baskı, İzmir.

Bozdoğan, S. (2014). *Kanser Hastalarının Hemşirenin Varlığını Değerlendirmelerinin Hümanistik Hemşirelik Kuramı Bağlamında İncelenmesi*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., &Pepin, J. (2005). Assessing nurse–patient interactions from a caring perspective: Report of the development and preliminary psychometric testing of the Caring Nurse–Patient Interactions Scale, *International Journal of Nursing Studies*, 42(6) 673-686.

Çam, O& Dülgerler, Ş.(2014).Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Tedavi Edici Temel Araçlar:Ortam ve İletişim.*Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*.O. Çam,&E. Engin (Ed.),(s.157-178).İstanbul:İstanbul Tıp Kitapevi.

Çam, O., Özgür, G., Gürkan, A., Dülgerler, Ş., &Engin, E. (2004). Psikiyatri hemşireliği klinik uygulamalarında öğrenci hemşirelerin hemşirelik süreci raporlarının değerlendirilmesi.*Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20 (1), 23-34.

Çam, O., Pektaş, İ., &Bilge, A. (2007). Ebe/hemşirelere verilen ruh sağlığı ve hastalıkları eğitiminin ruhsal hastalıklara yaklaşımlarına iletişim becerilerine ve iş doyumlarına etkilerinin araştırılması.*Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10;3, İzmir, 7-15.

Çınar, D.,&Olgun, N. (2013). Klinik uygulamalarda erkek hemşire algısı.*Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10 (3), 3-6.

Doğan, S. (2009). Hemşireliğin Kuramsal Temelleri II: (Hildegard E. Peplau (Gelişimsel Model), Cumhuriyet Üniversitesi Doktora Programı Ders Notları.

Durgun Ozan, Y. (2013). *Watson'ın İnsan Bakım Kuramı'na Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların, Anksiyete, Baş Etme ve İnfertilite Etkilenme Durumlarına Etkisi*. (Doktora Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Efil, S., Kurucu, M., &Eser, O. (2011). Beyin cerrahi yoğun bakımında takip edilen hastaların hasta yakını ziyaret sıklığının ve hemşire ile olan iletişimin hastanın iyileşmesine etkisi.*Kocatepe Tıp Dergisi*, 12, 151-155.

Erdoğan, Z.,&Çınar,S. (2011)Reiki:Eskibir iyileştirme sanatı-modern hemşirelik uygulaması. *Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi*, 1(2), İstanbul, 86-91.

Erer, M.T., Akbaş, M., &Yıldırım, G. (2017). Hemşirelik sürecinin evrimsel gelişimi hemşirelik süreci.*Lokman Hekim Dergisi*, 7(1), 1-5.

Erişen, M.,&Karaca Sivrikaya, S. (2017). Manevi bakım ve hemşirelik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 184-190.

Erken, S. (2008). *Klinisyen Hemşirelerle Akademisyen Hemşireler Arasındaki İletişim Örüntüsünün İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Fleischer, S.,Berg, A., Zimmermann, M., Wuste, K., &Behrens, J. (2009).Nurse-patient interaction and communication: a systematic literature review. *Journal of PublicHealth*, 17, 339-353.

Gorman, L.M.,& Sultan, D.F. (2014). *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*. (F. Öz, M. Demiralp, Çev.), Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara.

Gök Özer, F.,&Kuzu, N. (2006). Öğrencilerin bakım planlarında hemşirelik süreci ve NANDA tanımlarını kullanma durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22 (1), 69-80.

Güner, P., 1994, *Öğrencilerin Hasta Verilerine Dayalı Olarak Hemşirelik Tanılarını Belirlemeleri*. (Bilim Uzmanlığı Tezi). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Programı, Ankara.

Güner, P.,&Terakye, G. (2004). Hemşirelik Yüksekokulları Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Tanılarını Belirleyebilme Düzeyleri, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1), 9-15.

Haugan, G. (2014). The relationship between nurse–patient interaction and meaning-in-life in cognitively intact nursing home patients, *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 107–120.

Haugan, G., Rannestad, T., Hanssen, B., & Espnes, G. (2012). Self-transcendence and nurse-patient interaction in cognitively intact nursing home patients. *Journal of Clinical Nursing*, 21;23-24, 3429-3441.

Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.Resmi Gazete. Sayı: 26510. Tarih: 02.05.2007, no: 5634. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm> (Erişim:26.04.2018).

İnal, S., Akgün, M. (2003). Hastanede yatan çocukta terapötik iletişim.*Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,6(2), 67-76.

Kahraman Bayrak, B.,&Bostanoğlu, H. (2012). İç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişiminde yaşadıkları güçlüklerin saptanması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15;4, 236-243.

Karaca, S. (2010). Hemşireler için vazgeçilmez bir kavram: Kendini tanıma, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*,3(1), 79-84.

Karadağ S, &Taşçı S. (2005).Kayseri Devlet Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin verdiği hemşirelik bakımı ve bakımı etkileyen faktörler.*Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 13-21.

Karadağ, M., Işık, O., Cankul, İ.H., &Abuhanoğlu, H. (2015). Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi.*Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,17;1, 160-179.

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

Keski, Ç.,&Karadağ, A. (2010). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hemşirelik süreci hakkındaki bilgi düzeylerinin incelenmesi.*Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 41-52.

Korkut Bayındır, S.,&Ünsal, A. (2016). Sık görülen ruhsal hastalıklardaki hemşirelik tanı ve girişimleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 115-119.

Kumcağız, H., Yılmaz, M., Balcı Çelik S., &Aydın Avcı, İ. (2011).Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği.*Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), 49-56.

Olmaz, D. (2016), *Hemşirelerin Bakım Verirken Hemşirelik Sürecini Bilme ve Uygulama Durumları*. (Yüksek Lisans Tezi).Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.

Öz, F. (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Ankara.

Özbaş, D.,&Buzlu, S. (2011). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği.*İ.Ü.F.N. Hemşirelik. Dergisi*, 19(3), 187-193.

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

Özdil, F. (2016). *Psikiyatri Hastalarına Bakım Veren Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşim Düzeylerinin İncelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Özkadif, N. (2016). *Hemşirelerin Etkin İletişim Teknikleri İle Hastaları Motive Etme Yöntemleri*. (Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Özkan Arslan, İ. (2012). *Watson'ın Bakım Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin İnfertil Kadınlarda, İnfertiliteden Etkilenme Durumlarına, Öz-Yeterlik ve Uyum Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi*. (Doktora Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Özkan, E., Kaya, Z., Gülen, F., Dilek, E., Çoban, V., Abbasoğlu, A., Pınar, G. (2003). Abdominal Cerrahi Girişim Geçiren Hastalarda Kullanılan Hemşirelik Tanıları ve Hemşirelik Girişimleri. *Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu Özet Kitabı*, (s. 23-24), 6-7 Haziran, Ankara.

Özkurt, S. (2010). *Terapötik İletişim Becerileri Kazandırma Eğitiminin Kamu Çalışanlarının İletişim Çatışmalarına Girme Eğilimlerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.

Öztürk, F., Avcı, Y., Şahin, M., Burkaş, U., Algier, L., Abbasoğlu, A., Beder, A., &Pınar, G. (2003). Serebrovasküler olay geçirmiş olan hastalarda kullanılan hemşirelik tanıları, hemşirelik girişimleri ve hemşirelik sonuçları. *Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyumu özet kitabı*, (s: 45-46), 6-7 Haziran, Ankara.

Parlayan, M.A.,&Dökme, S. (2016). Özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin değerlendirilmesi: Bir hastane örneği. *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 265-284.

Pehlivan, T.,&Güner, P.(2016). Teorilerin psikiyatri hemşireliğinde kullanımı-II. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(2), İstanbul, 100-104.

Sabancıoğulları, S., Ata, E.E., Kelleci, M., &Doğan, S. (2011). Bir psikiyatri kliniğinde hemşireler tarafından yapılan hasta bakım planlarının Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli ve NANDA tanılarına göre değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 117-122.

Sabuncu, N., Babadağ, K., Taşocak, G., &Atabek, T. (1996). Hemşirelik Esasları. *Açıköğretim Fakültesi Yayınları*, No: 225, Eskişehir.

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10416/saglik-bakanligi-ve-bagli-kuruluslari-atama-ve-yer-degistirme-yonetmeli.html> (Erişim: 26.04.2018)

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2016). Sağlıkta Kalite Standartları. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 28.04.2018).

Saluvan, M.,&Kaya, S. (2013). Doktorhemşire etkileşiminin hastane performansına etkisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5, 101-122.

Sis Çelik, A.,Pasinlioğlu, T., Çilek, M., &Çelebi, A., (2012), Kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi.10. Uluslararası Katılımlı Ulusal Öğrenci Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. 28-30 Nisan 2012, Gaziantep.

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

Taşdemir, G.,&Kızılkaya, M. (2013). Sağlık Yüksekokulu son sınıf öğrencilerin ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersi klinik uygulamasında NANDA hemşirelik tanılarının incelenmesi. *International Journal of Human Sciences*, 10(1), 246-257.

Taycan O., Kutlu, L., Çimen, S., &Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi.*Anatolian Journal of Psychiatry*, 7, 100-108.

Tektaş, P. (2015). *Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Gebelik Kaybı Yaşayan Gebelerin Ruh Sağlığına Etkisi*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Terakye, G.(1994). *Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri*. Aydoğdu Ofset, Ankara.

Tiryaki Şen, H., Taşkın Yılmaz, F., & Pekşen Ünüvar, Ö. (2013). Hizmet içi eğitim hemşirelerinin iletişim beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1), 13-20.

Turan, N. (2015). Yoğun Bakım ünitesinde terapötik dokunmanın önemi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, Cilt:6, Sayı:3, İstanbul, 134-139.

Tutuk, A., Al, D., & Doğan, S. (2002). Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2),36-41.

Türk Dil Kurumu.

http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5a78f7b9600af0.04415414.Erişim tarihi: 06.02.2018.

Uslu, N., Bayat, M., Variyenli, N., Arıcan, F.,& Hatipoğlu, N. (2015). Orlando'nun Etkileşim Teorisinin uygulamada kullanımına bir örnek: Tip 1 diyabetes mellitus. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 3(1), 64-70.

Uysal, N., Gürol Arslan, G., Yılmaz, İ., & Yelkin Alp, F. (2016). Hemşirelik ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planlarındaki hemşirelik tanıları ve verilerin analizi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(5), 139-143.

Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık&hastalık, hemşirelik. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-25.

Üstün, B. (2005) Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8;2, 88-94.

Velioğlu P, Pektekin Ç, &Şanlı T (1991). *Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler*. Açıköğretim Fakültesi Yayınları, No: 226, Eskişehir, s.20-27.

Velioğlu, P. (1999). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. Alaş Ofset, İstanbul.

Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı Tarihçesi. https://khgm.saglik.gov.tr/DB/19/747_DB_19_tarihcemiz(Erişim:26.04.2018)

Verimlilik ve Kalite Yönetimi Daire Başkanlığı (2015) *Verimlilik Karne Uygulaması Gösterge Kartları*, Ankara, s.112.

Watson Caring Science Institute (WCSI). Core Concepts of Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science, 2010. <http://www.watsoncaringscience.org/files/Cohort%206/watsons-theory-of-human-caring-core-concepts-and-evolution-to-caritas-processes-handout.pdf> (Erişim: 14 Şubat 2018)

Yalçın Atar, N., & Atabek Aştı, T. (2012). Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerliği. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(2), 129-139.

Yalçın N, & Aştı T. (2011). Hemşire hasta etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 19(1), 54-59.

Yalçın, N. (2012). *Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları*. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul.

Yıldırım B.,&Özkahraman, Ş. (2011).Hemşirelikte problem çözme.*Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*,2(3), 155-159.

Yıldız, D., Fidancı Eren B., Konukbay, D., &Suluhan, D. (2016). Kompleks adaptif sistem ve hemşirelik bilimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9;1, 17-22.

Yorulmaz, R.,&Erdem, R. (2017). Hastane çalışanlarında kontrol odağının öz ve kolektif yeterlilik üzerine etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 8(19), 77-92.

Zaybak A, Günay İsmailoğlu E, &Efteli E. (2014).Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 24-37.

EKLER

EK 1.ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı :Gülistan UYAR

Doğum Yeri :Muğla

Doğum Yılı : 12.03.1980

E-Posta :gulistanuyar@gmail.com

Adres: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

EĞİTİM BİLGİLERİ

- Antalya Sağlık Meslek Lisesi (1994-1998),
- Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Okulu (İngilizce Hazırlık Eğitimi)(1999-2001),
- Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu (Hemşirelik) (2001-2005),
- Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane Yönetimi ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans (Tezli), (2011-2014),
- Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Pedagojik Formasyon, (2012- 2013),
- Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans (Tezli) devam ediyor (2014-...).

MESLEKİ BİLGİLER

- 2001 - 2001 Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi
- 2001 - 2004 Muğla 112 Komuta Kontrol Merkezi
- 2004 - 2007 Muğla Merkez 1 No' lu Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu
- 2007-2012 Muğla İl Ambulans Servisi Başhekimliği
- 2013-2014 Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi E.A.H.,Eğitim Hemşireliği
- 2014- halen Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi E.A.H., Kalite Yönetim Direktörlüğü

EK 2. BİLGİ FORMU

1. **Cinsiyet ?** () Kadın () Erkek
2. **Yaş?** () 25 yaş ve altı () 26-30 yaş () 31-35 yaş () 36-40 yaş () 40 yaş üzeri
3. **Eğitim durumu?** () Lise () Önlisans () Lisans () Lisans üstü
4. **Medeni durum?** () Evli () Bekar
5. **Çocuk sayısı?**.....
6. **Çalışma yılı?**.....
7. **Çalıştığınız birim?**.....
8. **Çalışma şekliniz?** () Gündüz () Nöbet () Gündüz+ nöbet
9. **Aylık fazla mesai saatiniz?**.....
10. **Hasta hakları konusunda bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?**
() Evet oldukça () Evet Kısmen () Hayır
11. **Tıbbi etik konusunda bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?**
() Evet oldukça () Kısmen () Hayır
12. **Hastalarla iletişim konusunda bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?**
() Evet oldukça () Kısmen () Hayır
13. **Hastalarla iletişim kurmada beceri düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?**
() Evet oldukça () Kısmen () Hayır
14. **Hastalarla empati kurabilme beceri düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?**
() Evet oldukça () Kısmen () Hayır
15. **Bütüncül yaklaşım konusunda bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?**
() Evet oldukça () Kısmen () Hayır
16. **Hastaların ruhsal bakım gereksinimlerine önem verme durumunuz?**
() Evet her zaman () Nadiren () Hayır
17. **Ruhsal/duygusal sorunlara yönelik hemşirelik tanılarını kullanma durumunuz?** () Evet sık sık () Nadiren () Hayır
18. **Ruhsal bakım konusunda bilgi gereksiniminiz var mı?**
() Evet oldukça () Kısmen () Hayır yok
19. **Hasta ile etkileşim kurmada yaşadığınız sorunlar?**
() Hasta ile etkileşim kurmada isteksizim
() Hasta ile etkileşimde kendimi yeterli bulmuyorum.
() İş yükü nedeniyle hasta ile etkileşime yeterince zaman ayıramıyorum
() Hastalarla sınırları ayarlamada sorunlar yaşıyorum
() Diğer.....
() Hiçbir sorun yaşamıyorum

EK 3.

Tutum ve davranışlar		Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların;														
		<u>ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz?</u>					<u>gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?</u>					<u>ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz?</u>				
		(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
Hümanizm	1.Hastayı bir bütün olarak ele almak, sadece sağlık sorunu ile ilgilenmediğimi hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	2.Hastanın bakış açısından bakmaya çalışmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	3.Hastayı önyargıda bulunmadan, olduğu gibi kabul etmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	4.Hasta kadar yakınlarına da saygı göstermek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	5.Hastayı utandıracak bir tutum içinde olmamak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	6.Hasta ve yakınlarına karşı insancıl ve sevecen olmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Umut	7.Hastanın bana gereksinimi olduğunda, yanında olacağımı hissettirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	8.Hastayı kendine güvenmesi için cesaretlendirmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	9.Hastanın dikkatini, kendisinin ve sağlık durumunun olumlu yönlerine çekmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	10.Hastanın iyileşme çabasını önemsemek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	11.Hastayı umutlu olabilmesi için cesaretlendirmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	12.Hastanın iyileşmesi için nedenler bulmasına yardımcı olmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Duyarlılık	13.Hastanın sağlık durumu hakkında ne bildiğini dikkate almak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	14.Hastaya, bakım uygulamalarına yönelik isteklerini sormak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	15.Hasta ve yakınlarına, duygularının anlaşıldığını hissettirmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	16.Hasta ile mevcut durumu ve geçireceği aşamaları konuşmak için doğru zamanı planlayabilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	17.Hastanın durumuna yönelik kendi duygularınızı uygun bir şekilde ifade edebilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	18.Hastanın sağlık durumundan yakınlarının nasıl etkilendiği konusunda hastayı bilgilendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Yardımcı İlişki	19.Hasta yakınlarını, hastanın sağlık durumundaki gelişmelerden haberdar etmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	20.Hasta ve yakınları konuştuğunda dikkatle dinlemek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	21.Hastaya, isminizi ve görevinizi açıkça ifade ederek kendinizi tanıtmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	22.Hasta size gereksinim duyduğunda en kısa sürede yanıt vermek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	23.Yapacağım dediğiniz şeyleri yapmak, güvenilir olmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	24.Bakım verirken hastaya ve yapılan uygulamaya odaklanmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Duyguların İfade Edilmesi	25.Hasta konuşurken sözünü kesmemek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	26.Hastanın düşünce ve davranışlarını olumsuz bir şekilde eleştirmemek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	27.Hastayı, duygu ve düşüncelerini özgür bir şekilde ifade edebilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	28.Hasta sinirlendiğinde sakin kalabilmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	29.Hastanın, durumu ile ilgili duygularının farkında olmasını sağlamak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	30.Hasta zor anlar yaşadığında yanında olmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Duyguların İfade Edilmesi	31.Hastaya, baş edilmesi güç olan duygularını ifade etmesi için yardımcı olmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	32.Hastaya ağrı, üzüntü ve korku gibi duygularını ifade edebilme fırsatı vermek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve davranışlar		Aşağıda belirtilen tutum ve davranışların;														
		ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz?					gerçekleştirilmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz?					ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz?				
		(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece	(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Orta Derece	(4) Çok	(5) Son Derece
Sorum Çözme	33.Hastaya, sağlık durumunu dikkate alan, gerçekçi hedefler belirlemesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	34.Hastaya, (genel ya da sağlık durumundan kaynaklanan) stres ile baş edebilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	35.Hastaya, farklı bir bakış açısından bakabilmesi için yardımcı olmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	36.Hastaya, sorunlarını etkili bir şekilde çözebilecek yöntemleri öğrenmesi ve kullanması için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	37.Hastanın davranışlarının sonuçlarını, hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	38.Hasta ve yakınlarını, gereksinimlerini karşılayabilecek uygun kaynaklar konusunda bilgilendirmek (örn: toplum sağlığı merkezleri vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Öğretim	39.Hastayı, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili sorular belirlemesi ve ifade etmesi için desteklemek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	40.Hasta ve yakınlarının, yapılan açıklamaları doğru bir şekilde anlayıp anlamadığını kontrol etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	41.Hastanın bilinçli kararlar verebilmesi için gerekli olan bilgiyi sağlamak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	42.Hastaya, bakım ve tedavilerini uygulamadan önce işlemi açıklamak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	43.Hasta ya da yakınlarının anlayamayacağı bir dil ya da terim kullanmamak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	44.Hastaya, bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	45.Hastaya bilgi verirken ya da sorularını cevaplarken, hastanın anlama düzeyine saygı göstermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	46.Hastaya, ilaçlarını nasıl programlayacağını ve hazırlayacağını öğretmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Çevre	47.Hastaya, tedavilerinin yan etkilerini önlemeye ya da gidermeye yönelik belirtileri ve uygulanacak yöntemleri anlatmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	48.Hasta, yalnız kalmaya gereksinim duyduğunda anlayış göstermek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	49.Hastanın rahatlamasını sağlamak (örn;sirt masajı önermek, pozisyonunu değiştirmesine yardım etmek, ışıklandırmayı düzenlemek vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	50.Hastaya bakım verdikten sonra odayı eski düzenine getirmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	51.İlaçların, hastanın şikayetlerini (örn; mide bulantısı, ağrı, konstipasyon, anksiyete vb.) hafifletip hafifletmediğini kontrol etmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	52.Hastanın mahremiyetine saygı göstermek (örn; hastaların üzerini gereksiz yere açık bırakmamak)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	53.Hastanın yanından ayrılmadan önce gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	54.Hastanın, önem verdiği bireylerin getirmesinden hoşlanacağı şeyleri açıklamasına yardım etmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Gereksinimler	55.Hastaya, gereksinimlerini karşılayamadığında yardımcı olmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	56.Tedavilerin (intravenöz enjeksiyonlar, sargı vb.) hastaya nasıl uygulanacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	57.Hastaya uygulanan özel araç-gereçlerin (pamplar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	58.Planlanan zamanda tedavileri yapmak veya ilaçları vermek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	59.Hasta yakınlarını, hastayı desteklemeleri için teşvik etmek (hastanın onayı ile) .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	60.Hastanın sağlık durumunu dikkatle izlemek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	61.Hastaya, durumu üzerinde söz sahibi olduğunu hissettirmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	62.Hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını bilmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Maneviyat	63.Hemşirelik uygulamalarında becerilerin gösterilmesi .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	64.Hastanın temel gereksinimlerini dikkate almak (örn; uyku, hijyen vb.) .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	65.Hastaya, kendini iyi hissetmesi için destek olmak .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	66.Dua, meditasyon vb. yöntemlerin hastanın rahatlamasına yardımcı olacağını bilmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	67.Hastaya, yaşamındaki önceliklerini belirlemesi için yardım etmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	68.Hastaya, sağlık durumunu nasıl algıladığını ifade edebilmesi için yardım etmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	69.Hastaya, yaşamında belirli bir denge kurması için yardım etmek .	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	70.Hastanın manevi gereksinimlerini dikkate almak (örn; dua etmek, meditasyon, belirli törenlere katılmak vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5