

**HURİYE
KARATAŞ**

**PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİĞİ ÖZ DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

**CÜSBE
SİVAS
2019**



T.C.

SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİĞİ ÖZ DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

HURİYE KARATAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

SIVAS-2019

T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİĞİ ÖZ DEĞERLENDİRME
ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

HURİYE KARATAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. MERAL KELLEÇİ

SİVAS-2019

“Psikosozyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Geliştirilmesi Geçerlilik ve Güvenilirlik alışması” adlı **Yüksek lisans** Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Psikiyatri Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	Prof. Dr. Havva TEL
ye	Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK
ye (Danışman)	Prof.Dr.Meral KELLECI

ONAY

Bu tez alışması, 14.03.2019 Tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri yeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zbeyda AKIN POLAT
SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

YÖNERGE

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

PSİKOSOSYAL BAKIM YETKİNLİĞİ ÖZ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Huriye KARATAŞ

Yüksek Lisans Tezi

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2019/ 104 sayfa

Araştırma, genel kliniklerde çalışan hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirilmelerine yönelik geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı geliştirmek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma metodolojik tiptedir. Çalışmanın örneklemini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi genel kliniklerde çalışan 300 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada verilerin toplanmasında, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini belirleyen Kişisel Bilgi Formu ve Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede SPSS (Ver:22) kullanılmıştır.

İlgili literatür doğrultusunda oluşturulan madde havuzundan seçilen maddelerin oluşturduğu taslak ölçek için kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliği yapılmıştır. Yapı geçerliliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin güvenirliliği için madde, iç tutarlılık, test tekrar test analizleri yapılmıştır. Ölçeğin açımlayıcı faktör analizi sonucunda toplam varyansın %70.44'ünü açıklayan dört faktörlü bir yapıya sahip olduğu saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde veri seti kabul edilebilir ve mükemmel uyum gösteren bir model olarak belirlenmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık kat sayısının 0.93 ve alt boyutlarının 0.80 - 0.93 arasında olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın sonucunda, geçerli ve güvenilir 18 maddeden oluşan ve “semptom tanımlama”, “bilgiyi kullanma”, “müdahale” ve “tanılama” olarak adlandırılan dört boyutlu Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği geliştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Psikososyal Bakım, Hemşire, Yetkinlik, Öz Değerlendirme, Geçerlik ve Güvenirlilik, Ölçek Geliştirme

ABSTRACT
DEVELOPMENT, VALIDITY AND RELIABILITY OF PSYCHOSOCIAL CARE
PROFICIENCY SELF-ASSESSMENT SCALE

Huriye KARATAŞ

Master Thesis

Psychiatric Nursing Department

Supervisor: Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2019/ 104 pages

The aim of the present study was to develop a valid and reliable measurement tool for Psychosocial Care Proficiency Self Assessment for nurses working in general clinics.

The sample of this methodological study consisted of 300 nurses working in the general clinics of sıvas Cumhuriyet University Health Services Practice and Research Hospital. A Personal Information Form and the Psychosocial Care Proficiency Self-Assessment Draft Scale were used to collect the data. SPSS (Ver: 22) were used in the statistical analysis of the data.

The content-scope validity and construct validity were made for the draft scale formed by the items selected from the pool of items created in accordance with the related literature. Exploratory and confirmatory factor analysis was performed for construct validity. The reliability of the scale was evaluated using item, internal consistency and test-retest analysis. As a result of the exploratory factor analysis, it was found that the scale had four factors explaining 70.44% of the total variance. In the confirmatory factor analysis, the data set was recognized as an acceptable and perfectly-matching model. The internal consistency coefficient of the scale was calculated as 0.93 and that of the subscales were between 0.80 and 0.93.

As a result of the study, a Psychosocial Care Proficiency Self-Assessment Scale was developed. The final scale composed of valid and reliable 18 items under four subscales titled as “definition of symptoms”, “ use of information”, “intervention” and “diagnosis”

Keywords: Psychosocial Care, Nurse, Competence, Self-Assessment, Reliability and Validity, Scale Development

TEŞEKKÜR

Çalıőmamın her aőamasında bilgi ve deneyimleriyle katkıda bulunan tez danıőmanım Prof. Dr. Meral Kelleci'ye, İstatistik analizleri sırasında çalıőmamdaki desteklerinden dolayı Prof. Dr. Yalçın Karagöz ve Dr. Öğr. Üyesi Ziyet Çınar'a, önerileriyle çalıőmama katkı sağlayan Prof. Dr. Havva Tel'e ve Doç. Dr. Leyla Küçük'e, tez çalıőmamın uygulama aőamasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere teşekkür ederim.

Son olarak beni yetiőtiren, hayatım boyunca verdiğim her kararda ve attığım her adımda beni yalnız bırakmayan, hoőgörü ve anlayışları ile bana en büyük desteği veren, sevgilerini ve emeklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım annem Sultan Karataş ve canım babam Hamza Karataş'a, sevgilerinden güç aldığım ve her zaman yanımda olan kardeőlerim Ayşe Karataş, Ali Karataş, Nigar Karataş'a ve çalıőmamda bana yardımcı olan amcalarım Hüseyin Aktaő ile Halil Aktaő'a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK.....	i
ONAY.....	ii
YÖNERGE.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xiii
KISALTMALAR/ SİMGELER DİZİNİ.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Sağlık, Hastalık ve Bakım Kavramları.....	6
2.1.1. Sağlık.....	6
2.1.2. Hastalık.....	9
2.1.3. Bakım.....	10
2.2. Hastalığa Psikososyal Tepkiler.....	12
2.2.1. Hastalığa Verilen Duygusal Tepkiler.....	13
2.2.1.1. Anksiyete ve Korku.....	13

2.2.1.2. Öfke.....	14
2.2.1.3. Güç-Güçsüzlük.....	15
2.2.1.4. Üzüntü-Keder.....	16
2.2.1.5. Umutsuzluk.....	16
2.2.2. Hastalığa Verilen Davranışsal Tepkiler.....	17
2.2.2.1. Destek Arama.....	17
2.2.2.2. Gizleme, Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon.....	17
2.2.2.3.Tedaviyi Reddetme.....	18
2.3. Psikososyal Bakım.....	18
2.3.1. Psikososyal Bakım Tanımı.....	18
2.3.2. Psikososyal Bakımın Önemi.....	19
2.3.3. Psikososyal Bakımın Kapsamı.....	20
2.4. Psikososyal Bakım Düzeyleri	23
2.4.1. Psikososyal Bakımda Birinci Düzey Beceriler.....	23
2.4.2. Psikososyal Bakımda İkinci Düzey Beceriler.....	25
2.4.3. Psikososyal Bakımda Üçüncü Düzey Beceriler.....	26
2.4.4. Psikososyal Bakımda Dördüncü Düzey Beceriler.....	26
2.5. Psikososyal Değerlendirme.....	27
2.6. Psikososyal Bakımın Önündeki Engeller.....	28
2.7. Ölçek ve Ölçek Geliştirme.....	29
2.7.1. Ölçek Geliştirme Süreci.....	30
2.7.2. Geçerlik ve Güvenirlik Kavramları.....	31
2.7.2.1. Geçerlik.....	31

2.7.2.1.1. Geçerlik Türleri ve Ölçümünde Kullanılan Yöntemler.....	31
2.7.2.1.1.1. Yorumsal geçerlik.....	31
2.7.2.1.1.2. Ölçüte dayalı geçerlik.....	32
2.7.2.1.1.3. Yapı geçerliği.....	32
a) Benzer Ölçek Geçerliği.....	32
b) Yapısal Eşitlik Modellemesi.....	32
c) Faktör Analizi.....	32
1. Açımlayıcı Faktör Analizi.....	33
1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi ile İlgili Temel Kavramlar.....	33
2. Doğrulayıcı Faktör Analizi.....	35
2.7.2.2. Güvenirlik.....	35
2.7.2.2.1. Güvenirlik Katsayılarının Hesaplanması İçin Kullanılan Yöntemler	36
2.7.2.2.1.1. Formun Tekrarı Yöntemi.....	36
2.7.2.2.1.2. İç Tutarlılık.....	36
2.7.2.2.1.3. Puanlama Tutarlılığı.....	37
2.7.2.3. Normallik.....	38
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1. Araştırmanın Şekli.....	40
3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	40
3.3. Araştırmanın Evreni.....	40
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	40
3.5. Verilerin Toplaması	41
3.6. Veri Toplama Formları	41

3.6.1. Hemşireler Kişisel Bilgi Formu.....	41
3.6.2. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme (Taslak) Ölçeği.....	41
3.6.3. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Aşamaları.....	41
3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	42
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	42
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	43
4. BULGULAR.....	44
5. TARTIŞMA.....	69
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	76
7. KAYNAKLAR.....	78
EKLER.....	89
EK 1. Hemşireler İçin Kişisel Bilgi Formu.....	89
EK 2. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği (İlk Oluşturulan- Madde Havuzu).....	90
EK 3. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği (Uzman Görüşleri Doğrultusunda Düzenlenen).....	94
EK 4. Görüşüne Başvurulan Uzmanlar.....	96
EK 5. Geliştirilen Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği.....	97
EK 6. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kurum İzin Belgesi.....	98
EK 7. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu.....	99

Ek 8. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	100
Ek 9. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamasının Hemşirelerin Kişisel Bilgi Özelliklere Göre Dağılımı (Tablo 14).....	102
Ek 10. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamasının Hemşirelerin Meslek ve Çalışma Şekli Özelliklerine Göre Dağılımı (Tablo 15).....	103
İZİNLER	
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kurum İzin Belgesi (Ek 6)	98
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu (Ek7).....	99
ÖZGEÇMİŞ	104

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Hemşirelerin Kişisel Bilgi Özelliklerine Göre Dağılımı	44
Tablo 2: Hemşirelerin Meslek ve Çalışma Şekli Özelliklerine Göre Dağılımı.....	45
Tablo 3: Davis Tekniği'ne Göre Kapsam Geçerliği Çalışması.....	46
Tablo 4: Taslak Ölçeğin Madde-Toplam Puan Korelasyonları	48
Tablo 5: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları (İlk Analiz).....	50
Tablo 6: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları (Son Analiz).....	54
Tablo 7: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Yeni Madde Numaraları.....	56
Tablo 8: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Doğrulamalı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri.....	58
Tablo 9: Ölçek ve Alt Boyutların İkinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları.....	60
Tablo 10: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları İle Korelasyonları.....	62
Tablo 11: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları.....	63
Tablo 12: Ölçekten Alınan Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Karşılaştırılması.....	63
Tablo 13: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalaması ile Alt Ölçek Puan Ortalamaları.....	64
Tablo 14 : Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamasının Hemşirelerin Kişisel Bilgi Özelliklere Göre Dağılımı.....	65
Tablo 15: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamasının Hemşirelerin Meslek ve Çalışma Şekli Özelliklerine Göre Dağılımı.....	67

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No

Çizelge 1: Psikososyal Bakım Düzeyleri.....	23
Çizelge 2: Geçerlik ve Güvenirlik Sınama Yöntemleri ve Kullanılan Testler.....	37
Çizelge 3: Modifikasyon Sonrası Doğrulayıcı Faktör Analizi	59



KISALTMALAR/SİMGELER

AFA	Açımlayıcı Faktör Analizi
AGFI	Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi (Adjustment Goodness of Fit Index)
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (Comparative Fit Index)
CMIN/DF	Ki-Kare/ Serbestlik Derecesi
DFA	Doğrulayıcı Faktör Analizi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GFI	Uyum İyiliği İndeksi (Goodness of Fit Index)
ICN	Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses)
IFI	Artan Uyum İndeksi (Incremental Fit Index)
İÜ	İstanbul Üniversitesi
KGI	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerliliği Oranı
KLP	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
KLPH	Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
NFI	Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index)
NNFI-TLI	Ölçeklendirilmemiş Uyum İndeksi (Normed Fit Index/Tucker Lewis Index)
RMSEA	Tahminin Kök Hata Kareler Ortalaması (Root Mean Square Error of Approximation)
SRMR	Standartlaştırılmış Kök Artık Kareler Ortalaması
THD	Türk Hemşireler Derneği
SPSS	Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Program For Social Scientists)
P	Tek Yönlü Varyans Analizinde Test Olasılığı
F	Tek Yönlü Varyans Analizinde F Değeri
T	Tek Yönlü Varyans Analizinde T Değeri
α	Cronbach İç Tutarlılık Katsayısı
r_p	Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı
X^2	Ki-Kare
Sd	Serbestlik Derecesi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı yalnızca herhangi bir hastalık ve güçsüzlük halinin olmaması değil, bireyin bedenen, ruhen, sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamıştır. Dolayısıyla sağlık, fiziksel, ruhsal, sosyal ve kültürel boyutları ile bir bütündür ve her boyut birbiri ile etkileşim halindedir (Potter, 1993; Sabuncu, 2008). Hastalık ise biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal ve psikoseksüel yönden çok boyutlu bir olgu olup bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir (Kozier ve ark, 1994).

Biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve spiritüel boyutları olan bir varlık olan insan, gelişimi boyunca çeşitli engellenmeler ve çatışmalarla karşılaşmaktadır. Hastalık da bu çatışmalardan biridir (Özkan ve Armay, 2007; Öz, 2010). Hastalığın sebep olduğu yıkımlar, oluşturduğu belirti, bulgu ve sorunlar karşısında her birey kendi özelliklerine göre farklı tepkiler ortaya koymaktadır. Hastalığa verilen psikososyal tepkiler, hastanın psikolojik bütünlüğünü korumak için açığa çıkan tüm bilişsel, emosyonel ve davranışsal yaşantıları içermektedir (Kocaman, 2008). Hastalık durumunda sıklıkla; anksiyete, korku, öfke, güçsüzlük, üzüntü ve keder, yetersizlik, başarısızlık, utanç, suçluluk, umutsuzluk gibi duygusal tepkiler ve destek arama, bu zorlayıcı yaşam deneyimi sonrası gelişim, kendi sağlığı ve hastalığı hakkında uzman olma, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme veya izolasyon, tedaviyi reddetme gibi davranışsal tepkiler görülmektedir (Gorman, 2014; Townsend, 2015; Yazıcı ve ark, 2003).

Gelişen psikososyal tepkiler, hastalık, hasta, aile ve tedavi ekibi için yeni güçlüklerle yol açar. Psikopatolojik tepkiler, hastanın fiziksel ve emosyonel kaynaklarını azaltarak hastalığa ve tedavisine uyumsuzluğuna katkıda bulunur ve hastalığın ortaya çıkışını, gidişini, şiddetini etkiler. Dolayısıyla hastanın hastanede kalış süresi uzar, yaşam kalitesi düşer, mortalite ve morbidite olumsuz etkilenir (Gorman, 2014).

Hastayı psikososyal açıdan bir bütün olarak değerlendirebilmek için bu psikososyal tepkilerinin en iyi şekilde değerlendirilmesi ve psikososyal bakımın planlanıp, uygulanması gerekmektedir. Psikososyal tepkilerin özelliklerini anlama ve hastanın beklentilerini bilme, hemşirelerin hastaları için daha iyi bakım vermelerine yardımcı olacaktır (Gorman, 2014). 'Psikososyal' terimi biyopsikososyal modelin majör belirleyicileri olan psikolojik ve sosyal terimlerini kapsamaktadır ve model 1977' de Engel tarafından önerilmiştir. Model biyolojik faktörlerle birlikte psikososyal faktörlerin de etkili olduğunu kabul ederek sağlık ve hastalık kavramlarında önemli bir değişim oluşturmuştur. Bu teoriye göre artık sağlık ve hastalık

kavramları biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir sonucu olarak kabul edilmektedir (Csaszar ve ark, 2009). Tunmore (1990) KLP hemşireliği yazısında, Nichols and The Management Advisory Service (MAS) tarafından oluşturulan bir psikososyal bakım modeli tanımlamıştır. Bu model genel hastane uygulamasında psikososyal bakımı; temel iletişim ve tanılama becerileri, rutin-önleyici psikososyal bakım, özelleşmiş psikososyal müdahaleler ve psikoterapi olmak üzere dört düzeyde açıklamıştır (Tunmore, 1990).

Psikososyal bakım, ciddi bir hastalık ya da yaralanmaya karşı tepki gösteren ve bu durumla baş etmeye çalışan hastaya, doğrudan yardım etmeyi ve sürekli destek sağlamayı içeren psikososyal tedavi hizmeti olarak tanımlanır (Çam ve Engin, 2014). Aynı zamanda hastalığın duygusal alanlarıyla, sağlık bakımını ve sağlığı etkileyen yaşam krizleriyle ya da ruhsal sorunlarla baş etme gücüyle yaşayan bireylere yardım etmeyi ve sürekli destek sağlamayı içeren girişimleri vurgulamaktadır (Gorman, 2014; Çam ve Engin, 2014). Psikososyal bakımın amacı, bireyin tanı ve tedavisine uyum sağlayabilmesi, yaşadığı bu süreçte psikolojik tepkileri yönetebilmesi, mevcut durumunu gerçekçi olarak değerlendirebilmesi, kabullenmesi, yaşam planını ve önceliklerini oluşturabilmesi, yaşam kalitesini iyileştirebilmesi ve umudunu koruyabilmesidir (Kocaman Yıldırım, 2015). Psikososyal bakım sağlama, psikososyal değerlendirme becerilerini, ruhsal durum muayenesini gerçekleştirmede deneyimi ve terapötik iletişim kullanmayı gerektirir (Ekinci, 2001). Psikososyal bakımın etkin bir şekilde sunumu, hastaların psikolojik streslerini, fiziksel belirtilerini ve hastanın hastaneye başvurma ihtiyaçlarını azaltmaktadır bu ise yaşam kalitesini artırmaktadır (Legg, 2011). Psikososyal girişimlerin etkililiği yaşam kalitesi, anksiyete, duygu durum, fiziksel semptomlar ve hayatta kalma oranı ile ölçülmektedir ve psikososyal bakım ikincil hastalıkları önlemeyi sağlamaktadır. (Csaszar ve ark, 2009).

Fiziksel bir hastalığa sahip olmak önemli bir stres faktörüdür. Fiziksel ve ruhsal sağlık bir bütündür, birinin bozukluğu diğerinin bozulma riskini artırmaktadır (Gültekin, 2010). Fiziksel hastalıklar, geçici sağlık bozukluğundan, yeti yitimine, beden bütünlüğü ve işlevselliğinin bozulmasından, yaşamın sona ermesine kadar değişen düzeyde farklı etkilere neden olabilir. Sağlığın bozulması ve hastalık gibi durumlarla başa çıkmak, kişinin ruhsal durumunu etkileyebilmektedir. Böyle bir durumda her hastanın hastalığa karşı psikososyal tepkisi farklı olmaktadır (Boztaş, 2010; Çam ve Engin, 2014). Alaca ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2011), fiziksel hastalık tanısının konmasında hastaların %44' nün korku, %30' unun üzüntü, %11' inin kaygı ve öfke yaşadığını bulunmuştur. Yatan hastalarda ortaya çıkan bu tepki ve değişiklikler, tedaviye uyumda güçlükler neden olması, hastalık seyrini etkilemesi,

psikiyatrik bozukluklara neden olması ve sağlık personeli ile ilişkilere yansımaları açısından izlenmeli ve müdahale edilmelidir (Oflaz ve Varol, 2010). Bu müdahale sağlanırken, hastanın hastalığını nasıl algıladığı, hastalığın hastanın yaşamı üzerindeki etkisi ve hastanın yaşadığı depresyon derecesinin belirlenmesi gibi çeşitli faktörler göz önünde bulundurulmalıdır (Kocaman ve ark, 2007). Hastaların hastanede yatarken yaşayacağı duygular ve olayları değerlendirme şekli bir sonraki hastalık ve hastane yaşantısını da etkileyebilecek niteliktedir. Bu nedenle hastaların psikolojik durumunun fark edilerek müdahale edilmesi, hastalığın seyri ve maliyet- etkin bir tedavi hizmeti sağlamak açısından önemlidir (Oflaz ve Vural, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; ruhsal sorunlar ve sorunlu bireylerin sıklığı artmaktadır (Çam ve Engin, 2014). Fiziksel hastalıkların herhangi bir psikiyatrik bozukluk riskini arttırdığı bilinmektedir. Tıbbi hastalıklara eşlik eden psikopatolojinin psikiyatri dışı birimlerce erken doğru ve yeterince tanınmaması hatta yanlış tanınması, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP)'nin en önemli sorunlarından biridir (Özkan, 2006). Toplumda psikiyatrik rahatsızlıkların görülme sıklığı %15 civarında iken, hastanede yatan hastalarda bu rakam %40-50'lere çıkabilmekte ve bu rahatsızlıkların çoğu tıbbi hastalığa ikincil olarak gelişmektedir (Mayda, 2015). Genel olarak fiziksel bir rahatsızlık ya da hastalık nedeniyle sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların; %13-30'unda bu rahatsızlıkların yol açtığı ruhsal sorunlar, %30-50'sinde ise destek, yardım ya da tedavi gerektirecek düzeyde bir ruhsal bozukluk ya da hastalık ortaya çıkabilir. Bu nedenlerle fiziksel ve ruhsal durum birlikte ele alınarak değerlendirilmeli hastalığın psikososyal yönleri hemşireler tarafından iyi bilinmelidir (Çam ve Nehir, 2011).

Hemşireler hastalarla doğrudan etkileşimde bulunarak 24 saat kesintisiz hizmet veren ve hastalarla tedavi ve bakımın tüm aşamalarında temas halinde olan uygulamalı ve insan yaşamı için oldukça önemli bir meslektir (Gümüş, 2007; Pektekin, 2013). Hemşireler her gün psikososyal gerçeklikte olan krizler ve hasta sorunlarıyla karşılaşmaktadırlar. Hastaların fiziksel sağlık sorunlarını ve henüz ortaya çıkmamış psikososyal sorunlarını yönetmede etkin rol oynarlar (Gorman, 2014).

Mesleki eğitim sürecinde hemşirelik bakımının bütüncül bir bakış açısıyla verilmesinin önemi vurgulanarak anlatılır ve uygulamalarla öğretilir. Ancak gerek sağlık çalışanlarının eğitiminden, sağlık sisteminin işleyiş politikalarına kadar birçok noktada yaşanan eksiklikler ve sorunlar gerekse öğrenilmesinin veya sürdürülmesinin zorlukları nedeniyle bakımın fiziksel boyutu daha çok dikkate alınırken bakımın psikososyal boyutu ve hastaların

psikososyal gereksinimleri ihmal edilmektedir. Çünkü fiziksel alanlardaki sorunların kolayca görünebilmesine ve ele alınabilmesine karşın psikososyal boyutunun değerlendirilmesi ve bu alandaki sorunları görebilmek daha zordur (Gorman, 2014; Hicks, 2009; Özdemir ve Taşçı, 2013).

Uygur ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2008), hemşirelere sağlık ekibi içindeki rolleri sorulduğunda; % 96,0'sı bakım vermek olduğunu ifade etmişlerdir ancak hemşirelerin yarıdan fazlası sağlık hizmetlerindeki rollerini uygularken hemşire meslektaşları ile öte yandan önemli bir çoğunluğu sağlık sisteminin işleyişinden kaynaklanan sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Botti ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada (2006), fazla iş yükü ve zamanın az olmasının hemşirenin hastanın yanına gelip onun ihtiyaçlarını konuşarak açığa çıkarma fırsatı bulmasını sınırlayan potansiyel engeller olduğu bulunmuştur. Peyrot tarafından yapılan bir çalışmada (2006), yaşadıkları yüksek düzeydeki strese karşın oldukça az sayıda hastanın psikososyal bakım aldığı belirtilmektedir. Sağlık çalışanları psikososyal bakım ve tedaviye ihtiyacı olan her hastayı belirleyememektedir ve belirlenen hastalar ise uygulanması gereken doğru bakım ve tedaviyi görememektedir. Pehlivan'ın yaptığı bir çalışmada (2013), hemşirelerin %98,7'i hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi gerektiğini düşündüğünü ancak %48,4'ünün hastaları psikososyal açıdan değerlendiremediğini belirtmiştir. Ayrıca hemşirelerin %29,3'ü psikososyal gereksinimleri tanılamada kendilerini yeterli görmektedir (%55,4'ü kısmen yeterli, %15,3'ü ise yetersiz). Aynı çalışmada hemşirelerin hastaları psikososyal açıdan değerlendirmesini etkileyen faktörler incelendiğinde; %80,3'ü iş yoğunluğu nedeniyle hastanın psikososyal ihtiyaçlarına vakit ayıramadığını, %65'i çalışan hemşire sayısının az olduğunu, %62,4'ü hasta sayısının fazla olduğunu, %22,9'u psikososyal değerlendirme yapabilecek bilgiye sahip olmadığını, %12,1'i bunun psikiyatri hemşiresinin işi olduğunu düşündüğünü, %1,3'ü psikososyal değerlendirme yapılması gerektiğine inanmadığını belirtmiştir.

Hemşirelik bir sağlık hizmeti olarak devam edecekse hemşireler, kendi kaynaklarının, verdikleri hizmetin maliyetini ve önemini bilmeli; uyguladıkları girişimler ve bunların sonuçlarını dökümanate ederek, etkinlik ve verimliliklerini ortaya koymalı, kanıtlamalıdır (Pektekin, 2013). Psikososyal bakım ile ilgili bilgilerin beceriye dönüştürülmesi, uygulanması ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği (KLPH)'nin yaygınlaştırılması, hemşireliğin gelişimine ve hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasına katkı sağlar (Yıldırım ve Gürkan, 2010). Teoride ve uygulamada psikososyal bakıma önem verilmesi hem hasta ve ailesinin, hem hemşireliğin, hem de sağlık kurumunun yararınadır (Kocaman, 2008).

Literatürdeki tüm bu bulgular değerlendirildiğinde; hemşirelerin psikososyal bakım verme ve kendilerini yetkin olarak görme konusunda farkındalığın yeterli düzeyde olmadığı, uygulamada çeşitli güçlüklerinin ve engellerin olduğu dikkati çekmektedir (Alaca, 2011; Botti, 2006; Charlotte ve ark, 2015; Csaszar ve ark, 2009; Çam ve Nehir, 2011; Gorman, 2014; Hicks, 2009; Kocaman, 2005; Kocaman, 2006; Kocaman, 2008; Legg, 2011; Mayda, 2015; Özdemir ve Taşçı, 2013; Özkan, 2006; Pehlivan, 2013; Peyrot, 2005; Peyrot, 2006; Uygur ve ark, 2008; Yürün, 2015). Ayrıca literatürdeki bu çalışmalar incelendiğinde geçerli ve güvenilir bir araçla hemşirelerin psikososyal bakım konusunda kendilerini nasıl değerlendirdiklerini belirleyen bir ölçüm aracı ile değil, anket soruları ile bulguların elde edildiği görülmektedir. Oysaki psikososyal bakım hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle hemşirelerin psikososyal bakım konusunda kendilerini nasıl değerlendirdiklerinin objektif olarak belirlenmesi önem taşımaktadır. Tanılama araçları, bakımda önemli bir yere sahiptir. Bu araçlar, bilginin standartizasyonunu sağlayarak sorunların geçerli ve güvenilir şekilde belirlenmesine olanak sağlar.

Hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği ve hastaları bu anlamda değerlendirebilecekleri bir ölçek olmadığından psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Bu çalışmadan elde edilecek ölçeğin klinik uygulamalarda psikososyal bakım verme konusunda hemşirelerin kendilerini değerlendirmeleri sağlanarak, belirlenen sorunların çözümüne yönelik planlama yapılmasına yardım edeceği düşünülmektedir. Hemşirelerin hastaları psikososyal olarak ne düzeyde tanıyabildikleri, psikososyal bakım yetkinlikleri ve öz değerlendirmelerinin saptanması mevcut durumu ortaya koyarak bu konudaki farkındalığı arttıracaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı; genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapılmasıdır. Geliştirilen ölçeğin, hemşirelerin hastaları psikososyal olarak ne düzeyde tanıyabildikleri, psikososyal gereksinimleri ne derece belirleyebildikleri, psikososyal bakım yetkinlikleri konusunda öz değerlendirmelerinin saptanması ve bu konudaki mevcut durumun belirlenmesine yönelik olarak kullanılması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 SAĞLIK, HASTALIK VE BAKIM KAVRAMLARI

2.1.1. SAĞLIK

Sağlık ve hastalık kavramı, uzun yıllar ‘fiziksel rahatsızlık’ ya da ‘iyi oluş hali’ olarak tanımlanmıştır (Bırol, 2009). Oysa Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1947’ de “sağlığı sadece hastalığın ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamaktadır (Sabuncu, 2008; Kesgin, 2006). Bu bağlamda sağlık, bireysel sorumluluğu ve yaşam kalitesini kapsayacak şekilde geniş bir yelpazede tanımlanabilmektedir (Öz, 2010).

TDK tanımına göre sağlık kavramı; bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet anlamını taşımaktadır (TDK: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c5712646a71e3.96935704). Sağlık; koruyuculuk, tedavi edicilik, rehabilitasyon, öz bakım, optimal iyilik hali, sağlık davranışı gibi pek çok kavrama odaklanmaktadır. Sağlık fiziksel gücün önemini vurguladığı kadar, sosyal ve bireysel kaynakların önemini de vurgulamaktadır. Sağlık, bireyin istek ve gereksinimlerini karşılayabilme, çevre ile baş edebilme ve değiştirebilme düzeyidir (Öz, 2010; Akça Ay, 2008). Bu nedenle, sağlık yaşamın bir amacı olmakla birlikte günlük yaşamında kaynağıdır ve fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel elementleriyle çok boyutlu bir kavramdır (Öz, 2010).

Hemşireliğin kuramsal ve kavramsal çatısı ‘sağlık’ üzerine temellenmektedir. Dinamik bir süreç olan sağlık, bireyin farklı fizyolojik ve psikososyal boyutlarda fonksiyonlarını sürdürebilmesini, uyum sağlayabilmesini ifade etmektedir. Fizyolojik fonksiyonlarını sürdürebilen, sosyal yaşantısı düzenli, üretken, entellektüel becerilere sahip, duygu ve düşüncelerini farkında olan ve ifade edebilen bireyler sağlıklıdır (Akça Ay, 2008; Akdemir, 2003).

Sağlık kavramı toplumsal ve çevresel farklılıklarla algılanan bir durum olması nedeniyle biyolojik, tıbbi, psikolojik ve sosyolojik bilimlerin her birinde o bilime özgü bakış ve yöntemlerle incelenmektedir. Biyolojik açıdan sağlık, bedenin her bir hücresinin optimum kapasitede işlev gördüğü ve hücreler arası uyumun var olduğu bir durumdur. Tıbbi açıdan hastalık; hastalığa özgü bulgu ve belirtileri oluşturan durumdur. Psikolojik açıdan sağlık; bireyin beklenmedik bir durumla karşılaşmasında duyguları ile duruma ve çevresine

gösterdiği uyum yeteneğidir. Sosyolojik açıdan sağlık; sosyal kontrole, uygunluk ve sapmalarla ilişkili olarak ele alınır (Ünsal, 2017). Ayrıca objektif sağlık ve subjektif sağlık olarak iki farklı biçimde de incelenebilir. Subjektif olarak sağlık; bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden kendi durumunu algılamasıdır. Buna göre birey kendini hasta olmadığı halde hasta, hasta olduğu halde sağlıklı olarak algılayabilir. Objektif olarak sağlık; doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmamasıdır (Akdemir, 2011; Birol, 2009; Bolsoy, 2006). Bir kişiye sağlıklı denebilmesi için bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı hissetmesi ve objektif olarak da sağlıklı olması gerekmektedir. (Sabuncu,2008; Öz, 2010). Kısaca fizyolojik fonksiyonları yeterli, sosyal yaşantısı düzenli, üretken, duygu ve düşüncelerinin farkında olan ve bunları yeterince ifade edebilen, entelektüel becerilere sahip birey sağlıklı kabul edilir (Çakırcalı, 2000).

Aynı zamanda sağlık hemşireliğinin 4 ana kavramından birisidir. Hemşire kuramcılar tarafından da sağlık tanımlamaları yapılmıştır.

Hemşirelik Kuramcılarının Göre Sağlık Tanımları

Florence Nightingale: Sağlığı iyi olma ve kişinin var olan potansiyelini mümkün olduğu en üst düzeyde kullanma olarak tanımlamıştır (Ünsal, 2017). Sağlık ona göre çevresel, fiziksel ve psikolojik faktörlerin etkin bir sonucudur (Pektekin, 2013). Sağlık, çevre faktörlerini yönetme yoluyla hastalığın önlenmesidir (Sabuncu, 2008; Ünsal, 2017).

Dorethea E.Orem: Sağlık, bireyin bedensel ve işlevsel olarak bir bütünlük içinde olma durumudur. Orem, sağlığın kişinin bedensel, biyolojik ve sosyal çevresi içinde potansiyelini belli ölçüde kullanarak bir yaşam kapasitesi olduğuna işaret eder.

Virginia Henderson: Sağlığı bağımsızlıkla eş tutar. İnsan gereksinimlerini 14 ana başlık altında sınıflandıran Henderson sağlığı, bireyin işlevlerini 14 bileşenle ilgili olarak bağımsızca yapabilme yeteneği olarak görmektedir (Ünsal, 2017).

Hildegard E. Peplau: Sağlık bireyin kişisel ve toplumsal yaşantısında yaratıcı, yapıcı, üretken olabilmesi için kişiliğini ve insansal süreçlerini harekete geçiren bir denge durumudur. Sağlık bozulduğu zaman anksiyete yaşanır. Anksiyetenin azaltılması ancak etkin bir hasta-hemşire ilişkisi yolu ile olabilir.

Faye G.Abdellah: bireyin bir bozukluğu yoksa ve tüm gereksinimleri karşılanıyorsa sağlıklıdır (Pektekin, 2013).

Martha E. Rogers: "Sağlık" durumunu "hastalığın olmayışı"dır (Pektekin, 2013). Rogers, pozitif sağlık terimini, sağlıklı olma, rahatsızlığın bulunmaması olarak sembolize eder. Pozitif sağlık ölçüleri, çevrenin getirdikleri ile savaşım vermektense onlara uygun yaşama şekillerini geliştirmek için insanlara yardım etmeye yöneliktir. (Ünsal, 2017).

Sister Callistra Roy: Sağlık bir durum, var olma süreci ve bütünlüktür. Bütünlük ise birbiri ile ilişkili bozulmamış bir durumu belirtir. Roy'a göre birey, sağlık ve hastalık sürekliliğinde hareket halindedir ve sorunlarla başa çıkabilmek için adapte olmak zorundadır. (Ünsal, 2017).

Joyce Travelbee: "Sağlığı" objektif ve sübjektif ölçütlerle tanımlar. sübjektif sağlık, bireyin kendi sağlığını nasıl algıladığıdır (Pektekin,2013; Ünsal, 2017). Objektif sağlık, "fizik muayene, laboratuvar testleri, rehberlik uzmanı veya psikolojik danışman tarafından değerlendirme ile ölçülmüş görülebilir bir hastalık, yetersizlik ya da bir bozukluğun yokluğudur (Ünsal, 2017).

Madeleine Leininger: "Hastalığın olmayışı, bireyin ya da grubun iyilik halini devam ettirmesi ve günlük rollerini yerine getirebilmesidir (Pektekin, 2013).

Myra Estrin Levine: "Sağlık, bireylerin ait olduğu grupların inançları ve ırkları ile anlatılan bir tanımdır." Sağlık "Yeni durumlara, yeni yaşam sorgulamalarına, yaşlanmaya ya da sosyal, politik, ekonomik ve ruhsal faktörlere, bireyin verdiği ve zamanla değişen yanıtlardır." (Pektekin, 2013).

Nancy Roper, Winifred Logan, Allison Tierne: Eğer bir insan günlük yaşam aktivitelerinin tamamını bağımsız olarak yerine getirebiliyorsa sağlıklı, getiremiyor ve bu konuda başkalarına bağımlı ise hasta demektir (Ünsal, 2017).

Joyce J. Fitzpatric: Sağlığı "devamlı gelişime bağlı, temel bir insan boyutu" olarak açıklar. İnsan, yaşamının anlamına karşı, ne kadar uyanık ise sağlığı da o derece iyi demektir. Bireyin, dalgalı yaşantıları sırasında davranışlarında da farklılıklar olur. Ritmik motifler, tutarlı, dürüst ve uyum içinde ise birey sağlıklı demektir. (Pektekin, 2013).

2.1.2. HASTALIK

Hastalık çoğu insanın yaşamında en yaygın ve erken deneyimlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Kozier ve ark, 1994; Özkan 1994). Hastalık, rahatsızlık veya sağlık durumundan sapmadır ve bedensel iyilik halinden hastalık durumuna geçiş hayati önem taşıyan bir dönüm noktasıdır (Palabıyıkoglu, 2000; Sabuncu, 2008). Yalnızca doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak anormal değişikliklerin yarattığı bir durum değil, bireyin, fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal gelişim ve spiritüel fonksiyonlarının önceki haline göre bozulduğu bir durumu ifade eder (Birol, 2004). Vücut organ veya sistemlerinin normal fonksiyonlarını yapamaması sonucu biyolojik ve fizyolojik değişikliği ifade etmektedir (Sabuncu, 2008). Hastalık bireylerin fizyolojik ve psikososyal bütünlüğüne karşı tehdit oluşturur ve var oluşsal kaygılara yol açar (Kozier ve ark, 1994).

Tıp bilimi açısından hastalık, vücuttaki çeşitli organlara ilişkin ölçülebilir, objektif bazı belirti ve bulgularla tanımlanabilen bozukluklar anlamına gelir (Kaptan, 2012). Psikolojik açıdan hastalık, bireyin beklenmedik bir durumda duyguları ile duruma karşı gösterdiği tepkilerdir (Akça Ay, 2008). Biyolojik açıdan hastalık beden, optimal fonksiyonuna ve yapısına karşıt bir durum olarak açıklanır (Ünsal, 2017). Biyomedikal modele göre hastalık, bireyin bedenindeki bazı işlevlerin yapılamamasından kaynaklanmaktadır (Öz, 2010). Sosyolojik açıdan hastalık sosyal normlardan sapmayı, uyumsuzlukları işaret etmektedir (Ünsal, 2017).

TDK tanımına göre hastalık; "organizmada birtakım değişikliklerin ortaya çıkmasıyla sağlığın bozulması durumu, rahatsızlık, çor, dert, sayrılık, illet, maraz, maraza, esenlik karşıtı" dır (TDK:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c571404e130b0.42569954). Hastalık hasta için biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizi olarak tanımlanır (Birol, 2009; Kaçmaz, 2003; Gümüş, 2007). Hastalık durumu bireyin dengesini, uyumunu bozar, bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bireysel zorlanmalara neden olabilmektedir (Birol, 2009). Evrensel olarak hastalık hali emosyonel yanıtı neden olurken kişinin işlevlerini, beden imajını, çevre ile olan ilişkisini bozar (Kaçmaz, 2003). Fizyopatolojik süreçler içeren hastalık durumunda birey biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel alanda etkilenmektedir (Barry, 1996). Bu nedenle fiziksel bir sorun çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (Birol, 2009; Gümüş, 2007).

Geleneksel hastalık kuramlarında, insanın bir bütün olarak ele alınmadığı, sadece hasta olan organa ya da hastalığa odaklandığı görülmektedir. İlk defa Hipokrat etkileşim kuramında akıl ve bedenin birbirini etkilediğini savunmuştur. (Biol, 2009; Ünsal, 2017). Hipokrat'ın "Sağlık, beden ve aklın çalışmasını sağlayan birçok değişik öğenin bir denge içinde bulunmasına bağlıdır. Bu denge, ancak insanın dış dünya ile tam bir uyum içinde yaşadığında sağlanabilir." Şeklinde ifadesi hastanın ihmal edilen psikolojik ve sosyal yönünü gündeme getirmektedir (Eras ve Ertem, 2011). Hipokrat'ın bu kuramı geleneksel kuramların yetersizliğini kanıtlamış ve yeni kuramların da gelişmesine sebep olmuştur (Biol, 2009).

Christian Smiths "holistik-bütüncül sağlık" kavramını ortaya atmıştır (Koç, 2013). İnsan biyopsikososyal bir bütündür. Bu sebeple insana uygulanacak her türlü tedavide; fiziksel, psikolojik ve sosyal yön ele alınmalı ve bu üç alanın birbiriyle etkileşimi göz ardı edilmemelidir demektedir (Shives, 2005). Abraham Maslow (1940) ise insanın temel gereksinimlerinin tabandan yukarıya doğru hiyerarşik bir düzen içinde olduğunu belirtmiştir (Aştı, 2012; Biol, 2009). Bu hiyerarşik düzeninin ilk basamağını oluşturan fizyolojik gereksinimler temel insan gereksinimleri olup fiziksel bakım bunları (solunum, beslenme, boşaltım, hareket, uyku, vb.) tam olarak yerine getirmeyi hedefler. Fizyolojik gereksinimler değişmezken, diğer gereksinimler zaman zaman değişir. Diğer gereksinimler psikososyal bakımı içermektedir (Sabuncu, 2008).

2.1.3. BAKIM

Bakım, insanın varoluşundan itibaren ihtiyaç duyduğu varlığının vazgeçilmez bir yapı taşıdır (Baykara, 2014). Bakım terimi, Türkçe sözlüğünde "Bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi" olarak tanımlanmaktadır (Püsküllüoğlu, 2003). TDK' ya göre bakım: Bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek anlamını taşımaktadır (TDK:http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c5713fbac0855.08070408.)

İngilizce sözcükte isim olarak "care" kavramı, koruma, sakınma, dikkat, kaygı anlamları taşımaktadır. Fiil olarak endişe duymak, ilgili hissetmek, merak etmek, fiziksel gereksinimleri karşılamak, rahatlatmak, yardım etmek, ilgili olmak anlamlarına gelmektedir (Altınok ve ark. 2011) Bakım" (care) terimi; nursing, responsibility, supervision, attendance gibi anlamlarla karşılık gelmektedir. Nursing: Bakım, beslemek, bakıp büyütme. Responsibility: Sorumluluk, yükümlülük, mesuliyet, bakım. Supervision: Denetim, uyarı, ihtimam, üzerine

titreme, nezaket, bakım. Attendance: Refakat, huzur ve bakım anlamına gelmektedir. Hemşirelik sözlüğüne göre bakım, eylem olarak kullanıldığında; korumak, yardım etmek, sevgi, beslemek, düşünmek, özen göstermek ve empati duymak anlamlarına gelmektedir (Kıvanç, 2013).

Bakım terimi, hemşirelik eğitiminde, sağlık yasasında, hemşireler için etik kodlar gibi bazı temel mesleki konu alanlarının odak noktasında yer alır. Bakım terimine ilişkin yaklaşık 40 yıldan beri yazılar bulunmakla birlikte günümüzde hala kavramla ilgili belirsizlikler nedeniyle tanımlanmasının zor olduğu belirtilmektedir (Altınok ve ark, 2011). Uzun yıllardan beri hemşirelik müfredatında ve profesyonel hemşirelik literatüründe olmasına karşın, “bakım” kavramıyla ilgili çalışmalar 90’lı yıllara dayanmaktadır. Bu yıllardan itibaren kavramın tanımının yapıldığı, daha kapsamlı ele alındığı ve eleştirel olarak analizinin yapılmaya başlandığı görülmektedir (Potter ve Perry, 2005).

Modern hemşirelik, 19. yüzyıl ortalarında Florance Nightingale ile başlasa da, tarihin her döneminde ve her uygarlıkta hasta bakımıyla uğraşan insanlar olmuştur (Çınar, 2007). Hemşirelik bakım gereksinimlerini ve yapılacak bakım girişimlerini belirlemek, bakımın etkinliğini değerlendirmek amacıyla birçok sınıflandırma sistemi oluşturulmuştur (Baykara, 2010). 1987 yılında Hemşirelik Girişimlerinin Sınıflandırılması (NIC: Nursing Interventions), 1991 yılında Hemşirelik Sonuçlarını Sınıflandırılması (NOC: Nursing Outcomes Classification), Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Derneği (NANDA: North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları sınıflaması Amerika’da geliştirilmiştir. Böylece ortak bir dil ile hemşirelik uygulamalarını ifade ediş şekli standarize edilmiş olmaktadır (Abbasoğlu ve ark, 2003; Yılmaz, 2003; Pektekin, 2013). Bu sınıflandırma sistemleri ile hemşirelik bakımının profesyonel olarak sistematik bir şekilde verilmesi sağlanmaktadır (Baykara, 2014; Potter ve Perry, 2005).

Literatürde, bakıma ilişkin farklı birçok tanım bulunmakla birlikte, bütün tanımlarda bakım hemşireliğinin özü, temeli ya da can alıcı noktası olarak kabul edilmektedir (Potter ve Perry, 2005). Özünde yardım etme, sevgi besleme, iletişim, düşünme, umurunda olma, özen gösterme, değer verme, empati duyma, ahlaki davranma, bilgi verme, şefkat ve saygı temalarını içermektedir (Potter ve Perry, 2013). Bakım, kişilerin fiziksel, psikolojik, sosyal boyutlarının her birini ilgilendiren bir kavram olması bakımından oldukça geniş kapsamlıdır (Baykara, 2010). Hemşirelik mesleği insan ve bakım olgusuna temellenir (Can, 2013; Dinç, 2010).

Hemşirelik açısından bakım, kişinin sağlıklıyken kendi imkânlarıyla yerine getirdiği fakat hastalık sırasında etkin bir şekilde gerçekleştiremediği, günlük yaşam etkinliklerinin karşılama durumudur (Karadağ ve Taşçı, 2005). Hemşirenin temel işlevi bakımdır ve mesleğine özgü tek rolüdür (Akça Ay, 2008; Baykara, 2014). Hemşirelik bakımı, bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların iyileştirilmesi amacıyla kurulan özel bir iletişim hastanın iyi olana ulaşma çabasıdır. Hemşirelik bakımı bilimsel temeller rehberliğinde profesyonel bir yaklaşım gerektirmektedir (Velioğlu, 1999). “Hemşirelik bakımı” ve “hemşirelik uygulaması”, “bakım” ve “bakım verme” kavramları birbirinin yerine kullanılabilmektedir (Rolfe, 2009). Hemşire etkin bir bakım sağlamak için hastanın hastalık sürecinden nasıl etkilendiğini araştırır (Özcan, 2006).

2.2. HASTALIĞA PSİKOSOSYAL TEPKİLER

Biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal ve psikoseksüel boyutlarıyla bir yaşam krizi olarak ele alınan hastalık karşısında kişiden kişiye göre değişen subjektif ve objektif birçok tepki ortaya çıkmaktadır (Özkan ve Armay, 2007). Hasta bireyin bütünlüğünü korumak amacıyla ortaya çıkan tüm bilişsel, duygusal ve davranışsal yanıtlar hastalığa psikososyal tepkileri oluşturur (Kocaman, 2008).

Hastanın hastalığa psikososyal tepkilerini tanımlamada doğru tek bir yol yoktur. Hastalığın subjektif olması ve her birey için farklı deneyimlenmesi nedeniyle hastalığa yanıtlar farklı olmaktadır. Her bireyde bu tepkilerin sıklığı, süresi, şiddeti ve geçirdiği aşamalar farklı olabilmektedir (Gorman, 2014). Bu tepkiler, fiziksel hastalığın özelliklerine, hastalığın iyi metabolik kontrolüne, hastanın bireysel özelliklerine, hastanın hastalığı yönetme çabasına, sosyal destek ve özelliklerine göre şekillenir (Kocaman, 2005). Hastanın hastalığa tepkisinde hastalık algısı, kişilik tipleri, savunma mekanizmaları ve baş etme biçimi etkili olan önemli değişkenlerdendir (Penley ve ark, 2002). Ortaya konulan bu tepkilerin fark edilmesi, anlaşılması ve bireyin gereksinim duyduğu bakımın bütüncül bir şekilde verilmesi ise profesyonel hemşirenin en temel işlevidir (Kocaman, 2005; Yazıcı ve ark, 2003).

Genel olarak görülen en yaygın duygusal tepkiler; anksiyete, korku, öfke, üzüntü, keder, suçluluk, utanç, umut-umutsuzluk, başarısızlık ve güç-güçsüzlüktür. Davranışsal tepkiler ise destek arama, bu zorlu yaşam olayından ders alarak kendini geliştirme, sağlığı ve hastalığı hakkında uzman olma, gizleme, yalnızlık, sosyal geri çekilme, tedaviye uyumsuzluk ve tedaviyi reddetmedir (Gorman, 2014; Townsend, 2015; Yazıcı ve ark, 2003).

2.2.1. Hastalığa Verilen Duygusal Tepkiler

2.2.1.1. Anksiyete ve Korku

Anksiyete, nedeni belli olmayan içsel bir tehlike ya da tehdit karşısında gösterilen ruhsal ve çoğunlukla fiziksel belirtilerin eşlik ettiği tanımlanması zor evrensel bir duygu durumudur (Folkman, 1997). Dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike durumuna ya da birey tarafından tehlikeli algılanan bir durum karşısında verilen duygusal tepkidir. Anksiyeteli bir birey, bir alarm durumundadır ve sanki her an bir şey olacaktı gibi hissedip endişe duyar (Öz, 2014). Anksiyete, evrensel, ilkel, hoş olmayan bir gerginlik ve endişe duygusu olarak tanımlanabilir. Anksiyete öfke, suçluluk, utanma ve keder gibi diğer birçok duygu veya tepkilerin üretildiği birincil temel duygudur (Gorman, 2014).

Anksiyetenin nedenleri bireysel farklılıklar gösterir; dışsal ya da içsel, gerçek ya da sembolik olabilir ve farklı tepkilerle yaşanır. Birey tarafından belli bir tehlike algılandığında bazı tepkiler oluşmaktadır. Bu tepkiler; otonom sinir sistemi uyarıldığı için kan basıncı, kalp atış hızı ve solunumda artma, göğüste sıkışma hissi ve kalp çarpıntısı, mide barsak hareketlerinde hızlanma, göz bebeklerinde genişleme, heyecanlı ya da gergin olma, konsantrasyon problemi, öfke, suçluluk, utanma, keder ve depresyondur (Gorman, 2014; Türkçarpar, 2004).

Anksiyete düzeyi, bireyin hastalığı algı düzeyine göre değişiklik göstermektedir. Düşük ve orta düzeyde olan anksiyete öğrenme ve faaliyetleri artırabilirken yüksek anksiyete düzeyi bireyin baş etme mekanizmalarını yetersiz bırakırsa ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir (Gorman, 2014; Öz, 2010).

Korku ise bilişseldir. Korku bir tehdit uyarısının entelektüel değerlendirmesini içerir (Townsend, 2015). Korkuyla ilgili tehdit spesifiktir ve bir tehlikeye işaret eder, objeden uzaklaşma davranışını ortaya çıkarır (Öz, 2010).

Hasta bireylerde görülen anksiyete ve korku ağrıya, acı çekmeye, zarar görmeye, hastalık süresine, fiziksel görünümde değişime, fonksiyonel kayıplara, komplikasyon gelişmesine, çalışma performansında değişime, kontrolü kaybetmeye bağlı olabilmektedir (Coffey, 2009).

2.2.1.2. Öfke

Öfke, algılanan bir tehdide karşı yanıt olarak gelişen yoğun hoşnutsuzluk, hayal kırıklığı veya anksiyete içeren gergin ve heyecanlı duygusal durumdur (Gorman, 2014). Öfke doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen duygusal tepkidir (Soykan, 2003). Hafifçe kızmadan yoğun hiddet ve asabiyete kadar yoğunluğu değişen duygusal bir durumdur. Kalp hızı, kan basıncı ve epinefrin ve norepinefrin hormonlarının seviyelerinde yükselme veya artışlar gibi fizyolojik ve biyolojik değişimleri de beraberinde getiren bir durumdur. Öfke, bir uyarı sinyali görevi gören ve bireyi potansiyel bir tehdit ya da travmaya karşı uyarıcı normal, sağlıklı bir duygudur. İyi bir savaş ya da hızlı bir kaçışa bireyi hazırlayan enerjiyi tetikler ve hafif kızmadan kızgın ve şiddetli enerjiye dönüşebilir. Öfke, birincil bir duygu değildir. Ancak incinme, hayal kırıklığı ya da korkuya karşı neredeyse otomatik bir içsel tepki olarak yaşanır. (Townsend, 2015).

Öfke, sempatik sinir sistemini uyararak bir hazırlılık durumu oluşturur. Bu sistemin aktifleştirilmesi kalp hızının, kan basıncının epinefrin salgılanmasının artmasına (fazladan fizyolojik uyarılmaya neden olur) ve serum glikoz seviyelerinin yükselmesine neden olur. Öfke, vücudu fizyolojik olarak kavgaya hazırlar. Öfke, çözülemediğinden bu fizyolojik uyarılma birtakım sağlık sorunlarına yatkınlık etkeni oluşturabilir (Townsend, 2015). Öfkenin nasıl ifade edildiği bireyin kişilerarası ilişkileriyle etkileşim içindedir. Bireyin belirli bir saldırı, eleştiri ya da engel algısı karşısında yaşadığı öfke, kişilerarası ilişkilerinde çatışmalara, fizyolojik ve psikolojik sağlığında önemli sorunlara neden olabilmektedir (Batıgün, 2011).

Öfke bireyin ruh halini gösteren duygulardan biridir (Bilge, 2005). Birey tarafından kabul edilen, anlaşılabilir, ifade edilmeye çalışılan öfke duygusu etkin, işe yarayan, üretken bir durumdur. Kontrol edilemeyen, inkâr ya da bastırma ile yok sayılan bu tür duygular, bireyin hem kendisi hem de çevresi için zararlı olma potansiyeli taşımaktadır (Soykan, 2003).

Bireyde içe dönük öfke ve dışa dönük öfke şeklinde yaşanabilir (Bilge, 2005). İçe dönük öfkenin, fiziksel hastalıklarla anlamlı ilişkiler gösterdiği gözlenmiştir. Öfke inkâr edildiğinde ya da bastırıldığında migren ağrıları, ülserler, kolit ve hatta koroner kalp hastalığı gibi bir takım fiziksel sorunlara yol açabilir. Öfke, kişinin kendine yöneltildiğinde depresyona ve düşük özsaygıya yol açabilir (Townsend, 2015).

Kontrolsüz öfkenin hem birey hem de toplum üzerinde olumsuz etkileri vardır (Soykan, 2003). Öfke yönetiminin amacı, öfkenin oluşturduğu duygusal durumları ve fizyolojik uyarılmayı azaltmaktadır (Townsend, 2015). Öfke yönetimi ile bireyin saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde öfke duygusunu ifade etme becerisini kazanması sağlanmalıdır (Bilge, 2005).

2.2.1.3. Güç-Güçsüzlük

Güç, bireyin etkileme, yönlendirme, dayanabilme, direnebilme, kontrol etme yeteneği olarak tanımlanır. Bireyler çevresi ve kaderi üzerinde kontrol ve güç duygusunu sürdürme ihtiyacı içindedirler (Kocaman, 2008).

Güçsüzlük; bireyin eylemlerinin bir sonucu önemli ölçüde etkilemeyeceğine ilişkin algısıdır (Butcher, 1991). Güçsüzlük; bireyin kendisi ve belirli olaylar üzerinde algıladığı kişisel kontrol eksikliği olarak tanımlanabilir (Gorman, 2014).

Hastalığa bağlı güçsüzlüğün iki nedeni vardır. Bunlar, kontrol kaybı ve bilgi eksikliğidir. (Öz, 2010; Kocaman, 2008). Kişi hastalığı, tedavisi ve geleceği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığında güçsüzlük hissedebilir (Kocaman, 2008). Hastalık ve hastaneye yatırılma nedeniyle kontrolün kaybedilmesi, kişinin bağımsızlık ve kontrol duygularına zarar verir ve sonuç olarak hasta başkalarına karşı öfke duyabilir. Güçsüzlüğün diğer belirtileri ise bireyin kendi sağlık bakımı hakkında karar almaya katılması veya ilgi göstermemesini yansıtan davranışlardır (Butcher, 1991). Hastalık sürekli olarak bireyi bir durum üzerindeki güçsüzlüğü ile yüzleşmeye zorlar (Gorman, 2014). Hastane ortamı bireyin sınırlarını ihlal etmesine ve mahremiyetinin bozulmasına yol açar. Ayrıca, bireyin hastalıkla ilgili durumunun ne olacağı konusunda gücü azalır (Öz, 2010).

Güçsüzlük yaşantısı; depresyon saldırganlık ve paranoya ile ilişkilendirilmektedir. Madde kullanımı, şiddet ve bağımlılıktan oluşan bir yaşam tarzına neden olan bir etken olabilir (Butcher, 1991).

Sağlık bakım sisteminde güçsüzlük duygusunun ele alınması gerekir (Gorman, 2014). Hastalığa bağlı bu kritik dönemde, hasta bireyin herhangi bir kişiye ait olma ve bağlanma gereksinimi vardır. Bu nedenle güven ilişkisinin sağlanması çok önemlidir (Öz, 2010). Hastayı yapılacak bir tetkike, tedaviye hazırlamak, bilgilendirmek iş birliğini ve tedaviye uyumu artırır, komplikasyonları azaltır (Kocaman, 2008).

2.2.1.4. Üzüntü-Keder

Üzüntü, bireyin kaybedilen değerli nesnenin kaybına başarılı bir şekilde uyum sağladığı psikolojik süreç veya aşamalarıdır. Kaybın olduğu durumlarda üzüntü yaşanır (Townsend, 2015). Keder önemli bir kaybın ya da uzun süren yoksunluğun ardından yaşanan duygusal durum olarak tanımlanabilir. Kederlenen birey duygularını ifade etme, anlaşılma ihtiyacı içindedir (Kocaman,2008). Bu durum ise fonksiyonların, bağımsızlığın ve işin kaybına yol açabilir (Townsend, 2015).

2.2.1.5. Umutsuzluk

Umut; olumlu gelecek beklentilerinin olumsuz gelecek beklentileri üzerinde hâkim olmasıdır. Bireyin dünyaya olan inancını, güvenini ve hayatın yaşamaya değer olduğu yönündeki düşüncesini içeren temel bir insanlık durumudur ve rahatlatıcı bir etkisi vardır (Tarhan, 2015).

Umutsuzluk, bireyin kişisel sorunlarını çözmek ya da kişisel hedeflerine ulaşmak için sınırlı seçenekler bulunduğu veya kişisel seçimleri görmediği var olan seçenekleri bile değerlendirilmediği ruh halidir (Ekland, 1990; Gorman, 2014). Hasta yetilerinin yetersiz kaldığını ya da tükendiğini hissettiği zaman ailesinden ya da hayatındaki önemli kişilerden destek almaktadır (Biçer, 2012).

Umutsuzluk bireylerin yaşından, mesleki durumundan, tehdit eden faktörün büyüklüğünden, başa çıkma becerilerinden, değer yargılarından ve inançlarından etkilenmektedir. Başlangıçta umudu olan bireyler, hastalığa bağlı komplikasyonların görülmesiyle umutlarını yitirebilmektedir (Tan, 2005). Umutsuzluğa neden olan kronik veya ölümcül hastalıklarla ilişkilendirilen birçok durum vardır. Bunlar: İşlevsel yeteneklerde bozulma, fizyolojik durumda bozulma, beden imajında bozulma, sosyal destek yetersizliği, sorunları çözememe, geçmişte yaşanan olumsuz deneyimler, gereksinimlerin zamanında karşılanmaması ya da kaynaklara ulaşmada yetersizlik, özgüven eksikliği, hastalıkla ilgili inançlar, tedavi ile ilgili yaşanan sorunlar (tedavilerin uzun sürmesi ya da belirsizliği, aktivitenin uzun süre sınırlı olması vb.), ümitsizlik ifadelerinin. ("Kimse bana yardımcı olamaz", "Hiçbir şey istediğim gibi gitmiyor" vb.) sıklıkla kullanılmasıdır (Öz, 2010; Ekland, 1990).

Umutsuzluk hastalığa uyumu kötü etkilemektedir. Hastaların başa çıkma enerjileri, ümitleri azaldıkça uyumları da azalmaktadır (Kaçmaz, 2003).

2.2.2. Hastalığa Verilen Davranışsal Tepkiler

2.2.2.1. Destek Arama

Sosyal destek, güç durumdaki veya stres altındaki bireye eşi, ailesi ve arkadaşları gibi yakın çevresi tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımdır (Aras ve Tel, 2002).

Sosyal desteğin, fizyolojik ya da psikolojik çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Sosyal destek; bireyin içinde bulunduğu durum, bu durumun anlamı ve gösterilen duygusal tepkide değişiklik meydana getirir (Ardahan, 2006).

Yeterli sosyal desteğin sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunu olumlu yönde etkileyerek hastalık sürecine uyumu desteklediği ve sosyal izolasyonu azaltarak hastaların yaşam kalitesini artırdığı belirtilmektedir, yetersiz sosyal desteğin ise hastalık semptomlarının ortaya çıkma sıklık ve şiddetinin artmasına, hastalık süresinin uzamasına neden olarak kronik fiziksel hastalığa uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir. Bu nedenle Sosyal desteğin sağlanmasında en önemli görev hemşirelere düşmektedir (Aras ve Tel, 2002; Ardahan, 2006).

2.2.2.2. Gizleme, Yalnızlık ve Sosyal İzolasyon

Hastalık durumunda hastalar yakın arkadaşlarından, akrabalarından veya iş arkadaşlarından hastalık teşhisini gizlemeye karar verebilirler. Bu karar duygusal, sosyal ve bilgi desteği almayı da engeller. Bu durum bireyin kendisini yalnız hissetmesine, sosyal ilişkilerinden geri çekilmesine veya sosyal izolasyona neden olur (Kocaman, 2008).

Yalnızlık, bireyin sosyal çevresiyle iletişiminin niteliksel ve niceliksel bozulması durumunda yaşanan hoş olmayan bir duygu durumudur. Sübjektif olarak boşlukta hissetme ve kendini bırakmanın duygusal ifadesidir (Öz, 2010). Hastalık, biyopsikososyal bütünlüğü tehdit eden ve gelecekte yalnız kalma korkusu yaşatan bir durumdur. Hastaneye yatma yalnızlığın oluşumunda çevresel bir faktördür ve bu durumda yalnızlık duygusu daha ciddi bir problem olabilir (Öz, 2010).

2.2.2.3.Tedaviyi Reddetme

Hastalarda, hastalık ve tedavi sürecini anlayamadığı durumlarda, bilgi eksikliğinde, iş arkadaşları tarafından sağlık durumunun öğrenileceği endişesiyle, tedavinin karmaşık ve yüksek maliyetli olduğu durumlarda ve tedavinin yan etkileri nedeniyle tedaviyi reddetme görülebilmekte hastalar gereken tedaviyi alamamaktadırlar (Kocaman, 2008; Öz, 2010).

2.3. PSİKOSOSYAL BAKIM

2.3.1. PSİKOSOSYAL BAKIM TANIMI

Psiko kelimesi Yunanca'da akıl, ruh anlamına gelen 'psyche' kelimesinden gelmektedir (Barracough, 1999). 'Psikososyal' terimi ise biyopsikososyal modelin majör belirleyicileri olan psikolojik ve sosyal terimlerini kapsamaktadır. Biyopsikososyal model 1977 yılında Amerikalı psikiyatrist George Engel tarafından önerilmiştir. Engel biyopsikososyal modelin amacının insanların iyilik hali ve hastalık halinde içinde bulunduğu karmaşık durumda ortaya çıkan bütün etkenleri tanımlamak olduğunu ileri sürmüştür. Model akıl ve beden arasındaki ayırmda köprü kurmaktadır (Csaszar ve ark, 2009). Biyopsikososyal Model' in temel aldığı inanç; her birey eşsizdir ve biyolojik, psikolojik, sosyal boyutları arasında karmaşık bir ilişki vardır (Lakhan, 2018; Alonso, 2004). Bu model bakımda, biyolojik faktörler, psikolojik faktörler (yaşam şekli, stres, sağlık inançları) ve sosyal faktörler (kültürel etkiler, aile ilişkileri, sosyal destek) birleştiren bir bakışa sahiptir (Csaszar ve ark, 2009). Modelde sağlık ve hastalık kavramları biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir sonucu olarak kabul edilmektedir (Alonso, 2004; Csaszar ve ark, 2009).

Psikososyal bakım; psikolojik, sosyal ve spiritüel bakımın kültürel açıdan hassas bir biçimde sunulmasıdır (Legg, 2011). Psikososyal bakım, hastalığın duygusal alanlarıyla, sağlık bakımını ve sağlığı etkileyen yaşam krizleriyle ya da psikiyatrik bozukluklarla baş etme güçlüğü yaşayan bireylere yardım etmek için yapılan girişimleri vurgular (Gorman, 2014). Psikososyal bakım hastanın ve bakım verenlerinin benlik saygısı, hastalığa ve sonuçlarına uyum sağlama süreci, iletişim, sosyal işlevsellik ve ilişkilerini kapsayan psikolojik ve duygusal iyilik hali ile ilgilenir (<http://www.ncpc.org.uk/>).

Fiziksel hastalığı olan kişilerin psikososyal bakımı; 'hastayı anlamadan, hastalığı ve tepkileri anlayamayız' ve 'yalnızca organlar değil, bir bütün olarak insanın tüm varlığı ile uğraşılması gerekir' anlayışını temel almaktadır (Kocaman, 2005). Psikososyal bakım, ciddi bir hastalık ya da yaralanmaya karşı tepki gösteren ve bu durumla baş etmeye çalışan hastaya, doğrudan

yardıml etmeyi ve sürekli destek sağlamayı içeren psikososyal tedavi hizmetidir. Psikososyal bakım, genel tedavi ve bakımın ayrılmaz bir parçası olup geniş bir yelpazede hizmet vermeyi, hasta bakımının tüm yönlerini kapsamaktadır (Çam, 2014; Lehmann, 1991).

Tunmore (1990) KLP hemşireliği yazısında, Nichols and The Management Advisory Service (MAS) tarafından oluşturulan bir psikososyal bakım modeli tanımlamıştır (Tunmore, 1990). Bu model genel hastane uygulamasında psikososyal bakımı; temel iletişim ve tanılama becerileri, rutin-önleyici psikososyal bakım, özelleşmiş psikososyal girişimler ve terapi olmak üzere dört düzeyde açıklamıştır (Tunmore, 1990).

2.3.2. PSİKOSOSYAL BAKIMIN ÖNEMİ

İnsan biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel, spiritüel boyutları olan bir varlıktır (Öz, 2010). Yaşamını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için bu öğelerin birbirleriyle karşılıklı etkileşmesi, dengeli bir ilişki içinde olması gerekmektedir (Sabuncu, 2011). Birey bu dengeyi devam ettirebilmek için bedenindeki değişikliklere çeşitli fizyolojik ve psikolojik mekanizmalarla tepki vermektedir (Sabuncu, 2011; İnanç ve ark, 1998). Bu öğelerden herhangi birisine müdahale edildiğinde diğer öğeler de bu durumdan mutlaka etkilenecektir. Bu nedenle insan, bütüncül bir bakış açısıyla ele alınmalı, sağlanan hizmetler de bu çerçevede oluşturulmalı ve bütünlüğü sağlamak amacıyla disiplinlerarası işbirliği sağlanmalıdır (Pektaş ve ark, 2006; Zengin, 2011).

Biyopsikososyal bir varlık olan insan için hastalık durumu; biyolojik, sosyal, ruhsal, çevresel, ailesel, psikososyal, psikoseksüel çok boyutlu bir olgu, bir yaşam, kimlik ve varoluş krizidir (Gümüş, 2007; Kaçmaz, 2003; Özkan, 1994; Palabıyıkoglu, 2000). Bu nedenle fiziksel bir sorun çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilmektedir. Hastalık hali duygusal tepkiye neden olurken hastanın işlevlerini, beden imajını, çevre ile olan ilişkilerini de bozmaktadır. Davranışsal, duygusal, bilişsel alanlarda ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan bu sorunlar bireye, aileye ve tedavi ekibine önemli güçlükler yaratabilir (Gümüş, 2007; Kaçmaz, 2003; Kocaman, 2005)

Geleneksel hastalık kuramlarına bakıldığında, hastanın bir bütün olarak ele alınmadığı, sadece hasta olan organına ve hastalığına odaklanıldığı görülmektedir. (Gümüş, 2007; Kozier ve ark, 1994). Psikososyal bakım ise geleneksel yaklaşımın aksine, bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına yönelen, bütüncül bir bakımı gerektirmektedir. Fiziksel hastalıkla karşılaşan bireyin biyopsikososyal olarak ele alınması, psikososyal tepkilerin

tanınması, hastaya sunulacak psikososyal bakım ve tedavi için son derece önemlidir. Bu nedenle psikososyal sorunların erken teşhis ve tedavisi önem taşımaktadır (Küçük, 2011).

Psikososyal bakım bütüncül bir hasta perspektifinin parçasıdır ve yaşam kalitesi üzerinde çok büyük bir etkisi vardır buda bakımın niteliğini arttırmaktadır (Legg, 2011). Psikososyal girişimlerin etkililiği yaşam kalitesi, anksiyete, duygu durum, fiziksel semptomlar ve hayatta kalma oranı ile ölçülmektedir ve psikososyal bakım ikincil hastalıkları önlemeyi sağlamaktadır (Csaszar ve ark, 2009). Psikososyal bakımın iyi bir şekilde sunulması hastaların yaşam kalitesini artırmakta, hastaların anksiyete ve strese bağlı yaşadıkları yan etkileri, hastanede kalma süreleri ve hastanın hastaneye başvurma ihtiyaçlarını azaltmaktadır (Legg, 2011). Ayrıca psikososyal sorunları tanımlama yeteneği ve onları etkili olarak yönetme becerilerini geliştirme, yalnızca hastaların iyileşme şansını geliştirmekle kalmayıp hemşirelerde engellenmeyi de azaltmaktadır (Gorman, 2014).

2.3.3. PSİKOSOSYAL BAKIMIN KAPSAMI

Hemşirelik; bireyin, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik, kültürel ve ruhsal yönleri ile ilgilenen bir sağlık bilim ve sanatıdır (Pektekin, 2013). Hemşirenin temel işlevi, sağlıklı / hasta bireylere yardım etmektir. Bu yardım sağlıklı bireyin sağlığını sürdürmesi, hasta bireyin yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik girişimleri içermektedir (Sabuncu, 2008). Sabuncu'nun aktardığına göre (2008), Amerikan Hemşireler Birliği (1980) Hemşireliği; var olan ve olabilecek olan sağlık sorunlarına karşı gösterilen insan tepkilerinin tanı ve tedavisidir şeklinde tanımlanmaktadır.

THD Eğitim Komisyonununun 1981 yılında yapmış olduğu tanıma göre; “Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir” (<http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr.aspx>).

Kriz dönemleri şeklinde yaşanan sağlık olayları bireylerin fizyolojik ve psikososyal sağlığını etkilemektedir. Bu kriz dönemleri sırasında hastaların ihtiyaçlarını karşılanması için en çok güvendikleri sağlık personelleri hemşirelerdir (Charlotte ve ark, 2015). Hemşireler her gün psikososyal gerçeklikte olan krizler ve hasta sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar ve onlarla baş etmek için bir yol bulmak zorundadırlar (Gorman, 2014). Bireyin doğasının hastalığı algılamayı ve hastalığa verdiği tepkileri etkilediği kadar hastalığın psikososyal

faktörlerin de sağlık üzerinde birçok etkisi vardır. Hemşireler tarafından rutin hayati bulguların takibinin yanında sağlık olaylarına tepki olarak düşündükleri, hissettikleri ve yaşadıkları bu bilişsel, duyuşsal, davranışsal ya da spiritüel boyutlardan doğan sağlık değişkenlerinin tanımlanması ve değerlendirilmesi gerekmektedir (Charlotte ve ark, 2015).

Sağlık ekibi içinde hemşireler hastanın ve ailesinin hastalığa tepkisini değerlendirmek, tedavi süreci boyunca gözlemlemek, normalden sapmaları belirlemek ve hastanın psikososyal stresle baş etmesini izleme açısından en iyi pozisyonudadır. Hemşireler diğer sağlık üyelerine göre bakım sırasında hasta ile daha fazla zaman geçirmektedirler ve bu nedenle gelişebilecek psikososyal problemlerin hemşireler tarafından fark edilebilme olasılığı daha yüksektir (Barry, 1996; Legg, 2011).

Bütüncül bakım vermek üzere eğitim alan ve hastanede 24 saat hasta ile birlikte olan hemşireler, sıklıkla hasta davranışlarındaki değişiklikleri gözlemlemekte ve hastaların psikososyal bakımı için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Bu yardım ise bireyin, ailenin ve toplumun fiziksel, ruhsal ve sosyal ihtiyaçlarına yönelen, bütüncül bakımı gerektirmektedir (Hicks, 2009).

Hemşireler hastayla empatik, açıklayıcı, yardım edici, güven verici ve etik ilkeler doğrultusunda kurulmuş iletişim biçimiyle, hastanın hastalık durumundaki tepkilerini normal kabul edip duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri için bir cesaretlendirici tutumda olmalıdır. Hastalığın oluşumu, ilerleyişi ve tedavisine yönelik bilgilendirmelerde bulunarak, tedavi sürecinde işbirliğini ve öz bakımını sürdürmesi için desteklemelidir. Hastanın baş etme yöntemlerini destekleyerek aradaki güven ilişkisini sürdüren hemşireler, hastanın sosyalleşmesini sağlayarak izole olmasını önlemekte aktif rol almaktadırlar (Özkan, 1998).

Hemşireler psikososyal bakım sürecinde psikolojik ya da fizyolojik hastalıkta ve bireylerin strese tepki olarak intrapsişik ve sosyal işlev görmesi üzerine stresin etkileri üzerine yoğunlaşır (Gorman, 2014.) Bu süreçte hemşirenin profesyonel yaklaşıma, hastalık bilgisine, hastalığın bileşenlerine, problem çözme becerilerine, iletişim beceri ve deneyimine sahip olması gerekmektedir (Kocaman, 2005). Etkili psikososyal bakım sunmak için hastayla iletişim kurulması gerekir. Ancak bu iletişimi kurmak için öncelikle hastanın güvenini kazanmak gerekir. Bu güven kazanıldığından itibaren psikososyal bakım sağlanabilir. Sağlık personeli ile hastalar arasında güven, açıklık ve dürüstlük anlayışlılık, yanında olma, saygı, karşılıklı hedefler belirleme ve sosyal destek sunmaya dayanan bir ilişki vardır (Legg, 2011).

İyi iletişim becerileri terapötik iletişimin oluşturulması bakımından önemlidir. Bu terapötik iletişim hastalar ve aileleri için çok önemlidir ve hastaların duygularını ifade ederken rahatlamalarını, hemşirelere bakım süreci boyunca güvenmelerini sağlar. Bakım verirken iletişim becerilerini kullanmaya yardımcı olacak etkili stratejilerin geliştirilmesi hastalar için en iyi psikososyal sonuçların elde edilmesi için çok önemlidir. Böyle bir iletişim; hastaya uygun, doğru ve ayrıntılı bilgiler sunulmasını ve hastalığın patolojik sürecine ilişkin temel aşamaların anlaşılmasını kolaylaştırması bakımından önemlidir. İyi bir psikososyal bakım sunumu, hem sözlü hem sözsüz iyi iletişim becerilerinin kullanılmasını gerekli kılmaktadır (Legg, 2011).

Hemşirelerin hastalarla kurdukları iletişim aynı zamanda hastalar arasında değişkenlik gösterebilir. Her hasta, kendine özgü fiziksel, semptomatik ve psikososyal bakıma ihtiyaç duyduğundan hemşireler hastalara bireysel olarak tedavi uygulamaya çalışırlar. Hastanın yaşı ve cinsiyeti kurulan bu ilişkiyi etkileyebilir. Hemşirelerin psikososyal bakım ve yaşam kalitesini değerlendirirken hastanın cinsiyeti, spiritüalitesi, iyimserliği ve umudunu daha fazla kapsayıcı bir tavırla süreci yönetmeleri gerekmektedir. Hastane ortamlarında spiritüaliteye aktif bir şekilde destek olunması gerekmektedir. Spiritüel stresin değerlendirilmesi hemşireler tarafından verilen psikososyal bakımın ayrılmaz bir parçasıdır (Legg, 2011).

İyimserlik ve kötümserlik kavramları hastanın baş etme biçimleri ile bağlantılıdır. İyimserler bir stres etkeni ile karşılaştıklarında aktif problem çözme tekniklerini kullanmaya eğimli olurken kötümserler genellikle söz konusu stres etkinliğinden kaçınmayı seçerler bu nedenle hastada iyimserlik ve kötümserlik hemşireler tarafından değerlendirilmelidir. Çünkü hastaların baş etme stratejilerinin belirlenmesi, hastanın ihtiyaç duyacağı psikososyal desteğin türünü ve miktarını belirlemeye yardımcı olabilir. Umut psikososyal bakımın diğer önemli bir bileşenidir. Umut hem tedavi veya hastalıktan kurtulmaya hem de hastaların sahip olabileceği en iyi yaşam kalitesine ulaşmaya bağlıdır. Ulaşılabilir hedeflere odaklanmak bir anlamlılık ve kişisel kontrol duygusu geliştirebilir. Hastaya gerçeği söylemek ile umudu güçlendirmek arasında dengenin umudu yeşertmek için önemli bir şey olduğunu belirtilmektedir (Legg, 2011). Ayrıca hemşire, hastanın bakımını sağlarken öncelikle kendi duygu ve düşüncelerini analiz etmeli, anksiyete düzeyini kontrol edebilmelidir (Kocaman, 2005).

2.4. PSİKOSOSYAL BAKIM DÜZEYLERİ

Tunmore (1990), Nichols and The Management Advisory Service tarafından oluşturulan, genel hastane uygulamasında psikososyal bakımı; temel iletişim ve tanılama becerileri, rutin-önleyici psikososyal bakım, özelleşmiş psikososyal müdahaleler ve psikoterapi olmak üzere dört düzeyde açıklayan bir psikososyal bakım modeli tanımlamıştır (Tunmore, 1990).

Çizelge 1: Psikososyal Bakım Düzeyleri

Psikososyal Bakım Düzeyleri
Düzyey I: Temel İletişim ve Tanımlama Becerileri Bilgi verme, görüşme, dinleme ve <u>empati</u> becerisi, psikososyal gereksinimleri tanıyabilme, sunabilme, aktarılan problem hakkında bilgili olma
Düzyey II: Rutin- Koruyucu Psikososyal Bakım Hasta ve ailesinin stresle baş etme yeteneği, terapötik ilişki kurabilme, duyguların ifade edilmesini kolaylaştırma, aktarılan problem hakkında bilgili olma
Düzyey III: Özelleşmiş Psikososyal Girişimler Kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikososyal girişimler, danışman denetimi altında kısa süreli çalışma gibi.
Düzyey IV: Terapi Bilişsel <u>terapi</u> , davranışı değiştirme gibi psikoterapi uygulamaları

Kaynak:(Tunmore, 1990)

Çizelge 1’ de psikososyal bakım düzeyleri gösterilmiştir.

2.4.1. Psikososyal Bakımda Birinci Düzey Beceriler:

Temel iletişim ve tanılama becerileri: Hemşirelikte bakım verme ve tedavi edici yaklaşımda büyük bir öneme sahip olan iletişim hemşireler için vazgeçilmez bir beceridir. Hemşire ile hasta arasında olması gereken iletişim terapötik iletişimdir (Aştı, 2012). Psikososyal problemlerin en aza indirilebilmesi için iyi bir iletişim esas noktayı oluşturur (Kocaman, 2005). İyi bir iletişim için hastanın güvenini kazanmak gerekir. Bu güven kazanıldığından itibaren psikososyal bakım sağlanabilir (Legg, 2011). Hemşireler iletişim ilkelerini çok iyi bilmelidir. Hemşire hastasını, fiziksel ruhsal, sosyal ve kültürel yönden iyi tanımalı, iletişimi engelleyen unsurların olup olmadığını araştırmalıdır (Biro, 2009). İyi bir iletişim hastanın bilgisini, anlamasını ve hatırlamasını, bakımla ilgili memnuniyeti ve sağlık önerilerine uyumu

artırmaktadır. Aynı zamanda anksiyeteyi düzeyini ve hatalı ya da yanlış uygulama iddialarını azaltmaktadır (Kocaman, 2005).

İletişim sözlü ve sözsüz iletişimi içermektedir (Biol, 2009). Sözlü iletişimin birçok avantaja sahiptir verilen haberin anlaşılma derecesi denetlenebilir, soru sorulabilir ve anlaşılmayan bir konu olduğunda açıklık getirilebilir. Eş zamanlı olarak geri bildirimde bulunulur, söylenecek kelime seçilirken hemşire konuşma hızına, tonlamaya, basit, kısa ve anlaşılır olmasına özen gösterilmelidir (Aştı, 2012). “Sözlü iletişim” güven ilişkisi kurmak ve sürdürmek için, bilgi aktarımı, destek sağlamak ve tedavi kararlarını görüşmek için önemlidir. Bireyin hastalığı ve tedavisi hakkındaki algısı, inançları ve endişeleri anlaşılmaya çalışılmalıdır. Açık uçlu sorular sorarak hastanın görüşleri araştırılmalı, sorularını tartışmaya fırsat verilmeli, kendi sağlığının yönetiminde aktif katılımı kolaylaştırılmalı ve cesaretlendirilmelidir (Kocaman, 2005). Hastanın sözsüz davranışını gözleme ve yorumlama hemşirelerin geliştirmesi gereken temel bir beceridir, hastanın “sözel olmayan” (beden dili ve yüz ifadesi) davranışlarının farkında olunmalıdır (Aştı, 2012).

Psikososyal bakımda “aktif dinleme” çok önemli bir yere sahiptir ve bakım verenin hasta için fiziksel ve duygusal olarak gerçekten “orada olmasını” gerektirir. Aktif dinleme hastanın bulunduğu tarafa dönme, yüzüne doğru bakma, göz ilişkisi kurma ile birlikte sorulabilecek soruları düşünmeyi, sadece söylenenlere değil, beden dili ile verilen tüm mesajlara tepkide bulunmayı, bireyin sözel olmayan davranışlarını gözlemeyi, sözlü mesajlarını dinlemeyi ve anlamayı, yaşamındaki sosyal alanın içeriğini anlamayı, bireyin söylediği yanlış bilgileri dinlemeyi içerir. Aynı zamanda bireyin kişisel problem çözebilme yeteneğini güçlendirmektedir (Aştı, 2012; Kocaman, 2005). Aktif dinleme bireylerin psikolojik, sosyal ve duygusal olarak varlığını sürdürmelerini sağlamaktadır. Bu nedenle bakım veren kişinin hasta bireyi hem fiziksel hem ruhsal olarak anlayabilmesi için bu beceriye sahip olması gerekmektedir (Kaya, 2014).

“Dokunma” da önemli bir iletişim aracıdır. Önyargısız, kabullenici, güvenli bir iletişim, hastanın duygularını ve endişelerini paylaşmasını kolaylaştırır. Hastaya psikososyal yaklaşım kavrayıcı, destekleyici, iç görü artırıcı ve empatik bir yaklaşım ve etik ilkelere uygun müdahaleleri içermelidir. Hemşirelerin psikososyal müdahalede hastayı bireysel olarak değerlendirme, bireysel gereksinimlerini karşılayabilme, danışmanlık yapma ve bu konuda iyi bir eğitim becerisine de sahip olması gerekmektedir (Kaya, 2014).

Psikososyal bakımın unsurları değerlendirildiğinde büyük bir çoğunluğu, hastanın bilgi gereksinimi ile eğitimi etrafında yoğunlaşmaktadır (Bekar, 2001). Hemşirelerin psikososyal bakımda hastanın bireysel gereksinimleri ile ilgili kaynak sağlayabilme ve eğitim verme gibi rolleri vardır (Kocaman, 2005). Bu psikososyal bakımın gerekli ve önemli bir parçasıdır. Bilgi vermeden önce hastanın durumu ile ilgili mevcut bilgileri, bildiklerindeki yanlışlıklar, eksiklikler, istediği bilginin tipi, miktarı, hemşireden bu süreçteki beklentileri belirlenmeli ve soru sormaları için fırsat verilmelidir. Hastanın verilen bilgileri anlamasında teknik terimler ve mesleki terminoloji kullanılması, hastanın görme, işitme duyularında, konuşmasında ve bilişsel özelliklerinde problemler, anksiyete düzeyinin yüksek olması, bilginin karmaşık ve çok olması gibi faktörler anlama ve hatırlama için önemli engellerdir. Bilgi verirken, sözel bilgiyle birlikte yazılı materyalin verilmesi, bilginin görüşmenin başlangıcında ve sonunda tekrar edilmesi, o konuda sağlık personeli arasında görüş birliği olması gereklidir (Kocaman, 2005). Zayıf iletişim ve yetersiz bilgilendirme, hastanın tedaviye uyumunun bozulmasının ve önerilere uymamasının en yaygın nedenlerindedir (Yarış ve Dikici, 2012). Bu nedenle hemşireler hastaya uygun bir girişimi planlamadan önce her bir hastanın baş etme stratejisinin nasıl olduğunu değerlendirmek gibi bir durumla karşı karşıyadırlar. (Bekar, 2001).

2.4.2. Psikososyal Bakımda İkinci Düzey Beceriler

Rutin-koruyucu psikososyal bakım; Hasta ve ailenin baş etme becerilerini geliştirmek ve hastalığa uyumlarını artırmak psikososyal bakımın odak noktasıdır. Bu düzey hasta ve ailesinin yaşanan streslerle baş etme yeteneğini arttırmayı, duygularını ifade etmeleri için cesaretlendirmeyi ve hastayla terapötik iletişim kurabilmeyi içermektedir (Yıldırım ve Gürkan, 2010).

Bu düzey, hastalık ve tedavi süreci boyunca gittikçe artabilecek problemleri önleyebilir ve sistemli psikolojik tedaviye duyulan gereksinimi azaltabilir. Bu nedenle hastanedeki her serviste, hastaların ihtiyaçlarına yönelik bakım standartları ve prosedürlerinin belirlenmiş olması gereklidir (Kocaman, 2005).

Hemşirelerin hastayla güven ilişkisi kurabilmesi için, hastaların rahat hissedebilecekleri bir terapötik ortam oluşturmaları gerekmektedir. Bu terapötik ortam hasta ve ailenin güveninin kazanılmasında önemli bir role sahiptir. Terapötik iletişimde duyguların, tutumların, düşüncelerin serbestçe ifade edilmesi önceliklidir. Hastalar, hastalık ve hastaneye yatış sonrası günlük yaşamlarında sıklıkla kullandıkları baş etme yöntemlerini kullanamayabilirler ya da bu baş etme yöntemleri yetersiz kalabilir. Bu nedenle hastanın ilk önce kullandığı baş

etme yöntemleri tanımlanmalı ve uyuma dönük, etkili baş etme yollarını kullanması öğretilmelidir (Kocaman, 2005).

Hastalar onlara söylenen şeyleri birkaç kez duyma gereksinimi duyarlar. Yazılı bilgilendirme destek sağlasa da sözlü iletişimin yerini almamalıdır. Hastaların hastalığın yol açacağı değişiklikleri bilmek istemeleri normal bir psikolojik yanıttır. Bu ruh hali devam eden yetersizliğe uyum sağlayana kadar devam eder (Özdemir ve Taşçı, 2013).

2.4.3. Psikososyal Bakımda Üçüncü Düzey Beceriler

Özelleşmiş psikososyal girişimler; problem çözme becerileri, anksiyete ile baş etme teknikleri gibi amaca yönelik becerileri içermektedir. Hemşirelerin, hastaların bazı psikososyal problemleriyle uğraşmada yeterli olmalarını gerektirir.

Bu düzeyde psikososyal müdahalelerde uzman klinik hemşire, Konsültasyon Liyezon Psikiyatri hemşiresi, psikolog ve psikiyatrist hasta ve hasta yakınlarına doğrudan danışmanlık yapabilmektedir

Gevşeme ve solunum egzersizi gibi spesifik teknikler hastalarda anksiyete azaltıcı teknikler olmakla beraber titreme, parestezi ve kas gerginliği gibi anksiyetenin bazı istenmeyen sonuçlarını azaltır ve semptomların alevlenmesini önlemeye yardımcı olur. Gevşeme teknikleri aynı zamanda, hastanın bedeni ve yaşamı üzerinde kontrolü olduğu inancını geliştirmede yarar sağlar. Özellikle stresle ilgili hastalığı olan bireylerde gevşeme tekniklerinin etkin olduğu bilinmektedir (Kocaman, 2005).

2.4.4. Psikososyal Bakımda Dördüncü Düzey Beceriler

Terapi; alanında uzmanlaşmış terapist tarafından yapılan bilişsel terapi, davranışçı yöntemler aile terapisi gibi yöntemleri içermektedir. Ayrıca çözümü güç olan klinik problemlerin çözümünde multidisipliner bir yaklaşımla müdahale edilmelidir ve bu alanlarda özelleşmiş hemşirelerden bilgi ve destek alınmalıdır (Kocaman, 2005).

2.5. PSİKOSOSYAL DEĞERLENDİRME

Fiziksel hastalığı olan bireye psikososyal bakımın sunulması için ilk basamak, hastaların psikososyal tepkilerinin tanınmasıdır ve son derece önemlidir. Temel psikososyal sağlık değişkenlerinin değerlendirilmesi hastanın sağlığına yönelik temel görüşleri güçlendirir ve bütüncül bakımın başlatılması için araçtır (Charlotte ve ark. 2015; Küçük, 2011). Hemşireler, fiziksel hastalığı olan hastanın psikososyal tepkilerine odaklanmalıdır ve psikososyal tepkileri etkileyen faktörleri değerlendirmelidir (Kocaman, 2008). Psikososyal değerlendirme dinamik bir süreçtir. Hasta ile ilk temas sırasında başlar ve hemşire- hasta deneyimi boyunca devam eder (Kneisl, 2004). Psikososyal değerlendirme bakım ve tedavi planı hakkında bilgi verir. Psikososyal değerlendirmenin amacı, hastanın yaşamındaki fizyolojik veya psikolojik bir etkiye sahip olabilen sorunları açıkça ortaya koyabilmektir (http://www.himh.org.au/_data/assets/pdf_file/MIND-Essentials-Psychosocial-Assessment.pdf). Etkin bir psikososyal değerlendirme yapmak için hemşirenin birçok beceri kullanması gerekir. Bunlardan ilki hasta ile uyum sağlamak ve iyi bir iletişim kurmaktır. Psikososyal değerlendirmede, fiziksel belirtilerden çok, hastalığın birey ve aile üzerindeki etkilerine odaklanılır. Bu değerlendirme, anahtar hemşirelik tanıları için tanımlama sürecini başlatır (Gorman, 2014). Bu psikososyal değerlendirmenin önemli unsurları şunlardır;

- Hastayla güven ilişkisi kurulması
- Mevcut hastalık ve etkilerinin anlaşılması
- Yaşamındaki ortaya çıkan değişimler ve stres etkenlerinin tanımlanması
- Hastanın güçlü yönlerinin (olumlu baş etme stratejileri, başkalarıyla bağlantılı olma/iletişim kurma, yardım isteyebilme vb) belirlenmesi
- Hastanın daha önce herhangi bir psikiyatrik sağlık sorununun bulunup bulunmadığının belirlenmesi
- Hastanın yaşam tarzının (beslenme, egzersiz, alkol ve uyuşturucu kullanımı, sosyal destek ve ilişkiler dâhil) belirlenmesi
- Hastaya Ruhsal Durum Muayenesi uygulanması
- Eldeki bilgilerin güçlendirilmesi (aile veya yakın arkadaşlara ayrıntıların açıklanması vb)

Değerlendirmenin hem koruyucu etkenler hem de zayıf noktaların kapsamak önem taşımaktadır. Değerlendirmeler genellikle hastanın zayıf yönlerine (mesela kişiyi riske atan şeyler) odaklanma eğilimindedir. Ancak koruyucu etkenleri (mesela iyileşme olasılığını

artıran ya da iyileşmeye yardımcı olan şeyler) de tanımlamak önemlidir (http://www.himh.org.au/_data/assets/pdf_file/0015/10374/MIND-Essentials-Psychosocial-Assessment.pdf).

Kısaca psikososyal değerlendirme hemşirelik tanımlarının belirlenmesi için gerekli ve önemlidir. Bu nedenle bütüncül bir bakış açısıyla belirlenecek psikososyal öykü, hastalığın ilgili özellikleri, hastanın tedavi ve bakıma yönelik algısı, sosyal çevresi, destek güçleri ve değerleri, inançları kültürel özellikleri içermeli ve yaşanan sorunları belirleyebilmelidir. Sorunların tanımlanmasında etkili veri toplama araçlarının kullanılması önemlidir (Okanlı, 2011).

2.6. PSİKOSOSYAL BAKIMIN ÖNÜNDEKİ ENGELLER

Mesleki eğitim sürecinde hemşirelik bakımının bütüncül bir bakış açısıyla verilmesinin önemi vurgulanarak anlatılır ve uygulamalarla öğretilir. Ancak gerek sağlık çalışanlarının eğitiminden, sağlık sisteminin işleyiş politikalarına kadar birçok noktada yaşanan eksiklikler ve sorunlar gerekse öğrenilmesinin veya sürdürülmesinin zorlukları nedeniyle bakımın fiziksel boyutu daha çok dikkate alınırken bakımın psikososyal boyutu ve hastaların psikososyal gereksinimleri ihmal edilmektedir. Çünkü fiziksel alanlardaki sorunların kolayca görünebilmesine ve ele alınabilmesine karşın psikososyal boyutunun değerlendirilmesi ve bu alandaki sorunları görebilmek daha zordur (Gorman, 2014; Hicks, 2009; Özdemir ve Taşçı, 2013). Günlük bakım sürecinde psikososyal sorunlar sıklıkla gözden kaçırılmaktadır. Psikososyal sorunlar hastalardan ya da ekip üyelerinden kaynaklanan sebeplerle hemen tespit edilememektedir (Özdemir ve Taşçı, 2013).

Uygur ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, hemşirelere sağlık ekibi içindeki rolleri sorulduğunda; % 96,0'sı bakım vermek olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca hemşirelerin yarısından biraz fazlası sağlık hizmetlerindeki rollerini uygularken hemşire meslektaşları ile, öte yandan önemli bir çoğunluğu sağlık sisteminin işleyişinden kaynaklanan sorunlar yaşadığını ifade etmiştir. Pehlivan (2013)' ün yaptığı bir çalışmada hemşirelerin hastaları psikososyal açıdan değerlendirmesini etkileyen faktörler incelendiğinde, %80,3'ü iş yoğunluğu nedeniyle hastanın psikososyal ihtiyaçlarına vakit ayıramadığını, %65'i çalışan hemşire sayısının az olduğunu, %62,4'ü hasta sayısının fazla olduğunu, %22,9'u psikososyal değerlendirme yapabilecek bilgiye sahip olmadığını, %12,1'i bunun psikiyatri hemşiresinin işi olduğunu düşündüğünü, %1,3'ü psikososyal değerlendirme yapılması gerektiğine inanmadığını belirtmiştir. Özçetin (2013)' ün yaptığı çalışmada hemşireler çalıştıkları kurumların

kendilerinden beklentilerinin; % 26,9'u fizyolojik gereksinimleri karşılanma, % 26,9'u bütüncül bakım verme, %24,1'i rahatın sağlanması olarak belirtmişlerdir. Botti ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir araştırmada fazla iş yükü ve zamanın az olmasının hemşirenin hastanın yanına gelip onun ihtiyaçlarını konuşarak açığa çıkarma fırsatı bulmasını sınırlayan potansiyel engeller olduğu bulunmuştur. Yürün (2015) hemşirelerin hasta bakımına yeterli zaman ayıramayan sebeplerinin dağılımı incelendiğinde; %22,5'i hasta ve hasta yakınlarının isteklerinin çokluğu nedeniyle, %49,02'si personel yetersizliği nedeniyle ve %25,49'i iş yoğunluğu nedeniyle hastalara yeterince zaman ayıramadıkları belirlenmiştir.

Zaman zaman hemşireler tarafından da fiziksel bakımın öncelikli olarak tercih edildiği ve tek başına yeterli olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin sorumluluğu hastayı psikososyal boyutlarıyla bütüncül olarak değerlendirmek olduğu halde, hemşirelerin yalnızca hastayı, hatta bazen yalnızca hastalığı ele alma, bireysel ve sosyal özelliklerle ilgilenmeme eğilimleri olabilmektedir (Alaca, 2011; Botti, 2006; Charlotte ve ark, 2015; Csaszar ve ark, 2009; Çam ve Nehir,2011; Gorman, 2014; Hicks, 2009; Kocaman, 2005; Kocaman, 2008; Kocaman, 2006; Legg, 2011; Mayda, 2015; Özçetin, 2013; Özdemir ve Taşçı, 2013; Özkan, 2006; Pehlivan, 2013; Peyrot, 2005; Peyrot, 2006; Uygur ve ark, 2008; Yürün, 2015).

2.7. ÖLÇEK VE ÖLÇEK GELİŞTİRME

Ölçme, kavramsal açıdan birçok şekilde tanımlanmaktadır. Ölçme; bir niteliğin gözlenerek, gözlem sonucunun sayı ve sembollerle ifade edilmesidir (Aktürk, 2012). Genel olarak ise herhangi bir büyüklüğün kendi cinsinden seçilmiş bir ölçü birimi ile karşılaştırılması şeklinde tanımlanmaktadır (Kubilay, 2004). Ölçme genellikle bir amaç için yapılır. Ölçmenin amacı kişiler, olaylar ya da nesnelere hakkında değerlendirme yapmak ve elde edilen değerlendirme sonuçlarına göre belli kararlar vermektir (Ercan ve Kan, 2004).

Ölçek, ölçme sonuçlarını gösteren sembol veya sayıların matematiksel ifadesidir (Öner, 2006; Yurdagül, 2005). Ölçekler, ölçmeye konu olan özelliklerin sınıflanması, sıralanması ya da miktar ve derecelerinin belirlenmesi için uyulması gereken kural ve kısıtlamaları belirleyen ölçme araçlarıdır (Terlemez, 2018). Ölçekler, ölçme işlemini kolaylaştırmanın yanı sıra elde edilen sonuçların niteliğinin de belirlenmesini sağlar. Bilimsel gelişme ölçmeye dayanır, duyarlı ölçeklerle yapılan ölçmeler de bu gelişmeyi artırır (Tavşancıl, 2002). Bir ölçeğin geçerli ve güvenilir olması için, ölçeğin geliştirilmesi ve kullanılması aşamalarında bir çok kriter ve standarda uygun çalışılması ve yorum yapılması gerekmektedir (Dönmez, 2014).

Günümüzde tutum, davranış, ilgi, yetenek, beceri vb. konularda ölçüm yapabilmek için çok çeşitli ölçekler geliştirilmekte ve bilim dünyasında kullanıma sokulmaktadır. Hemşire araştırmacılar da bu tür somut kavramları ölçmek için geliştirilmiş ölçekleri kullanmakta veya yeni ölçekler geliştirmektedirler. Geliştirilen bu ölçeklerin hemşirelik alanında kullanım oranları giderek artmaktadır (Kubilay, 2004).

2.7.1. ÖLÇEK GELİŞTİRME SÜRECİ

Ölçek geliştirme çalışmalarına başlamadan önce, konu ile ilgili mevcut bir ölçek olup olmadığını, eğer varsa ne kadar duyarlı bir ölçek olduğu ve mevcut ölçeğin duyarlılığı yüksekse, bir uyarlama çalışması yapmanın mı yoksa yeni bir ölçek oluşturmanın mı daha anlamlı olacağı değerlendirilmelidir (Deniz, 2007; Tavşancıl, 2002).

a) Var olan bir ölçeğin uyarlanması: Ölçeğin sadece farklı bir dile çevrilip kullanması değil, o ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılması, ölçeğin başka dil ve kültürlerle uyarlanmasıdır.

b) Yeni bir ölçek geliştirme: Yeni bir ölçek geliştirmek için ilk önce, konuyla ilgili literatür taraması yapılmalıdır. Bunu yaparken, ölçek için hangi soruların değerlendirilmesi gerektiğine dikkat edilmelidir (Dönmez, 2014).

Eğer ölçek geliştirilecekse ölçülmek istenen yapının belirlenmesi, literatür taraması, uzmanlarla yapılan görüşmeler gibi adımlardan sonra ölçüm şekli için format belirlenmeli ve buna göre madde havuzu oluşturulmalıdır (Erkuş, 2014). Maddeler oluşturulurken, maddelerin sade ve anlaşılır olmasına, bir maddenin birden fazla yargıya ve düşünceye sahip olmamasına özen gösterilmelidir (Ekici, 2012). Daha sonra oluşturulan madde havuzu için kapsam ve görünüm geçerliği için uzman görüşüne başvurulmalıdır. Uzmanlar tarafından soruların gerekliliği, açık ve özgüllüğünün değerlendirilmesi yapılır (Taşkın, 2010). Uzman görüşüne göre şekillendirilen ölçek, taslak örneklem grubuna uygulanır. Örneklem hedef kitleyi temsil etmelidir. Taslak uygulaması sonrası, ölçeğin geçerlik ve güvenirlik analizleri ile değerlendirilmesi yapılarak, son hali verilir (Dönmez, 2014).

Ölçek uyarlama ve geliştirme çalışmaları, araştırmacıya ve ülkeye teknik bilgilerin (istatistik, analiz, bilgisayar paket programlarının kullanımı, program becerilerinin) yaygınlaşması, uluslararası ortak araştırma ilişkilerinin kurulması ve yazışmalar yoluyla bilgi alışverişinin sağlanması gibi kazançlar sağlamaktadır (Öner, 2006; Tezbaşaran, 1997)

2.7.2. GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK KAVRAMLARI

Her ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik gibi iki vazgeçilemez özelliği taşıması gerekir (Ergin, 1995).

2.7.2.1. Geçerlik (Validity):

Geçerlilik bir ölçeğin ölçmek istediği değişkeni ölçüp ölçmediği, ölçüyorsa onu başka değişkenlerden ne derece ayırarak ölçtüğüdür (Aktürk, 2012). Ölçeğin yapı geçerliği, aracın ölçülmek istenen davranış bağlamında soyut bir kavramı (faktörü) doğru bir şekilde ölçebilme derecesini göstermektedir ve testin kullanılış amacına uygun hizmet etme derecesini belirtmektedir (Karadağlı, 2017). Geçerliğin yüksek olması, ölçülmek istenen kavramın gözlenebilir nitelikteki değişkenlerle ifade edilebilmesine bağlıdır. Bu nedenle doğrudan ölçmelerde geçerlik, dolaylı ölçmelere göre daha yüksektir (Dönmez, 2014).

Ölçeklerin geçerlik düzeyi, geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve -1.00 ile $+1.00$ arasında değerler alır. İlişki katsayısı ne kadar yüksekse ölçek amaca o kadar uygun demektir. Geçerlik katsayısının düşük bulunması, sadece ölçekten elde edilen değerlerle kriter değerleri arasındaki ilişkinin zayıflığından kaynaklanmaz, aynı zamanda elde edilen değerlerin güvenilirliklerinin tam olmayışından da kaynaklanabilir. Güvenilir bir ölçek her zaman geçerli olmayabilir. Bu nedenle geçerlik katsayıları güvenilirlik katsayılarıyla birlikte yorumlanmalıdır (Ercan, 2004; Dönmez, 2014). Ölçme aracının yapı geçerliliğinde kullanılan yol faktör analizidir (Karadağlı, 2017).

2.7.2.1.1. Geçerlik Türleri ve Ölçümünde Kullanılan Yöntemler

2.7.2.1.1.1. Yorumsal Geçerlik: Ölçek yapısının ne kadar işlevsel olduğudur (Dönmez, 2014).

a) Yüzeysel Geçerlik (Görünüş Geçerliği): Ölçekteki soruların net bir şekilde ölçmek istenilen konuyla ilgili bilgiye yönelik olduğuna dair uzman görüşüdür (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014).

b) İçerik (Kapsam) Geçerliği: ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği. Kapsam geçerliği için konunun uzmanlarının görüşü alınır. Uzmanların kapsam geçerliği için yaptığı değerlendirme çeşitli tekniklerle yapılabilir. Kapsam geçerliği için uygulanan yöntemlerden biri Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGİ) olarak bilinen Davis

teknikidir. Davis tekniği göre uzmanlar her maddeyi (a) uygun, (b) madde hafifçe gözden geçirilmeli, (c) madde ciddi olarak gözden geçirilmeli ve (d) madde uygun değil şeklinde dörütlü derecelendirme ile değerlendirmektedir ve bu değer 0.80 olarak kabul edilmektedir. Bu teknikte her bir madde için (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek, maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi (KGI)” elde edilir. Kapsam geçerlik indeksi 0.80’den büyük ise ifade kapsam geğerliği açısından yeterlidir (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014)

2.7.2.1.1.2. Ölçüte Dayalı Geçerlik: Test puanlarının belirlenen bir veya birkaç dış ölçütle ilişkisini inceleyen bir tekniktir. Eşzaman ve yordama geğerliği olmak üzere iki türdür (Dönmez, 2014).

a) Eşzaman geğerliği: Katılımcıların geliştirilmek istenen ölçekten aldıkları puanların hem aynı davranışı ölçen başka bir test, hem de ilişkili başka bir davranışı ölçen bir test ile ölçülen puanlarının korelasyonuna bakılır. Karşılaştırılacak ölçmelerin aynı ya da yakın zamanda yapılması istenir (Büyüköztürk, 2005).

b) Yordama geğerliği: Sonradan alınacak referans sonucun önceden tahmin edilmesidir (Büyüköztürk, 2005).

2.7.2.1.1.3. Yapı Geğerliği: Ölçekten elde edilen sonucun ve bu sonucun ne ile bağlantılı olduğunun ağıklanmasını sağlar. Hazırlanan ölçek maddelerinin belirlenen özellikleri ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir (Tavşancıl, 2002; Büyüköztürk, 2005).

a) Benzer Ölçek Geğerliği: Ölçeğin belirli bir alanı ilgilendiren boyut puanının aynı kavramı sorguladığı iddia edilen diğer benzer ölçeğin aynı boyutu ile ya da aynı şeyi gösteren diğer bazı parametrelerle yüksek korelasyon göstermesi varsayımıdır.

b) Yapısal Eşitlik Modellemesi: Bu model ile ölçeğin içerdieği yapılar arasındaki ilişki ve ilişkinin yönü de incelenebilir (Dönmez, 2014).

c) Faktör Analizi: Birbiri ile ilişkili değişkenleri bir araya getirerek az sayıda ancak önemli olan yeni ve birbirleri ile ilişkisiz değişkenleri bulmayı amaçlar. Faktör analizi, birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek, kavramsal olarak anlamlı daha az sayıda yeni değişkenler bulmayı, amaçlayan bir istatistik olarak da tanımlanabilir. ortak boyutların saptanması ve bağımlılık yapısının yok edilmesidir (Tavşancıl, 2010). Katılımcıların,

geliştirilmek istenen ölçekteki maddelere verilen tepkilerin belli bir düzende olup olmadığını ortaya koyar (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014).

1.Açımlayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi araştırmacının veri setindeki hangi değişkenlerin belirli bir grup içinde kendi aralarında yüksek korelasyon gösterirken, farklı bir grup için nispeten daha düşük korelasyon göstererek alt küme oluşturduğunu incelediği durumlarda kullanılır. Gözlenen değişkenlerin kendi aralarında yüksek korelasyon oluşturdukları gruplar faktör olarak tanımlanır.. Birbirleriyle korelasyon halinde ancak ölçekte diğer değişken alt gruplarından bağımsız değişkenler tek bir faktör altında toplanır (Tabachnick ve Fidell, 2007).

Yapılan analizlerin sonunda maddelerin ölçekten çıkartılması ya da eklenmesinden sonra analiz tekrar edilir. Bu süreç, ölçülecek alanı ölçmede yeterli sayıda madde içeren uygun bir çözüme varıncaya kadar devam eder. Faktör analizi tüm değişkenlerin ve bu değişkenlerin lineer kombinasyonlarının normal dağıldığını varsayar. Bu varsayım karşılanıyorsa çözümün değeri artmaktadır. Ayrıca örneklem büyüklüğü, ilişkilerin güvenilir bir şekilde kestirilebilmesini sağlayacak büyüklükte olmalıdır (Büyüköztürk, 2002; Dönmez, 2014). Genel olarak örneklem büyüklüğünün en az gözlenen değişken sayısının 5-10 katı olması gerektiği de ifade edilmektedir (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014; Büyüköztürk, 2002).

1.1.Açımlayıcı Faktör Analizi ile İlgili Temel Kavramlar

Açımlayıcı faktör analizinde amaç faktör sayısını belirlemektir.

Korelasyon ve Kovaryans Matrisi: Gözlenen değişkenlerden üretilen matrisler “gözlenen korelasyon matrisi” olarak adlandırılmaktadır. Faktörden üretilen korelasyon matrisine ise “yeniden üretilmiş korelasyon matrisi” denir. Bu iki korelasyon matrisleri arasındaki fark “artık (residual) korelasyon matrisini” verir. İyi bir analiz için artık korelasyon matrislerindeki ilişkinin az olması gereklidir. Bu durum ise gözlenen ve yeniden üretilmiş matrisler arasında yakın bir uyum olduğunu göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Öz Değer: Her bir faktörü açıklayan varyansın tüm varyansa olan oranını göstermektedir ve özdeğer aynı zamanda faktör sayısını belirlemede kullanılır ve orijinal değişkenlerle faktör arasındaki ilişki hakkında bilgi vermektedir. Öz değer yükseldikçe faktörün açıkladığı varyans da yükselir (Tabachnick ve Fidell, 2013).

Faktör Yüğü: Bu katsayı maddenin faktörlerle arasındaki ilişkisini gösterir. Faktörleri oluşturan maddelere ait faktör yüklerinin yüksek olması gerekir ve faktör analizinde bu katsayının işaretine bakılmaksızın en az 0.40'un üzerinde olması gerekmektedir (Karagöz,2018)

Bartlet Küresellik Testi ve Kaiser- Meyer Olkin Testi: katılımcılardan elde edilen verilerin açımlayıcı faktör analizine uygunluk durumunun Kaiser Meyer Olkin (KMO) ve Barlett testi ile değerlendirilmesi gerekmektedir. KMO testi, dağılımın faktör analizi yapabilmek için yeterlilik durumunu, değişkenler arasındaki korelasyonu test etmektedir (Tavşancıl, 2010). KMO testinde bulunan değer 0.50 zayıf, 0.60 orta, 0.70 iyi, 0.80 çok iyi, 0.90 mükemmel olarak değerlendirilir (Karagöz, 2018). Barlett testi ise, sıfır hipotezinin testi için kullanılır. Barlett's testte $\text{sig}<0.05$ olmalıdır bu değer 0,5'in altındaysa H_0 reddedilir bu da korelasyon matrisinin özdeş bir matris olmadığı anlamına gelmektedir. Bartlett değeri $p<0.001$ ise faktör analizi yapılabilir (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2010).

Döndürme Yöntemleri/ Varimax: Faktör analizindeki temel uygulamalardan biri de faktörlerin döndürülmesidir. Faktör çıkartma tekniklerinden hiçbiri döndürme yöntemi olmadan yorumlanabilir sonuçlar vermemektedir (Büyüköztürk, 2002; Şencan, 2005). En çok tercih edilen yöntem varimaxdır ve varyansı en yüksek yapan döndürme yöntemidir. Faktörün varyansı arttıkça değişkenlerin bileşenleri gösterme uygunluğu da artmaktadır (Şencan, 2005).

Temel Bileşenler Analizi (principal component analysis): Açımlayıcı faktör analizi için kullanılan SPSS programında yedi tane faktör çıkartma yöntemi bulunur. Bunlardan en sık kullanılan faktör çıkartma metodu temel bileşenler analizidir. Amacı bileşenlerin birbirine dik olduğu bir grup veri için maksimum varyansı çıkarmaktır (Şencan, 2005; Tabachnick ve Fidell, 2013).

Faktör Sayısının Belirlenmesi: Burada amaç değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede temsil edecek az sayıda faktör elde etmektir. Faktör elde etmede çeşitli kriterler vardır.

a) Özdeğere (Eigen values) Göre Belirleme: Bir ve birden büyük olan faktörlerin hesaba katılması kullanılan bir kriterdir. Biraktör tarafından açıklanan toplam varyansı gösterir.

b) Serpilme Diyagram (Scree test) ile Belirleme: Özdeğerlerin grafiği incelenir açıklama oranlarındaki hızlı düşüş belirlenerek faktör sayısına karar verilmektedir.

c) Varyansın Oranına Göre Belirleme: Analiz sonunda elde edilen varyans oranları ne kadar büyükse faktör yapısı da o kadar güçlü olur. Bu oranın % 40 ile % 60 arasında olmasını yeterli kabul edilmektedir (Tavşancıl, 2002).

2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Gizil değişkenler ile ilgili kuramların test edilmesinde ve daha üst seviyede kullanılan oldukça geniş bir tekniktir (Tabachnick ve Fidell, 2013). DFA, gözlenen değişkenler ile bu gözlenen değişkenler aracılığıyla ölçüldüğü kabul edilen yapı ya da yapılar arasındaki ilişkileri test etmek için kullanılmaktadır. DFA modelleri de bir kuramsal temelden hareketle gerçekleştirilmekte ve bu yönüyle açımlayıcı faktör analizinden farklılık göstermektedir (İlhan, 2014).

Doğrulayıcı faktör analizinde test edilmek istenen ölçeğin uygunluğunu değerlendirmek için bir takım uyum indeksleri kullanılmaktadır ve uyum indeksleri istatistiklerinin istenilen düzeyde olması gerekir. Bu uyum indeksleri; karşılaştırılmalı uyum indeksleri NFI, NNFI (TLI), IFI, CFI, RMSEA ve mutlak uyum indeksleri GFI, AGFI' dir (Karagöz, 2018).

Ki-Kare değeri modelin genel uygunluğunu test etmek amacıyla kullanılan en temel ölçümdür. Ki-Kare testi veriyle ölçek arasındaki uyumun testidir. Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir ancak bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki kare değerinin serbestlik derecesine bölümünden elde edilen sonucun iki ya da altında olması modelin iyi bir ölçek olduğunu, beş ya da daha altında olması ölçeğin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Harrington, 2009).

2.7.2.2. Güvenirlilik:

İstatistikte güvenilirlik, ölçme aracının kendi içinde kararlılığı ve tutarlılığı olup, standart hatanın az olması demektir (Aktürk, 2012). Güvenirlilik, bireylerin test maddelerine verdikleri cevaplar arasındaki tutarlılığı ve kullanılan ölçeğin ölçtüğü sorunu ne derece yansıttığını ifade etmektedir (Karadağlı, 2017). Ölçeğin aynı şartlar altında tekrarlanması halinde aynı sonuçları verebilmesidir (Arıkan, 2011). Güvenirlilik sadece ölçeğe ait bir özellik olmayıp, ölçek aracı ve aracın sonuçlarına ilişkin bir özelliktir (Ercan, 2004; Dönmez, 2014).

Güvenirlikte 3 kavramdan söz edilir:

1. Tutarlılık: Bir ölçekteki maddelerin testin bütünü ile uyumudur.

2. Kararlılık: Ölçülen özelliğin, aynı ölçekle farklı zamanlarda birkaç kez ölçümünde aynı sonuçların elde durumudur.

3. Duyarlılık: Ölçek veya sonuçlarının biriminin büyüklüğü ile ilgilidir. Birim aralığı küçükse ölçme daha duyarlıdır (Dönmez, 2014).

2.7.2.2.1. Güvenirlik Katsayılarının Hesaplanması için Kullanılan Yöntemler

Bunlar: Formun tekrarı yöntemi, eşdeğer (paralel) formlar yöntemi, iç tutarlılık (yarıya bölme yöntemi, kuder-richardson (KR) güvenilirlik katsayıları, cronbach alfa güvenilirlik katsayısı), puanlama tutarlılığı (Gözlemciler Arası Tutarlılık, Gözlemciler İçi Tutarlılık) yöntemleridir (Dönmez, 2014). Bazıları aşağıda açıklanmıştır.

2.7.2.2.1.1. Formun Tekrarı Yöntemi: Bir ölçek aynı deneklere benzer şartlar altında iki ya da daha fazla kez uygulanmasıdır. Burada iki ölçüm arasında fazla bir farklılık olmamalıdır. (Aktürk, 2012). İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenilirlik katsayısıdır (Ercan, 2004; Dönmez, 2014). Buradaki en önemli şey, iki ölçüm arasında bırakılması gereken zaman aralığının iyi ayarlanabilmesidir. Bu sürenin ölçülen davranış ve hedef kitleye göre değişmekle birlikte ortalama 3–4 haftalık sürenin yeterli olduğu belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2005; Dönmez, 2014). Zamana göre değişmezlik ölçütü ile bulunacak güvenilirlik katsayısı için, veri türüne göre, uygun bir korelasyon çözümlemesi yapılır. Ölçülen özellik sürekli değişken ve geliştirilen ölçek eşit aralık ya da oran ölçeği ise en güçlü, kuvvet yetkinliği en yüksek korelasyon tekniği olduğu için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanır. Korelasyon katsayıları iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi verir ve -1 ile +1 arasında değer alır. Katsayının +1 olması pozitif ve mükemmel ilişki varlığını gösterir. Bir ölçeğin kararlılık gösterdiğinin kabulü için en az 0,70 olması gerekir (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014).

2.7.2.2.1.2. İç Tutarlılık: Belirli bir alanı ölçen maddelerin kendi aralarında ne derece homojen olduğunun, sadece istenen kavramı ölçüp ölçmediğinin ölçütüdür. Sık başvurulan bir güvenilirlik ölçütüdür.

İç tutarlılık yarıya bölme yöntemi, kuder-richardson (KR) güvenilirlik katsayıları ve cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile değerlendirilir (Dönmez, 2014).

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı:

Güvenirlik bir ölçeğin tamamına ve alt boyutlarına ait güvenilirlik bulguları sıklıkla Cronbach's Alfa güvenilirlik katsayısı ile ifade edilir. Bu noktada hangi güvenilirlik yönteminin araştırmalarına uygun olduğunu belirlemek araştırmacıların inisiyatifindedir (Güngör, 2016).

Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı güvenilirlik hesaplarında sıkça kullanılan bir katsayıdır. Maddeler arası korelasyon ortalamasını da dikkate alarak iç güvenilirliği hesaplar (Aktürk, 2012). Ölçekte yer alan k maddenin varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile bulunan bir ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır. Cronbach alfa katsayısı için genel kabul, hesaplanan değer en az 0,70 olmasıdır. Cronbach alfa katsayısından faydalanarak güvenilirlik hesaplanabilir (Dönmez, 2014).

2.7.2.2.1.3. Puanlama Tutarlılığı

Gözlemciler arası tutarlılık ve gözlemciler içi tutarlılık olarak değerlendirilir (Dönmez, 2014).

Geçerlik ve güvenilirlik sınamaya yönelik bahsedilen yöntemler Çizelge 2'de sunulmuştur.

Çizelge 2: Geçerlik ve Güvenirlik Sınama Yöntemleri ile Kullanılan Testler

Tablo 1. Geçerlik ve güvenilirlik sınama yöntemleri ve kullanılan testler

Güvenirlik		Geçerlik			
		İstatistiksel test		İstatistiksel test	
Ölçeğin kararlılığı	Test-retest	Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı	Yorumsal geçerlik	Yüzeysel geçerlik	Uzman yorumu
	Paralel form			İçerik (kapsam) geçerliği	
Ölçümcü güvenilirliği	Gözlemciler arası tutarlılık	Korelasyon, t-testi, özel varyans çözümlenmeleri ve Cronbach alfa	Ölçüte dayalı geçerlik	Eşzaman geçerliği	Korelasyon
	Gözlemciler içi tutarlılık			Yordama geçerliği	
İç tutarlılık	Yarıya Bölme Yöntemi	Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı	Yapı geçerliği	Benzer ölçek geçerliği	Korelasyon
	Kuder-Richardson Güvenirlik Katsayıları			Yapısal eşitlik modellemesi	Korelasyon
	Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı	Cronbach alfa katsayısı		Faktör analizi	Faktör analizi

Kaynak: (Dönmez, 2014)

Sağlık alanında kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik düzeyi hem klinik uygulamaların hem de araştırma sonuçlarının yorumlanmasında hatalara veya taraf tutmalara yol açabilecek önemli bir faktördür. Bu nedenle kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenilirliğinin iyi bilinmesi ve hatta seçilen testlerin geçerlik güvenilirliği yüksek testler olmasına özen gösterilmesi, sağlık alanında önemli bir gerekliliktir. Ölçek geliştirme çalışmaları bilgi birikimi, araştırma, emek ve zaman isteyen çalışmalardır. Tutarlı, hatadan uzak, geçerli veriler ortaya koymak ve bu şekilde, çözüm üretebilmek için doğru saptamalar yapabilmek adına “daha duyarlı ölçek” kullanabilme olanaklarının sürekli olarak araştırılması bilime yapılan katkıyı artıracaktır (Dönmez, 2014).

2.7.2.3. Normallik

Çok değişkenli normallik, tüm değişkenlerin ve değişkenlerin tüm doğrusal kombinasyonlarının normal olarak dağılması varsayımdır. Açıklayıcı faktör analizinde verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiği “Barlett Küresellik Testi” ile test edilir. Barlett Küresellik testi sonucu ne kadar yüksek ise anlamlı olma olasılığı o kadar yüksektir. Barlett küresellik testinde de anlamlılık değerine bakılır ve anlamlılık değeri 0,05’ten küçük ise R korelasyon veya kovaryans matrisindeki birim matrisi farklı olduğu sonucuna ulaşılır. Bu durumda korelasyon matrisinden faktör çıkarılabileceği sonucu çıkar, eğer anlamlılık değeri 0,05’ten büyük ise “matriste paylaşılan varyans olmadığı” yorumu yapılır ve faktör analizi yapılamaz (Şencan, 2005).

Skewness ve Kurtosis: Çok değişkenli normallik testi, değişkenler arasındaki normallik Skewness ve Kurtosis (Çarpıklık/Basıklık) katsayıları ile test edilmektedir. Çarpıklık, örneklem verilerinin dağılımındaki asimetriklik olarak tanımlanır. Çarpıklık katsayısı bir dağılımda, normal dağılımdan uzaklaşmanın derecesini göstermektedir Basıklık katsayısı ise bir dağılımın sivriliğinin ya da basıklığının derecesidir (Kurtz, 1999).

Bir değişkenin normalliğini test edebilmek için: Skewness ve Kurtosis değerlerinin %5 anlamlılık düzeyinde +1,5 -1,5 olması değişkenlerin normal dağıldığını göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Ayrıca Skewness ve Kurtosis değerlerinin kendi standart hatalarına bölünmesiyle çıkan rakamın (yani z-skorların) %5 anlamlılık düzeyinde -1.96 ve + 1.96 arasında olması normal dağılımı göstermektedir. Örneklem büyüklüğünün 50-300 arası olası halinde %5 anlamlılık düzeyinde Skewness ve Kurtosis değerlerinin - 3.29/ + 3.29 olması da normal dağılımı göstermektedir (Kim, 2013).

Kolmogorov & Shapiro Wilk W Testi: Shapiro Wilk W testi, 50 ve altı örneklem sayısı için kullanılan bir normallik varsayımını ölçen en güçlü testtir. Eğer anlamlılık $p > .05$ dağılımın normal dağılımdan anlamlı bir farklılık sergilemediği sonucuna ulaşılır (Şencan, 2005). Kolmogorov-Smirnov testi ise 51 ve üzeri örneklem sayısında kullanılır. $Sig > 0.05$ ise dağılım normaldir. Asymp Sig (2-Tailed) değerine bakılır ve bu noktada eğer, Sign değeri $> 0,05$ ise H_0 kabul edilir. Bu test, var olan veriyi normal dağılımla kıyaslar (Şencan, 2005).

Genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği'nin normallik testlerindeki değerler literatüre uygundur. O yüzden parametrik testler yapılmıştır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, genel kliniklerde çalışan hemşirelerin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirmeleri Ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirliğinin yapıldığı metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde yapılmıştır. Cumhuriyet Üniversitesi, Cumhuriyetimizin 50. yılı anısına, 5 Nisan 1973 tarihinde yayınlanan 1071 sayılı yasanın 5/b maddesi gereğince, Sivas'ta kurulmuştur.

Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi, Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü'nün de bulunduğu kampüs yerleşkesi içerisinde 88047m²'lik alanda yer almakta olup, 7 blok ve 14 kattan oluşmaktadır. 1054 yatak kapasiteli hastane başta Sivas olmak üzere Tokat, Erzincan, Yozgat ve diğer komşu illerden gelen hastalara hizmet vermektedir. Kampus içerisinde 100 yatak kapasiteli Kardiyoloji - Kalp Damar Cerrahisi Merkezi, Acil Tıp Merkezi, Onkoloji Merkezi ve 40 yatak kapasiteli Yoğun Bakım Ünitesi yeni binalarında hizmet vermektedir.

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde toplam 319 hemşire hizmet vermektedir. Hemşirelerin çalışma saatleri 08–16, 16–24 ve 24–08 vardiyalarından oluşmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Ölçek geliştirme çalışmalarında örnekleme sayısı belirlenirken her bir madde için 5–10 kişi alınması önerilmektedir (Akgül, 2003; Öner, 2006). 44 maddelik bu ölçek için madde sayısının 6 katından fazla sayıda hemşireye ulaşılmıştır ($44 \times 6.81 = 300$). Araştırmanın örneklemini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi servislerinde (psikiyatri servisi dâhil) çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 300 hemşire oluşturmaktadır. Polikliniklerde çalışan hemşireler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmada verilerin toplanmasında hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini belirleyen Kişisel Bilgi Formu (Ek-1) ve araştırmacı tarafından literatür baz alınarak oluşturulan ve likert tipi hazırlanmış olan Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği (Ek-3) kullanılmıştır.

3.6. Veri Toplama Formları

3.6.1. Hemşireler İçin Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)

Bu form literatür bilgisi ve daha önce yapılan çalışmalara dayalı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form, hemşirelerin kişisel bilgi özellikleri ile mesleki çalışma şartlarını içeren 14 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2 Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği (Ek-3)

Bu taslak ölçek hemşirelerin, psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmelerini belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Ölçek katılımcıların dolduracağı 5’li likert tipi özellikte hazırlanmıştır. Ölçekte toplam 44 ifade yer almaktadır. Ölçekte yer alan her bir ifade “Beni hiç tanımlamıyor”, “Beni biraz tanımlıyor”, “Kararsızım”, “Beni iyi tanımlıyor”, “Beni çok iyi tanımlıyor”, şeklinde değerlendirilip, sırasıyla 1.2.3.4.5 şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçekten elde edilecek en yüksek puan ‘220’, en düşük puan ise ‘44’dür. Ölçek puanının yüksek olması klinikte çalışan hemşirenin psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmesinin iyi olduğunu göstermektedir.

3.6.3 Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Aşamaları

Ölçek geliştirmek için problemin iyi tanımlanması ve amacın açıkça belirlenmiş olması gerekmektedir. Bu amaçla kapsamlı bir literatür taraması yapılarak hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği konusundaki ifadeler belirlenmiştir (Alaca, 2011; Botti, 2006; Charlotte ve ark, 2015; Csaszar ve ark, 2009; Çam ve Nehir,2011; Gorman, 2014; Hicks, 2009; Kocaman, 2005; Kocaman, 2008; Kocaman, 2006; Legg, 2011; Mayda, 2015; Özdemir ve Taşçı, 2013; Özkan, 2006; Pehlivan, 2013; Peyrot, 2006; Uygur ve ark, 2008; Yürün, 2015). Buna yönelik hemşirelerin uygulayabilecekleri bir ölçüm aracının olmadığı saptanmıştır. Literatür doğrultusunda ölçek maddeleri oluşturulmuştur. Maddeler kliniklerde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirmelerini içermektedir.

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme (Taslak) Ölçeği'ni oluşturan maddelerin kapsam geçerliğini değerlendirmek üzere, hazırlanan madde havuzu (Ek-2), 11 uzman görüşüne sunulmuş (Ek-4), maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Uzman görüşleri (8 tane psikiyatri hemşireliği uzmanı, 1 tane hemşirelik esasları uzmanı, 1 adet cerrahi hastalıkları uzmanı, 1 adet doğum ve kadın hastalıkları uzmanı) değerlendirmesinden sonra ölçek 44 madde ile son şeklini almıştır.

Örneklem grubuna benzer özellikte 30 kişilik küçük bir grupta ön uygulama yapılarak ölçme aracının uygulanabilirliği saptanmıştır. Kişisel bilgi formundaki sorular ve ölçekteki ifadelerin anlaşılabilirliği belirlenmiştir. Ön uygulama sonrası yapılan değerlendirme ile ifadeler yeniden düzenlenmiştir. Ölçek maddelerinin anlaşılır ve uygulanabilir olduğu saptanmıştır. Böylece ölçeğe, uygulamadan önceki son şekli verilmiştir.

3.7. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Ölçek, araştırmacı tarafından haftanın yedi günü 08.00–24.00 çalışma saatleri arasında uygulanmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma için Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi kurumundan yazılı izin alınmıştır (Karar no: 93596471-730.08.03.) (Ek-6). Daha sonra ise, araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak “aydınlatılmış onam ilkesi” yerine getirilmiş Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu ile yazılı ve sözlü olarak onamları alınmıştır.

Bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesine uygun davranılmıştır.

Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” ilkesi yerine getirilmiştir.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler bilgisayar programında değerlendirilmiş ve yanılma düzeyi 0.05 alınmıştır.

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Taslak ölçeğin kapsam geçerliği; uzman görüşlerinin değerlendirilmesi	Kendall's W iyi uyum analizi
Taslak ölçeğin test-tekrar test güvenilirlik analizleri	Bağımlı gruplarda t testi Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi
Taslak ölçeğin yapı geçerliliği: ölçek alt boyutlarının belirlenmesi	Açımlayıcı faktör analizi Doğrulayıcı faktör analizi
Taslak ölçek ve alt boyutlarının güvenilirlik için iç tutarlılığı Taslak ölçeğin güvenilirliği için madde-toplam puan analizi Ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı	Cronbach Alfa katsayısı Pearson momentler çarpımı korelasyon analizi Cronbach Alfa katsayısı
Ölçek ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri	Maksimum, minimum ve ortalama puan, standart sapma
Hemşirelerin kişisel ve mesleki durum değişkenleri	Sayı ve yüzde

4. BULGULAR

Çalışma bulguları 2 başlık altında incelenmiştir.

1. Hemşirelerin Kişisel Bilgi ve Çalışma Özelliklerini İçeren Bulgular
2. Ölçek Geliştirme Çalışmasına İlişkin Bulgular

4.1. Hemşirelerin Kişisel Bilgi ve Çalışma Özelliklerini İçeren Bulgular

Tablo 1. Hemşirelerin Kişisel Bilgi Özelliklerine Göre Dağılımı (n=300)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	228	76.0
Erkek	72	24.0
Yaş		
19-25 yaş	79	26.3
26-32 yaş	143	47.7
33-39 yaş	45	15.0
40-46 yaş	30	10.0
47 yaş ve üzeri	3	1.0
Eğitim Durumu		
Sağlık Meslek Lisesi	38	12.7
Önlisans	18	6.0
Lisans	203	67.7
Lisans Üstü	41	13.7
Medeni durum		
Evli	161	53.7
Bekar	135	45.0
Dul/ Boşanmış	4	1,3
Ekonomik Durum		
Gelir giderden az	92	30.7
Gelir gidere eşit	175	58.3
Gelir giderden fazla	33	11.0
TOPLAM	300	100

Tablo1’ de hastanenin genel kliniklerinde çalışan ve örneklem grubunu oluşturan 300 hemşirenin kişisel bilgi özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Tablo-1’de görüldüğü gibi, çalışma grubundaki hemşirelerin % 76,0’sı kadın, %24,0’ü erkektir. Hemşirelerin % 26,3’ü 19–25 yaş grubunda, % 47,7’si 26-32 yaş grubunda, %15,0’i 33-39 yaş grubunda, %10,0’u 40-46 yaş grubunda, %1,0 ise 47 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Ayrıca hemşirelerin 67,7’si lisans mezunu olup, % 53,7’si evli, %58,3’ü ise ekonomik düzeyini gelir gidere eşit olarak değerlendirmektedir.

Tablo 2. Hemşirelerin Meslek ve Çalışma Şekli Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Meslekte Çalışma Süresi		
0-3yıl	70	23,3
4-7yıl	125	41,7
8-11yıl	46	15,3
12-15yıl	20	6,7
16-19yıl	17	5,7
20yıl ve üstü	22	7,3
Çalışılan Birim		
Dâhili Klinikler	197	65,7
Cerrahi Klinikler	103	34,3
Şu Anki Bulunduğu Serviste Çalışma Süresi		
0-3yıl	172	57,3
4-7yıl	91	30,3
8-11yıl	20	6,7
12-15yıl	8	2,7
16yıl ve üstü	9	3,0
Bulunduğu Serviste İsteyerek Çalışma Durumu		
Evet	255	85,0
Hayır	45	15,0
Serviste Çalışılan Pozisyon		
Klinik hemşiresi	280	93,3
Sorumlu hemşire	20	6,7
Çalışma Şekli		
Gündüz vardiyası	63	21,0
Gece vardiyası	46	15,3
Her ikisi de	191	63,7
Çalışma Biçimi		
Hasta paylaşımı	161	53,7
Oda paylaşımı	35	11,7
İş paylaşımı	48	16,0
Diğer	56	18,7
Haftalık Çalışma Saati (Ortalama)		
40saat	86	28,7
48saat	170	56,7
56saat	44	14,7
Serviste Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı		
2-6 hasta	48	16,0
7-11 hasta	114	38,0
12-16 hasta	85	28,3
17-21 hasta	29	9,7
22-26 hasta	5	1,7
27 ve üzeri hasta	19	6,3
TOPLAM	300	100

Tablo 2’de hemşirelerin meslek ve çalışma şekli özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Tablo 2’ de görüldüğü üzere çalışma grubundaki hemşirelerin %41,7’sinin meslekte çalışma süresi 4-7yıl olup, % 85,0’i bulunduğu serviste isteyerek çalışmakta, %56,7’sinin haftalık çalışma saati 48 saattir, %38,0’ının ise hemşire başına düşen hasta sayısı 7–11 hastadır. Çalışılan birim %65,7 ‘si Dâhili Kliniklerde %34,3’ü ise Cerrahi kliniklerde çalışmaktadır.

4. 2. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği’nin Geliştirilmesine İlişkin Bulgular

Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları

1. Geçerlik Çalışmaları

Kapsam geçerliği için Kapsam Geçerlilik İndeksi (KGI) olarak bilinen Davis tekniği ile değerlendirilmiştir.

Tablo 3: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği’nin Davis Tekniği’ne Göre Kapsam Geçerliği Sonuçlarının Dağılımı

İfade No	Uzmanlardan 3+ 4 Diyenlerin Toplamı	Uzman Katılımcı Toplamı	KGI 4puan+3puan/ Uzman sayısı	İfade No	Uzmanlardan 3+ 4 Diyenlerin Toplamı	Uzman Katılımcı Toplamı	KGI 4puan+3puan/ Uzman sayısı
1.	11	11	1.00	44.	10	11	0.90
2.	11	11	1.00	45.	10	11	0.90
3.	8	11	0.72	46.	11	11	1.00
4.	10	11	0.90	47.	11	11	1.00
5.	11	11	1.00	48.	10	11	0.90
6.	11	11	1.00	49.	10	11	0.90
7.	10	11	0.90	50.	9	11	0.81
8.	11	11	1.00	51.	10	11	0.90
9.	9	11	0.81	52.	9	11	0.81
10.	11	11	1.00	53.	10	11	0.90
11.	11	11	1.00	54.	9	11	0.81
12.	11	11	1.00	55.	10	11	0.90
13.	11	11	1.00	56.	10	11	0.90
14.	9	11	0.81	57.	10	11	0.90
15.	11	11	1.00	58.	10	11	0.90
16.	11	11	1.00	59.	10	11	0.90
17.	11	11	1.00	60.	10	11	0.90
18.	11	11	1.00	61.	10	11	0.90
19.	10	11	0.90	62.	11	11	1.00
20.	11	11	1.00	63.	10	11	0.90
21.	10	11	0.90	64.	11	11	1.00
22.	10	11	0.90	65.	10	11	0.90
23.	9	11	0.81	66.	10	11	0.90

24.	11	11	1.00	67.	11	11	1.00
25.	11	11	1.00	68.	10	11	0.90
26.	11	11	1.00	69.	10	11	0.90
27.	10	11	0.90	70.	10	11	0.90
28.	11	11	1.00	71.	11	11	1.00
29.	11	11	1.00	72.	9	11	0.81
30.	11	11	1.00	73.	10	11	0.90
31.	11	11	1.00	74.	10	11	0.90
32.	11	11	1.00	75.	9	11	0.81
33.	11	11	1.00	76.	9	11	0.81
34.	11	11	1.00	77.	10	11	0.90
35.	10	11	0.90	78.	11	11	1.00
36.	11	11	1.00	79.	11	11	1.00
37.	11	11	1.00	80.	10	11	0.90
38.	11	11	1.00	81.	10	11	0.90
39.	11	11	1.00	82.	9	11	0.81
40.	8	11	0.72	83.	11	11	1.00
41.	11	11	1.00	84.	11	11	1.00
42.	11	11	1.00	85.	9	11	0.81
43.	10	11	0.90	86.	9	11	0.81

Tablo 3' de Davis Tekniği'ne göre kapsam geçerliği çalışması verilmiştir. (Madde numaraları Ek 2'de olduğu gibi verilmiştir). Kapsam geçerlik indeksi 0.80'den büyük ise ifade kapsam geçerliği açısından yeterlidir. Maddelerin KGI'leri 0.72 ile 1 arasında değişmiştir. KGI 0.80'den düşük olan 2 ifade ile KGI 0.81 olan 12 ifade ölçekten çıkarılmıştır. (Davis, 1992). (ıkan İfadeler: 3, 9, 14, 23, 40, 50, 52, 54, 72, 75, 76, 82, 85, 86).

Uzmanların değerlendirme puanlarının uyumu ise Kendall Uyuşum Katsayısının hesaplandığı Kendall W analizi ile değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerinin birbirini destekledikleri belirlenmiştir (Kendall W=0.88). Kalan 72 ifade uzman değerlendirmelerine göre tekrar gözden geçirilmiştir 7 ifade tekrar düzenlenmiştir (Düzenlenen İfadeler: 8.18.29.43.51.71.74) ve 28 ifadenin ise ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. (ıkan İfadeler: 2.4.6.7.10.12.16.19.20.22.31.33.48.49.59.61.63.64.65.66.67.69.70.73.77.78.80.84). Uzman nerileri doğrultusunda yeniden gözden geçirilen ölçek 44 ifade ile son şeklini almıştır (Ek-3).

2. Güvenirlik Çalışmaları

Güvenirlik için madde analizi, iç tutarlılık ve test tekrar test analizleri yapılmıştır.

✓ Madde Analizi

Ölçeği oluşturan maddelerin ölçekle ne derecede ilişkili olduklarını belirlemek için madde analizinden yararlanılmıştır. Madde analizi için korelasyon katsayısı hesaplanmıştır.

Tablo 4: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonları

İfadeler (44 İfade)	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı		Madde çıkarıldığında iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa)
	r _p	p	
1. Hasta olmanın bireylerin fizyolojik sağlığı kadar psikososyal sağlığını da etkilediğini bilirim.	.473	,0001	,941
2. Hastanın davranışlarını gözlemleyerek ruhsal durumu hakkında bazı bilgilere ulaşabilirim.	.651	,0001	,940
3. Hastalarım ile etkili iletişim kurmada yetkinim.	.657	,0001	,940
4. Hastamın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim.	.615	,0001	,940
5. Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum.	.622	,0001	,940
6. Fiziksel hastalığı olan hastalara psikososyal değerlendirme yapılmasına gerek olmadığını düşünürüm.	.237	,0001	,947
7. Psikososyal bakımın hemşirelik uygulamalarının önemli bir bölümünü oluşturduğunu düşünürüm.	-.332	,0001	,947
8. Hastamın hastalığı hakkındaki endişelerini değerlendirebilirim.	.706	,0001	,939
9. Hastalık durumunun onu nasıl etkilediğini hastayla konuşabilirim.	.656	,0001	,940
10. Hastamla göz ilişkisi kurarak ona karşı ilgili olduğumu iletebileceğime inanırım.	.650	,0001	,940
11. Hastanın hastanede bulunma ile ilgili görüşlerini araştırırım.	.477	,0001	,941
12. Hastanın sadece hastalıkla ilgili fizyolojik semptomlarını sorgularım.	-.044	,0001	,946
13. Hastamın sosyal destek alma ihtiyaçları belirleyebilirim.	.636	,0001	,940
14. Hastanın soru sormasına fırsat veririm.	.679	,0001	,940
15. Açık uçlu sorular sorarak hastamın kendini daha iyi anlatabilmesini sağlayabilirim.	.647	,0001	,940
16. Bakım verdiğim hastaları aktif olarak dinlerim.	.743	,0001	,939

17. Hastamla empati kurmaya çalışarak onun içinde bulunduğu durumu anlayabilirim.	.718	,0001	,939
18. Hastamın kendi sağlığının yönetimine aktif katılımını sağlamak için onu cesaretlendirebilirim.	.801	,0001	,939
19. Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim.	.697	,0001	,939
20. Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim.	.714	,0001	,939
21. Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim.	.766	,0001	,939
22. Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim.	.746	,0001	,939
23. Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.	.757	,0001	,939
24. Hastam tedaviyi reddettiğinde bunu onunla konuşabilirim.	.670	,0001	,939
25. Hastanın beden imajındaki değişimlerini tanımlayabilirim.	.726	,0001	,939
26. Hastadaki düşük benlik saygısı belirtilerini tanımlayabilirim.	.703	,0001	,939
27. Hastamda stres tepkisine yol açan faktörleri belirleyebilirim.	.763	,0001	,939
28. Hastamın kullandığı stresle baş etme yöntemini belirleyebilirim.	.741	,0001	,939
29. Hastanın güçlü yönlerini (olumlu baş etme stratejileri, iletişim becerileri, yardım isteyebilme. gibi) belirleyebilirim.	.745	,0001	,939
30. Hastamın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.	.619	,0001	,940
31. Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim	.640	,0001	,940
32. Hastamın bireysel özelliklerini dikkate alarak eğitim verebilirim.	.741	,0001	,939
33. Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilirim.	.740	,0001	,939
34. Hasta ve ailesini bakıma dâhil ederim.	.543	,0001	,940
35. Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.	.734	,0001	,939
36. Hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilirim	.707	,0001	,939
37. Hastaya anksiyete ile baş etme tekniklerini öğretebilirim.	.706	,0001	,939
38. Hastamın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim.	.703	,0001	,939
39. Psikososyal bakımın psikiyatri hemşiresinin işi olduğuna inanıyorum.	.174	,0001	,947
40. Hastamın yanıt veremeyeceğim sorular sormasından çekindiğim için görüşmelerimi sınırlarım.	.233	,0001	,947
41. Hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum.	.592	,0001	,940
42. Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.	.607	,0001	,940
43. Hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim.	.676	,0001	,939
44. Krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, vb) yetkinim.	.503	,0001	,941

Tablo-4’de güvenilirlik çalışması için 44 maddelik taslak ölçeğin madde-toplam puan korelasyon sonuçları ve madde çıkarıldığında iç tutarlılık katsayısı (cronbach alfa) verilmiştir. Genel kliniklerde çalışan hemşireler için 44 ifadeden oluşan Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği’nin madde-toplam puan korelasyonlarına değerlendirildiğinde, 39 ifadenin korelasyon güvenilirlik katsayılarının (pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı) $r_p = .44$ ile $.74$ arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < .001$). 5 ifadenin ise istatistiksel olarak anlamlı ($p < .001$) ancak güvenilirlik katsayılarının (pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı) $r_p = .40$ ’ın altında olduğu saptanmıştır (Tablo 4). Bu nedenle taslak ölçeğin güvenilirliği için bu 5 ifade ölçekten çıkarılarak ölçekte yer alan madde sayısı 39’a düşürülmüştür (Çıkan ifadeler; 6.7.12.39.40). Ölçekten çıkarılmasına karar verilen 5 madde incelendiğinde maddenin silinmesi durumunda ölçeğin Cronbach iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa) Alfa güvenilirlik katsayısının arttığı görülmüştür (Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği’nin Cronbach Alpha katsayısı 0.948 olarak bulunmuştur).

Yapı Geçerliliği: Faktör Analizi

Açımlayıcı Faktör Analizi: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği’nin yapı geçerliliği için açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör yapısının incelenmesinde temel bileşenler analizi (principal components analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Tablo 5: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği’nin Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları (İlk Analiz)

Ölçek Maddeleri	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5	Faktör 6
Özdeğer	18,31	1,93	1,69	1,53	1,27	1,23
Faktörlerin Açıkladığı Varyans (%)	46,95	4,94	4,34	3,92	3,26	3,16
Ifade21-Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim.	,779					
Ifade20-Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim.	,772					
Ifade19-Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim.	,769					
Ifade22-Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim.	,720					
Ifade23-Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.	,714		,395			
Ifade26-Hastadaki düşük benlik saygısı belirtilerini tanımlayabilirim.	,547	,348				,376

Ifade25-Hastanın beden imajındaki değişimlerini tanımlayabilirim.	,524	,410				,338
Ifade18-Hastamın kendi sağlığının yönetimine aktif katılımını sağlamak için onu cesaretlendirebilirim.	,524	,447	,365			
Ifade17-Hastamla empati kurmaya çalışarak onun içinde bulunduğu durumu anlayabilirim.	,486		,478			
Ifade35-Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.		,665	,347			
Ifade36-Hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilirim		,664			,328	
Ifade34-Hasta ve ailesini bakıma dâhil ederim.		,630				
Ifade37-Hastaya anksiyete ile baş etme tekniklerini öğretebilirim.		,618			,320	
Ifade38-Hastamın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim.		,517			,306	
Ifade27-Hastamda stres tepkisine yol açan faktörleri belirleyebilirim.	,468	,486				
Ifade32-Hastamın bireysel özelliklerini dikkate alarak eğitim verebilirim.	,327	,446	,422			
Ifade15-Açık uçlu sorular sorarak hastamın kendini daha iyi anlatabilmesini sağlayabilirim.			,631			
Ifade14-Hastanın soru sormasına fırsat veririm.	,361		,621			
Ifade16-Bakım verdiğim hastaları aktif olarak dinlerim.	,362	,352	,595			
Ifade33-Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilirim.		,477	,589			
Ifade24-Hastam tedaviyi reddettiğinde bunu onunla konuşabilirim.	,494		,562			
Ifade13-Hastamın sosyal destek alma ihtiyaçlarını belirleyebilirim.			,488		,362	
Ifade10-Hastamla göz ilişkisi kurarak ona karşı ilgili olduğumu iletebileceğime inanırım.		,374	,409			
Ifade2-Hastanın davranışlarını gözlemleyerek ruhsal durumu hakkında bazı bilgilere ulaşabilirim.		,344		,730		
Ifade4-Hastamın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim.				,694		,412

Ifade1-Hasta olmanın bireylerin fizyolojik sağlığı kadar psikososyal sağlığını da etkilediğini bilirim.				,646		
Ifade5-Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum.				,601		,430
Ifade3-Hastalarımla etkili iletişim kurmada yetkinim.			,421	,592		
Ifade9-Hastalık durumunun onu nasıl etkilediğini hastayla konuşabilirim.			,423	,561		
Ifade8-Hastamın hastalığı hakkındaki endişelerini değerlendirebilirim.		,300	,347	,520		
Ifade42-Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.					,778	
Ifade41-Hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum.					,733	
Ifade44-Krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, vb) yetkinim.					,696	
Ifade43-Hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim.	,333				,694	
Ifade11-Hastanın hastanede bulunma ile ilgili görüşlerini araştırırım.			,406		,430	
Ifade30-Hastamın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.						,723
Ifade31-Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim						,706
Ifade28-Hastamın kullandığı stresle baş etme yöntemini belirleyebilirim.	,319	,418				,586
Ifade29-Hastanın güçlü yönlerini (olumlu baş etme stratejileri, iletişim becerileri, yardım isteyebilme. gibi) belirleyebilirim.	,352					,568
Açıklanan Toplam Varyans (%)	66.60					

Tablo 5’de Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği’nin Açımlayıcı Faktör Analizinin İlk Analiz Sonuçları verilmektedir. Tabloda da görüldüğü gibi Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği’nin madde analizinden sonra kalan 39 madde ile yapılan açımlayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) katsayısı, 952’dir. KMO katsayısı, $952 > 0,50$ olduğu için verilerin faktör analizi için uygun olduğu ve Barlett testi sonucu ($\chi^2 = 8997,405; df:741; p: .000$) anlamlı bulunmuştur.

Açımlayıcı faktör analizi, 39 ifadeden oluşan ölçek maddelerini özdeğeri 1'in üzerinde olan (1,23- 18,32 arasında) 6 faktörde toplanmıştır. Faktörler tarafından açıklanan varyans % 8.92 ile % 15.48 arasında olup altı faktör toplam varyansın % 66.60'ını açıklamaktadır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri .30 ile .77 arasında bulunmuştur (Tablo-5).

Faktör analizinde faktör yük değeri işaretine bakılmaksızın en az 0.40'ın üzerinde olması gerekmektedir. Bu çalışmada faktör yük değeri 0.50 olarak kabul edilmiştir. Birden fazla faktörde, 0,10'dan daha az bir farkla yer alan herhangi bir madde, binişik bir madde olarak değerlendirilir ve bu özellikteki maddeler ölçekten çıkarılmalıdır (Büyüköztürk,2002). Analiz sırasında, faktör yük değeri 0,5' den düşük ve birden fazla faktörde 0,10'dan daha az bir farkla yer alan binişik maddelerin olduğu görülmektedir. Bu nedenle de faktör yük değeri 0,5 ya da daha yüksek olanlar analize alınmış, faktör yük değeri 0,5'in altında bulunan maddeler analizden çıkarılmıştır (Karagöz,2018). Ayrıca, Çıkarma işlemi analiz için uygun olmayan her bir ifadenin tek tek çıkarılması ve analizin tekrarlanması şeklinde yapılmıştır ve en sonunda toplam 21 ifade ölçekten çıkarılmıştır (Çıkan İfadeler: 1.2.3.8.9. 10.11.13.14.15.16.17.18.24.25.26.27.28.29. 32.37).

Tablo 6: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları (Son Analiz)

Ölçek Maddeleri	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4
Özdeğer	8,64	1,54	1,36	1,12
Faktörlerin Açıkladığı Varyans (%)	48,02	8,55	7,60	6,25
Ifade19-Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim.	,828			
Ifade20-Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim.	,827			
Ifade21-Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim.	,813			
Ifade23-Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.	,793			
Ifade22-Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim.	,773			
Ifade35-Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.		,769		
Ifade34-Hasta ve ailesini bakıma dâhil ederim.		,761		
Ifade36-Hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilirim		,695		
Ifade33-Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilirim.		,694		
Ifade38-Hastamın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim.		,538		
Ifade42-Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.			,805	
Ifade43-Hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim.			,745	
Ifade41-Hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum.			,744	
Ifade44-Krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, vb) yetkinim.			,740	
Ifade4-Hastamın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim.				,760
Ifade5-Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum.				,716
Ifade30-Hastamın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.				,706
Ifade31-Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim				,669
Açıklanan Toplam Varyans (%)	70.44			

Tablo 6’da Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği’nin açımlayıcı faktör analizinin son analiz sonuçları verilmiştir. Tablo 6’da görüldüğü gibi Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği’nin ilk açımlayıcı faktör analizinden sonra kalan 18 ifade ile son yapılan açımlayıcı faktör analizinde Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) katsayısı, 919’dur. KMO katsayısı, $919 > 0,50$ olduğu için verilerin faktör analizi için uygun olduğu ve Barlett testi sonucu ($\chi^2 = 3607,845$; $df:153$; $p < 0.001$) olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan analiz sonucunda, verilerin homojen olduğu ve varyansların faktör analizi yapılmasına uygun olduğu saptanmıştır.

Açımlayıcı faktör analizinde, 18 ifadeden oluşan ölçek maddelerini özdeğeri 1’in üzerinde olan (1,12- 8,64 arasında) 4 faktörde toplanmıştır. Faktörler tarafından açıklanan varyans % 6.25 ile % 48.02 arasında olup dört faktör toplam varyansın % 70.44’ünü açıklamaktadır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri .53 ile .82 arasında bulunmuştur (Tablo-6).

Birinci faktör “ Semptom Tanımlama” (19.20.21.22.23.ifadeler), ikinci faktör “Bilgiyi Kullanma” (33.34.35.36.38. ifadeler), üçüncü faktör “Müdahale” (41.42.43.44. ifadeler) ve dördüncü faktör “Tanılama” (4.5.30.31. ifadeler) olarak adlandırılmıştır (İfadeler taslak ölçekteki numaraları ile belirtilmiştir).

Tablo 7: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği'nin Yeni Madde Numaraları

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

Tablo 7' de Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin yeni madde numaraları verilmiştir.

Doğrulayıcı faktör Analizi: Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, üç faktörlü yapının öngörülen teorik yapı ile uyumluluğunun belirlenmesinde Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği, yapı geçerliği için madde-toplam puan korelasyon analizi sonucunda güvenilirlik katsayıları. 40'ın altında olan 5 madde çıkarılmıştır. Kalan 39 madde ile yapılan ilk açımlayıcı faktör analizi sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan (1,23- 18,32 arasında) 6 alt boyut belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin faktör yükleri .30 ile .77 arasında bulunmuştur (Tablo-5). Yapılan analizde faktör yük değeri 0,5'den küçük ve birden fazla faktörde 0,10'dan daha az bir farkla yer alan binişik maddelerin olduğu görülmektedir. Bu nedenle de faktör yük değeri 0,5'in altında bulunan maddeler ve binişik madde özelliğinde olan 21 ifade ölçekten çıkarılmıştır.

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği'nin açımlayıcı faktör analizinden sonra kalan 18 madde ile son yapılan açımlayıcı faktör analizinde özdeğeri 1'in üzerinde olan (1,12- 8,64 arasında) 4 alt boyut belirlenmiştir. Son yapılan faktör analizi sonucunda belirlenen dört faktörün (alt boyutun) uyumunu doğrulamak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Tablo 8: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değerleri

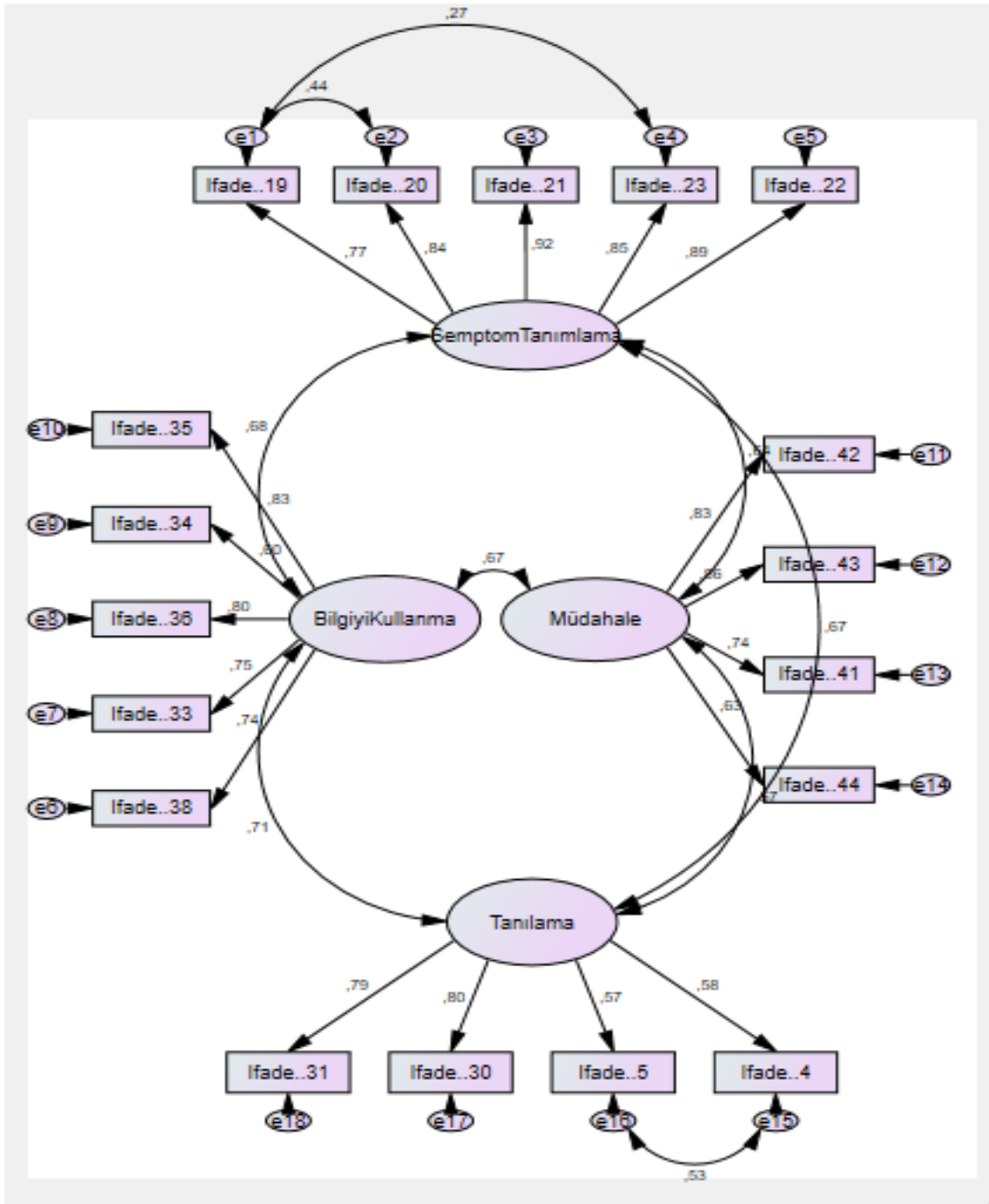
Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyumluluk Değeri	İlk Doğrulayıcı Faktör Analizi sonuçları	Modifikasyon Sonrası Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	Ölçeğin Uyum İndeksleri ve Kabul Edilebilir İndeks Değerleri		
			Kabul Değerler	Edilebilir	Mükemmel Değerler
CMIN/DF (Ki-Kare/ Serbestlik Derecesi)	3,18	2.22	$2 \leq X^2/sd \leq 3$		$0 \leq X^2/sd \leq 2$
GFI	,86	,90	$.90 \leq CFI \leq .95$		$.95 \leq GFI \leq 1.00$
AGFI	,82	,86	$.85 \leq AGFI \leq .90$		$.90 \leq AGFI \leq 1.00$
NFI	,88	,92	$.90 \leq NFI \leq .95$		$.95 \leq NFI \leq 1.00$
NNFI	,90	,94	$.90 \leq NNFI \leq .95$		$.95 \leq NNFI \leq 1.00$
CFI	,92	,95	$.90 \leq CFI \leq .95$		$.95 \leq CFI \leq 1.00$
RMSEA	,08	,06	$.05 \leq RMSEA \leq .08$		$.00 \leq RMSEA \leq .05$
RMR	,02	,03	$0 < RMR \leq .08$		$0 < RMR \leq .05$
SRMR	,04	,06	$.05 \leq SRMR \leq .10$		$.00 \leq SRMR \leq .05$
IFI	,92	.95	$.90 \leq IFI$		$.95 \leq IFI$

(Kaynak: Karagöz,2018)

Tablo-8'de ölçeğin doğrulayıcı faktör analizi uyumluluk değerleri verilmiştir. İlk doğrulayıcı faktör analizinde RMSEA, GFI, NFI uyum değerlerinin istendik düzeyde olmadığı (istendik düzeye yakın sınırdan) görülmüştür (Tablo-8).

Modifikasyon önerileri doğrultusunda ifade 4- ifade 5, ifade 19- ifade 20 ve ifade 19 – ifade 23 maddelerinin (ifade numaraları taslak ölçekte olduğu gibi verilmiştir) hata varyansları arasında modifikasyon yapıldıktan sonra elde edilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uyum indeksleri yeterli düzeyde bulunmuştur. Tüm maddelerin kendi boyutu ile olan faktör yükleri. 57 ile. 92 arasında bulunmuştur.

Çizelge 3: Modifikasyon Sonrası DFA: Yol Katsayıları ve Hata Varyansları



Chi-Square= 280,050

df= 126

p_value= 0,0000

RMSEA=0,64

Çizelge 3' de Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları verilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğe ait standardize katsayılar incelendiğinde Birinci faktör için 0.77 ile 0.92 arasında, İkinci faktör için 0.60 ile 0.83 ve üçüncü faktör için 0.57 ile 0.86 arasında, dördüncü faktör için 0.57 ile 0.80 arasında faktör yüklerinin değiştiği görülmüştür.

- **Alt Boyutların Madde-Toplam Puan Analizi**

Tablo 9: Ölçek ve Alt Boyutların İkinci Aşamadaki Madde-Toplam Puan Korelasyonları (Taslak ölçek madde numaraları kullanılmıştır)

Ölçek Maddeleri				
Birinci Faktör (Semptom Tanımlama)	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı		Madde-Alt Boyut Korelasyonları	
	r_p	p	r_p	p
Ifade19-Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim.	.71	.0001	.87	.0001
Ifade20-Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim.	.74	.0001	.90	.0001
Ifade21-Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim.	.79	.0001	.92	.0001
Ifade23-Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.	.75	.0001	.87	.0001
Ifade22-Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim.	.77	.0001	.89	.0001
İkinci Faktör (Bilgiyi Kullanma)	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı		Madde-Alt Boyut Korelasyonları	
	r_p	p	r_p	p
Ifade35-Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.	.71	.0001	.85	.0001
Ifade34-Hasta ve ailesini bakıma dâhil ederim.	.54	.0001	.73	.0001
Ifade36-Hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilirim	.72	.0001	.83	.0001
Ifade33-Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilirim.	.70	.0001	.79	.0001
Ifade38-Hastanın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim.	.71	.0001	.77	.0001

Üçüncü Faktör (Müdahale)	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı		Madde-Alt Boyut Korelasyonları	
	r_p	p	r_p	p
Ifade42-Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.	.67	.0001	.86	.0001
Ifade43-Hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim.	.73	.0001	.84	.0001
Ifade41-Hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum.	.64	.0001	.82	.0001
Ifade44-Krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, vb) yetkinim.	.57	.0001	.78	.0001
Dördüncü Faktör (Tanılama)	Madde-Toplam Puan Korelasyon Katsayısı		Madde-Alt Boyut Korelasyonları	
	r_p	p	r_p	p
Ifade4-Hastamın psikososyal sorunlarımı belirleyebilirim.	.62	.0001	.78	.0001
Ifade5-Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum.	.64	.0001	.77	.0001
Ifade30-Hastamın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.	.64	.0001	.81	.0001
Ifade31-Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim	.65	.0001	.80	.0001

r_p: pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı

Tablo 9’da ölçek ve alt boyutların ikinci aşamadaki madde-toplam puan korelasyonları verilmiştir. Genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği’nin ilk madde analizi sonucunda ölçekte kalan ve faktör analizi ile son şeklini alan 18 ifade ile madde-toplam puan analizleri tekrarlanmış ve ayrıca madde-alt boyut puan analizleri yapılmıştır (Tablo-9). Tüm maddelerin madde-toplam puan korelasyon

analizinde güvenilirlik katsayılarının r_p : .57 ile .79 arasında, pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < .001$, Tablo-9).

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin dört alt boyutunun maddeleri ile alt boyut toplam puanları arasındaki güvenilirlik katsayıları birinci faktörde r_p : .87 ile .92, ikinci faktörde r_p : .73 ile .85, üçüncü faktörde r_p : .78 ile .86, dördüncü faktörde r_p : .78 ile .81 arasında olmak üzere pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p < .001$, Tablo-9).

Tablo 10: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Alt Boyut Puanlarının Toplam Ölçek Puanları İle Korelasyonları

Ölçek Alt Boyutları	Alt Boyut- Toplam Ölçek Korelasyon Katsayıları	
	r_p	p
Birinci Faktör	.84	.0001
İkinci Faktör	.85	.0001
Üçüncü Faktör	.79	.0001
Dördüncü Faktör	.80	.0001

Tablo -10' da ölçeğin alt boyut puanlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonları verilmiştir. Genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin alt boyut puanlarının toplam ölçek puanları ile korelasyonları incelendiğinde, güvenilirlik katsayılarının r_p : .79 ile .85 arasında olup pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur ($p < .001$, Tablo-10).

✓ Ölçeğin İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları

Tablo 11: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

Ölçek ve Alt Boyutları		α
Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği		.93
Alt Boyutlar	Birinci Faktör	.93
	İkinci Faktör	.85
	Üçüncü Faktör	.83
	Dördüncü Faktör	.80

Tablo 11' de Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları verilmiştir. Genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .93$ bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik sayısı, birinci faktörde. 93, ikinci faktörde. 85, üçüncü faktörde. 83, dördüncü faktörde. 80 olarak bulunmuştur.

✓ Test -Tekrar Test Analizleri

Test-tekrar test analizi ölçeğin zaman içindeki tutarlılığını ölçmek için yapılmıştır. Ölçek üç hafta sonra tekrar (ilk uygulamadan) test için yeniden uygulanmıştır. Test tekrar test analizi 30 hemşire ile yapılmış olup test-tekrar test güvenilirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir.

Tablo 12. Ölçekten Alınan Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları Karşılaştırılması

Uygulama	Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği $X \pm Sd$	İstatistiksel Analiz			
		t	p	r	p
Birinci uygulama	3.30 \pm .45	.311	.758	.96	<0.001
İkinci uygulama	3.31 \pm .48				

Tablo 12’ de test-tekrar test puan ortalamaları karşılaştırılması verilmiştir. İki ölçüm arasındaki korelasyon katsayısı 0.96 olarak bulunmuştur. Bağımlı iki grup ortalaması arasındaki farkın önemlilik testi ile test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamalarının farklı olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>.05$, Tablo 12).

Tablo 13. Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği’nin Toplam Puan Ortalaması ile Alt Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçek ve Alt Boyutları	X ± SS	Minimum-Maksimum	Ölçekten Alınabilecek Puan
Birinci Faktör	20,67 ±3,05	5- 25	5-25
İkinci Faktör	20,79 ±3,03	7- 25	5- 25
Üçüncü Faktör	15,08 ±2,75	5-20	4- 20
Dördüncü Faktör	15,53 ±2,49	6-20	4-20
Ölçek Toplam puan	72,06±9,36	23- 90	18- 90

Tablo 13’ de Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği’nin toplam puan ortalaması ile alt ölçek puan ortalamaları verilmiştir. Tablo 13’de görüldüğü gibi hemşirelerin aldıkları toplam puan ortalaması $72,06 \pm 9,36$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarından üçüncü faktör (müdahale) alt boyutunun puan ortalamasının ($15,08 \pm 2,75$) en düşük ortalama olduğu ve ikinci faktör (bilgiyi kullanma) alt boyutunun en yüksek puan ortalaması ($20,79 \pm 3,03$) olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin ölçeğin diğer alt boyutları olan birinci faktör (semptom tanımlama) alt boyutunun puan ortalaması $20,67 \pm 3,05$ ve dördüncü faktör (tanımlama) alt boyutunun puan ortalaması ise $15,53 \pm 2,49$ olarak bulunmuştur.

Tablo 14: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamasının Hemşirelerin Kişisel Bilgi Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	N (300)	Ölçek puanı Ortalama \pm Ss	İstatistiksel Analiz	p değeri	Anlamlı Fark**
Cinsiyet					
Kadın	228	4.02 \pm 0.52	t= 1.379*	0.16	p= 0.16>0.05
Erkek	72	3.92 \pm 0.50			
Yaş					
19-25 yaş	79	3.92 \pm 0.57	F=3.675**	0.006	p= 0.006<0.05 ***40-46 yaş ile 19-25 yaş
26-32yaş	143	3.95 \pm 0.51			
33-39 yaş	45	4.10 \pm 0.40			
40-46yaş	30	4.28 \pm 0.46			
47 yaş ve üzeri	3	4.16 \pm 0.67			
Eğitim Durumu					
Sağlık Meslek Lisesi	38	3.84 \pm 0.74	F=1.450**	0.22	p= 0.22>0.05
Önlisans	18	3.95 \pm 0.57			
Lisans	203	4.02 \pm 0.46			
Lisansüstü	41	4.05 \pm 0.49			
Medeni durum					
Evli	161	4.00 \pm 0.55	F=1.939**	0.14	p=0.14>0.05
Bekâr	135	3.98 \pm 0.47			
Dul/Boşanmış	4	4.50 \pm 0.40			
Ekonomik durum					
Gelir giderden az	92	3.97 \pm 0.51	F= 2.707**	0.06	p=0.06>0.05
Gelir gidere eşit	175	3.98 \pm 0.52			
Gelir giderden fazla	33	4.20 \pm 0.48			

*Student's t testi

** One-way ANOVA

***Tukey HSD

Tablo 14' de Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin (geliştirilen 18 ifadeli ölçek) toplam puan ortalamasının hemşirelerin kişisel bilgi özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Buna göre kadınların puan ortalamasının (4.02 \pm 0.52) erkeklere göre (3,92 \pm 0.50) daha yüksek olduğu ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (t=1.379, p=0.16>0.05).

Hemşirelerin ölçek puan ortalamaları yaşa göre değerlendirildiğinde 40-46 yaş grubunun puan ortalamasının (4.28 ± 0.46) en yüksek, 19-25 yaş grubunun puan ortalamasının (3.92 ± 0.57) en düşük ise olduğu görülmüştür. Yaşa göre gruplar arasındaki Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=3.675$, $p=0.006<0.05$). İleri analiz için Tukey HSD post hoc testi ile karşılaştırmalı analiz yapılmış olup bu farkın 40-46 yaş grubu ile 19-25 yaş grubunun arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Hemşirelerin ölçek puan ortalamaları eğitim durumu bakımından incelendiğinde lisansüstü grubunun puan ortalamasının (4.05 ± 0.49) en yüksek, sağlık meslek lisesi grubunun puan ortalamasının (3.84 ± 0.74) en düşük olduğu görülmüştür. Ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F=1.450$, $p=0.22>0.05$).

Hemşirelerin ölçek puan ortalamaları medeni duruma göre değerlendirildiğinde dul/boşanmış grubunun ölçek puan ortalaması en yüksek (4.50 ± 0.40), bekâr grubunun (3.98 ± 0.47) puan ortalamasının ise en düşük olduğu bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($F=1.939$, $p=0.14>0.05$). Son olarak hemşirelerin ölçek puan ortalamaları ekonomik duruma göre incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının gelir giderden fazla diyen grubun (4.20 ± 0.48), en düşük puan ortalamasının ise gelir giderden az diyen grubun (3.97 ± 0.51) olduğu bulunmuştur. Ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($F=2.707$, $p=0.06>0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamasının Hemşirelerin Meslek ve Çalışma Şekli Özelliklerine Göre Dağılımı

Hemşirelerin Meslek ve Çalışma Şekli Özellikleri	N (300)	Ölçek puanı Ortalama \pm Ss	İstatistiksel Analiz	p değeri	Anlamlı Fark***
Meslekte çalışma süresi					
0-3yıl	70	3.95 \pm .46	F= 3.564**	0.004	p=0.004<0.05 *** 4-7yıl ile 20yıl ve üstü
4-7yıl	125	3.90 \pm .55			
8-11yıl	46	4.08 \pm .52			
12-15yıl	20	4.02 \pm .38			
16-19yıl	17	4.22 \pm .46			
20yıl ve üstü	22	4.32 \pm .48			
Çalışılan birim					
Dâhili Klinikler	197	3.99 \pm .54	t=0.166*	0.86	p=0.86>0.05
Cerrahi Klinikler	103	4.01 \pm .46			
Bulunduğu serviste isteyerek çalışma durumu					
Evet	255	4.00 \pm .53	t=0.495*	0.60	p=0.62>0.05
Hayır	45	3.96 \pm .45			
Çalışma şekli					
Gündüz vardiyası	63	4.11 \pm .48	F=1.868**	0.15	p=0.15>0.05
Gece vardiyası	46	3.97 \pm .44			
Her ikisi de	191	3.97 \pm .54			
Çalışma biçimi					
Hasta paylaşımı	161	3.99 \pm .55	F=2.092**	0.10	p=0.10>0.05
Oda paylaşımı	35	3.91 \pm .38			
İş paylaşımı	48	3.93 \pm .47			
Diğer	56	4.14 \pm .50			
Haftalık çalışma saatini (ortalama)					
40 saat	86	4.03 \pm .53	F=0.269**	0.76	p=0.76>0.05
48 saat	170	3.98 \pm .49			
56 saat	44	3.99 \pm .59			
Hemşire başına düşen hasta sayısı					
2-6 hasta	48	4.03 \pm .49	F=1.463**	0.20	p=0.20>0.05
7-11 hasta	114	4.00 \pm .50			
12-16 hasta	85	4.03 \pm .53			
17-21 hasta	29	3.84 \pm .50			
22-26 hasta	5	3.57 \pm .71			
27 ve üzeri hasta	19	4.10 \pm .56			

* Student's t testi

** One-way ANOVA

***Tukey HSD

Tablo 15 'de Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin (geliştirilen 18 ifadelik ölçek) toplam puan ortalamasının hemşirelerin meslek ve çalışma şekli özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin meslek ve çalışma şekli özellikleri karşılaştırmasında sadece meslekte çalışma süresinin etkili olduğu görülmüştür. Meslekte çalışma süresine göre Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin en yüksek puan ortalamasının ($4.32 \pm .48$) ile 20yıl ve üstü yaş grubunda, en düşük puan ortalamasının ise ($3.90 \pm .55$) 4-7yıl yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Meslekte çalışma süresine göre gruplar arasındaki Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($F=3.564$, $p=0.004<0.05$). İleri analiz için Tukey HSD post hoc testi ile karşılaştırmalı analiz yapılmış olup bu farkın 4-7yıl ile 20yıl ve üstü yaş grubu arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur.

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçek puan ortalamalarının hemşirelerin meslek ve çalışma şekli özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin ($4.01 \pm .46$), bulunduğu serviste isteyerek çalışan ($4.00 \pm .53$), çalışma şekli gündüz vardiyası olan ($4.11 \pm .48$), çalışma biçimi diğer olan ($4.14 \pm .50$), haftalık ortalama çalışma saatini 40saat olan ($4.03 \pm .53$) ve hemşire başına düşen hasta sayısı 27 ve üzeri hasta olan ($4.10 \pm .56$) hemşirelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. (Sırasıyla $p=0.86$, $t=0.166$ / $p=0.60$, $t=0.495$ / $p=0.15$, $F=1.868$ / $p=0.10$, $F=2.092$ / $p=0.76$, $F=0.269$ / $p=0.20$, $F=1.463$; hepsinde $p>0.05$) (Tablo 15).

5. TARTIŞMA

Ölçek geliştirme çalışmalarına başlamadan önce, konu ile ilgili mevcut bir ölçek olup olmadığını, eğer varsa ne kadar duyarlı bir ölçek olduğu ve mevcut ölçeğin duyarlılığı yüksekse, bir uyarlama çalışması yapmanın mı yoksa yeni bir ölçek oluşturmanın mı daha anlamlı olacağı değerlendirilmelidir (Deniz, 2007; Tavşancıl, 2002).

Çalışmaya öncelikle literatürdeki benzer çalışmaların taranması ile başlanmıştır. Yapılan araştırmalar sonucunda hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliklerini değerlendiren bir ölçeğe rastlanmamıştır. Psikososyal bakım kalitesinin yükseltilmesinde en önemli faktör verilen psikososyal bakımın değerlendirilmesidir. Verilen bakımın değerlendirilmesinde, her alana özgü kanıta dayalı olarak geliştirilen bakım standartlarına uygun olup olmadığına ilişkin sonuçların elde edilmesi önemli bir yöntemdir.

Eğer ölçek geliştirilecekse ölçülmek istenen yapının belirlenmesi, literatür taraması, uzmanlarla yapılan görüşmeler gibi adımlardan sonra ölçüm şekli için format belirlenmeli ve buna göre madde havuzu oluşturulmalıdır (Erkuş, 2014). Maddeler oluşturulurken, maddelerin sade ve anlaşılır olmasına, bir maddenin birden fazla yargıya ve düşünceye sahip olmamasına özen gösterilmelidir (Ekici, 2012). Daha sonra oluşturulan madde havuzu için kapsam ve görünüm geçerliği için uzman görüşüne başvurulmalıdır. Uzmanlar tarafından soruların gerekliliği, açık ve özgüllüğünün değerlendirilmesi yapılır (Taşkın, 2010). Uzman görüşüne göre şekillendirilen ölçek, taslak örneklem grubuna uygulanır. Örneklem hedef kitleyi temsil etmelidir. Taslak uygulaması sonrası, ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri ile değerlendirilmesi yapılarak, son hali verilir (Dönmez, 2014).

Genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği geliştirmek amacıyla bu çalışmada kapsamlı bir literatür taraması yapılarak hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliklerini öz değerlendirmelerini değerlendiren ifadeler belirlenmiştir (Alaca, 2011; Botti, 2006; Charlotte ve ark. 2015; Csaszar ve ark. 2009; Çam ve Nehir, 2011; Gorman, 2014; Hicks, 2009; Kocaman, 2005; Kocaman, 2008; Kocaman, 2006; Legg, 2011; Mayda, 2015; Özdemir ve Taşçı, 2013; Özkan, 2006; Pehlivan, 2013; Peyrot, 2006; Uygur ve ark. 2008; Yürün, 2015). İlgili literatür doğrultusunda katılımcıların dolduracağı 5'li likert tipi özellikte hazırlanmış madde havuzunda toplam 86 ifade belirlenmiştir. 5'li likert tipi özellikte hazırlanmış ölçekte yer alan her bir ifade "Beni hiç tanımlamıyor", "Beni biraz tanımlıyor", "Kararsızım", "Beni iyi tanımlıyor", "Beni çok iyi tanımlıyor", şeklinde değerlendirilip, sırasıyla 1.2.3.4.5 şeklinde puanlandırılmıştır.

Uzman görüşüne göre şekillendirilen ölçek, taslak örneklem grubuna uygulanır. Örneklem hedef kitleyi temsil etmelidir (Dönmez, 2014). Hazırlanan taslak ölçme aracı örneklem grubuna benzer özellikte olan, ancak örneklem içinde yer almayan 10-20 kişilik bir grupta denenmelidir (Kubilay, 2004; Tezbaşaran, 1997). Bu çalışmada da örneklem grubuna benzer özellikte ancak örneklem içinde yer almayan 30 kişilik küçük bir grupta ön uygulama yapılarak ölçme aracının uygulanabilirliği saptanmıştır.

Hazırlanan ölçek ifadeleri 11 uzman görüşüne sunulmuş ve değerlendirmeler sonucunda 44 maddelik taslak ölçek oluşturulmuştur (Ek-3). Ölçek çalışmalarında örneklem sayısı belirlenirken her bir madde için 5-10 kişi alınması önerilmektedir (Akgül, 2003; Öner, 2006). 44 maddelik bu ölçek için madde sayısının 6 katından fazla sayıda hastaya ulaşılmıştır ($44 \times 6.81 = 300$). Çalışmaya 300 hemşire alınmıştır.

Yeni geliştirilen bir ölçeğin bilimsel anlamda güçlü olması iki özelliğe bağlıdır. Bu özellikler ölçeğin geçerli ve güvenilir olmasıdır (Ergin, 1995). Geçerlilik ölçülmek istenenin başka şeyler ile karıştırılmadan ölçülmesidir. Güvenirlik, bireylerin test maddelerine verdikleri cevaplar arasındaki tutarlılığı ve kullanılan ölçeğin ilgilenilen sorunu ne derece yansıttığını ifade etmektedir (Karadağlı, 2017).

Geçerliliğin sınanması için kullanılan birçok ölçüt vardır. Bu çalışmada ölçeğin geçerliliğini sınamak için kapsam geçerliliği ve yapı geçerliliğine bakılmıştır. Kapsam geçerliği bir bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her bir maddenin amaca ne derece hizmet ettiği. Kapsam geçerliği için konunun uzmanlarının görüşü alınır (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014). Uzmanların kapsam geçerliği için yaptığı değerlendirme çeşitli tekniklerle yapılabilir. Bu yöntemler Davis Tekniği ile kapsam geçerlilik indeksi (KGİ), Lawshe yöntemi ile kapsam geçerlilik oranı (KGO) ve Kendall's W iyi uyum analizinin hesaplanmasıdır. Davis tekniği uzman görüşlerini 1 (uygun değil, çıkarılsın), 2 (oldukça düzeltilmeye ihtiyacı var, başka bir ifade ile değiştir), 3 (biraz düzeltilmeye ihtiyacı var) ile 4 (uygun) şeklinde dörtlü derecelendirmektedir. Bu teknikte 3 (biraz düzeltilmeye ihtiyacı var) ve 4 (uygun) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünerek, maddeye ilişkin kapsam geçerlik indeksleri elde edilmektedir ve bu değer 0.80 olarak kabul edilmektedir. Kapsam geçerlik indeksi 0.80'den büyük ise ifade kapsam geçerliği açısından yeterlidir (Taşkın, 2010). Kapsam geçerliği için uygulanan yöntemlerden biri de Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Kapsam Geçerlik İndeksidir (Content Validity Index-CVI) (Grant ve Davis, 1997). Bu indekse göre uzmanlardan her bir maddeyi "1" ile "4" puan arasında

puanlandırmaları istenmiştir. Her bir sorunun anlaşılabilirliğine yönelik yapılması istenen değerlendirmede; 1 puan “uygun değil”, 2 puan “kısmen uygun”, 3 puan ”uygun”, 4 puan “tamamen uygun” şeklinde ifadelerle açıklanmaktadır. Uzman görüşüne göre her bir maddenin kabul edilebilir puan ortalaması 3’ün üzerinde hesaplanmıştır. KGI hesaplamasına göre; bir maddenin kabul edilebilir puan ortalaması 2’nin altında ise ilgili madde ölçekten çıkartılır (Gözüm ve Aksayan, 2003). Buna göre puan ortalaması 2’nin altında olan maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Literatürde Kendall’ın uyum katsayısının 0 (uyum yok) ve 1 (tam uyum) arasında olması gerekir (Karagöz, 2018).

Genel klinikte çalışan hemşireler İçin Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği’ni oluşturan ifadelerin kapsam geçerliğini değerlendirmek için, hazırlanan 86 ifadelik madde havuzu (Ek 2), 30 uzmana gönderilmiştir ve bu uzmanlardan değerlendirme için dönüş yapan 11 uzmanın (Ek 4) maddelerin amaca uygunluğu, anlaşılabilirliği ve önem derecesini belirlemeye yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Bu çalışmada 86 ifadeden oluşan madde havuzunun Davis Tekniği’ne göre kapsam geçerliği çalışması yapılmıştır. Maddelerin KGI’leri 0.72 ile 1 arasında değişmiştir. KGI 0.80’den düşük olan 2 ifade ile KGI 0.81 olan 12 ifade ölçekten çıkarılmıştır. (Davis, 1992). (Çıkan İfadeler: 3, 9, 14, 23, 40, 50, 52, 54, 72, 75, 76, 82, 85, 86). (Madde numaraları Ek 2’de olduğu gibi verilmiştir). Uzmanların değerlendirme puanlarının uyumu ise Kendall Uyum Katsayısının hesaplandığı Kendall W analizi ile değerlendirilmiştir. Uzman görüşlerinin birbirini destekledikleri belirlenmiştir (Kendall W=0.88). Kalan 72 ifade uzman değerlendirmelerine göre tekrar gözden geçirilmiştir 7 ifade tekrar düzenlenmiştir (Düzenlenen İfadeler: 8.18.29.43.51.71.74) ve 28 ifadenin ise ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. (Çıkan İfadeler: 2.4.6.7.10.12.16.19.20.22.31.33.48.49.59.61.63.64.65.66.67.69.70.73.77.78.80.84). Uzman önerileri doğrultusunda yeniden gözden geçirilen ölçek 44 ifade ile son şeklini almıştır (Ek-3).

Ölçeğin yapı geçerliliği için faktör analizi yapılmalıdır. Faktör analizi cevaplayıcıların, geliştirilmekte olan ölçme aracındaki maddelere verdiği tepkiler arasında belli bir düzen olup olmadığını ortaya koymak için kullanılan bir yapı geçerliği tekniğidir (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014). Faktör analizi uygulanırken örneklem büyüklüğü dikkate alınması gereken önemli bir husustur. Örneklem büyüklüğünün korelasyonun güvenilirliğini sağlayacak kadar büyük olması önemlidir. Örneklemden elde edilen verilerin yeterliliğinin belirlenmesi için KaiserMeyer-Olkin (KMO) testi yapılmaktadır. KMO değeri; .90-1.00 arasında ise mükemmel, .80-.89 arasında olduğunda çok iyi, .70-.79 arasında ise iyi, .60-.69 arasında ise orta, .50-.59 arasında zayıf, .50’nin altında ise kabul edilemez olarak değerlendirilir (Akgül,

2003). İyi bir faktör analizi için KMO değerinin. 60 üzerinde olması önerilir. Elde edilen p değeri anlamlı olmalıdır (Büyüköztürk, 2002).

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) katsayısı. 952 ve Barlett testi sonucu $\chi^2 = 8997.405$; $p < 0.001$ anlamlı olarak bulunmuştur. KMO'nun 0.95 olması ve Barlett testinin anlamlı olması, ankette bulunan maddelerin korelasyon matrisinin faktör analizi yapılmasına uygun olduğunu göstermektedir.

Ölçek geçerliğini incelemede sıklıkla açıklayıcı faktör analizi, faktörlerin ortaya çıkarılmasında temel bileşenler (principal component) tekniği ve varimax yöntemi kullanılmaktadır (Akgül, 2003). Bu çalışmada da faktör yapısının incelenmesinde temel bileşenler analizi (principal components analysis) ve varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır.

Faktör analizinde faktör yapısını belirlemek için öz değer katsayısı kullanılır. Öz değer katsayısı (eigenvalue) her bir faktörün, faktör yüklerinin kareleri toplamıdır. Hem faktörlerce açıklanan varyansı hesaplamada hem de faktör sayısına karar vermede dikkate alınan bir katsayıdır. Özdeğer yükseldikçe, faktörün açıkladığı varyans yükselir. Genel olarak öz değeri 1 ve daha büyük olan faktörler önemli faktörler olarak ele alınmaktadır. Maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan faktör yük değeri /faktör katsayısı için uygulamada sıklıkla önerilen. 40 üzeri değerlerdir (Büyüköztürk, 2002).

Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkisini açıklayan bir katsayıdır. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması beklenir. Genel olarak, işaretine bakılmaksızın 0.60 ve üstü yük değeri yüksek; 0.30-0.59 arası yük değeri orta düzeyde büyüklükler olarak tanımlanabilir ve değişken çıkartmada dikkate alınır (Büyüköztürk, 2002). Çok faktörlü bir yapıda bir maddenin yüksek yük değeri ile birden fazla faktörde, 0,10'dan daha az bir farkla yer alması durumunda bu madde binişik bir madde olarak tanımlanır ve ölçekten çıkarılır (Karagöz,2018; Büyüköztürk, 2002).

Bu çalışmada faktör yük değeri 0.50 olarak kabul edilmiştir. Analiz sırasında, faktör yük değeri 0,5' den düşük ve birden fazla faktörde 0,10'dan daha az bir farkla yer alan binişik maddelerin olduğu görülmektedir. Bu nedenle de faktör yük değeri 0,5 ya da daha yüksek olanlar analize alınmış, faktör yük değeri 0,5'in altında bulunan maddeler analizden çıkarılmıştır. Ayrıca, çıkarma işlemi analiz için uygun olmayan her bir ifadenin tek tek çıkarılması ve analizden çıkarılması şeklinde yapılmıştır ve en sonunda toplam 21 ifade

ölçekten çıkarılmıştır (Çıkan İfadeler: 1.2.3.8.9.10.11.13.14.15.16.17.18.24.25.26.27.28.29.32.37).

Açımlayıcı faktör analizinde, 18 ifadeden oluşan ölçek maddelerini özdeğeri 1'in üzerinde olan (1,12- 8.64 arasında) 4 alt boyutta toplanmıştır. Faktörler tarafından açıklanan varyans % 6.25 ile % 48.02 arasında olup dört faktör toplam varyansın % 70.44'ünü açıklamaktadır. Ölçek maddelerinin faktör yükleri. 53 ile. 82 arasında bulunmuştur.

Açıklayıcı Faktör Analizi sonucu ortaya çıkan dört faktör Birinci faktör “ Semptom Tanımlama”, ikinci faktör “Bilgiyi Kullanma”, üçüncü faktör “Müdahale” ve dördüncü faktör “Tanılama” olarak adlandırılmıştır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi, gizil değişkenler ile ilgili kuramların test edilmesinde ve daha üst seviyede kullanılan oldukça geniş bir tekniktir (Tabachnick ve Fidell,2013). DFA, gözlenen değişkenler ile bu gözlenen değişkenler aracılığıyla ölçüldüğü kabul edilen yapı ya da yapılar arasındaki ilişkileri test etmek için kullanılmaktadır. DFA modelleri de bir kuramsal temelden hareketle gerçekleştirilmekte ve bu yönüyle açımlayıcı faktör analizinden farklılık göstermektedir (İlhan, 2014). Doğrulayıcı faktör analizinde test edilmek istenen ölçeğin uygunluğunu değerlendirmek için bir takım uyum indeksleri kullanılmaktadır ve uyum indeksleri istatistiklerinin istenilen düzeyde olması gerekir. Bu uyum indeksleri; karşılaştırılmalı uyum indeksleri NFI, NNFI (TLI), IFI, CFI, RMSEA ve mutlak uyum indeksleri GFI, AGFI' dir (Karagöz,2018)

Ki-Kare değeri modelin genel uygunluğunu test etmek amacıyla kullanılan en temel ölçümdür. Ki-Kare testi veriyle ölçek arasındaki uyumun testidir. Bir modelin kabul edilebilir olması için ki-kare değerinin anlamlı çıkmaması beklenir ancak bu değer örneklem büyüklüğüne çok duyarlıdır. Bunun yerine ki kare değerinin serbestlik derecesine bölümünden elde edilen sonucun iki ya da altında olması modelin iyi bir ölçek olduğunu, beş ya da daha altında olması ölçeğin kabul edilebilir bir uyum iyiliğine sahip olduğunu gösterir (Harrington, 2009).

Çalışmada ilk doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının uyum indekslerinden CMIN/DF (Ki-Kare/ Serbestlik Derecesi), RMSEA, GFI, NFI uyum değerlerinin istendik düzeyde olmadığı (istendik düzeye yakın sınırdaki) görülmüştür. Modifikasyon önerileri doğrultusunda modifikasyon yapıldıktan sonra elde edilen doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise RMSEA, GFI, NFI, NNFI (TLI), SRMR uyum indekslerinin kabul edilebilir uyum değerinde; CFI, RMR, IFI uyum indekslerinin mükemmel uyum değerlerinde olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen NFI, IFI, RMR, SRMR, CFI, NNFI, GFI, RMSEA değerlerine göre uyumun olduğu görülmüştür. PATH diyagramı ile maddelerin ve faktörlerin t değerlerinin 2.96'nın üstünde olduğu ve $p < 0.001$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmüştür ve bu da modelin kabul edilebilir bir model olduğunu göstermektedir.

Likert tipi bir ölçeğin iç tutarlılığını değerlendirmek için Cronbach (1951) tarafından geliştirilmiş olan "alfa" katsayısının güvenilirlik ölçütleri kullanılır. Cronbach Alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin iç tutarlılığının (homojenliğinin) bir ölçüsüdür (Tezbaşaran, 2008). Bu katsayı ne kadar yüksek olursa bu ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini denetimleyen maddelerden oluştuğu şeklinde yorumlanmaktadır. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 1'e yakın olması gereklidir (Tezbaşaran, 1997). Alfa katsayısı .40'dan küçük ise ölçme aracı güvenilir değildir, .40-.59 arası düşük güvenilirlikte, .60-.79 arası oldukça güvenilir, .80-1.00 arası ise yüksek derecede güvenilir olarak değerlendirilir (Akgül, 2003). Hesaplanan katsayı için genel kabul en az 0,70 olmasıdır. Cronbach alfa katsayısından faydalanarak güvenilirlik hesaplanabilir (Dönmez, 2014).

Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin ve Alt Boyutlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları verilmiştir. Genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin ve alt boyutlarının güvenilirlik göstergelerinden biri olan iç tutarlılığı test etmek için yapılan analizde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tüm ölçek için $\alpha = .93$ bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının iç tutarlılık güvenilirlik sayısı, birinci faktörde .93, ikinci faktörde .85, üçüncü faktörde .83, dördüncü faktörde .80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin hesaplanan iç tutarlılık katsayısının 0.70'in üzerinde olması ölçeğin yüksek derece güvenilir olduğunu göstermektedir.

Test tekrar test analizleri; bir ölçme aracının, aynı denek grubuna, aynı koşullarda ve belli bir zaman aralığında iki kez uygulanmasıdır. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerleri korelasyon katsayısı, ölçeğin güvenirlik katsayısıdır (Ercan, 2004; Dönmez, 2014). Bu tür yaklaşımın en kritik yönü, iki ölçme arasında bırakılması gereken zaman aralığının iyi ayarlanabilmesidir (Tavşancıl, 2002; Ercan, 2004; Dönmez, 2014). Bu sürenin ölçülen davranış ve hedef kitleye göre değişmekle birlikte ortalama 3-4 haftalık sürenin yeterli olduğu belirtilmektedir (Büyüköztürk, 2005; Dönmez, 2014).

Ölçülen özellik sürekli değişken ve geliştirilen ölçek eşit aralık ya da oran ölçeği ise en güçlü, kuvvet yetkinliği en yüksek korelasyon tekniği olduğu için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı hesaplanır (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014). Korelasyon katsayıları iki değişken arasındaki ilişkinin derecesi ve yönü hakkında bilgi verir ve -1 ile +1 arasında değer alır. Katsayının +1 olması pozitif ve mükemmel ilişki varlığını gösterir. Bir ölçeğin kararlılık gösterdiğinin kabulü için en az 0,70 olması gerekir (Tavşancıl, 2002; Dönmez, 2014).

Bu çalışmada iki uygulama arasında üç hafta olacak şekilde 30 hemşireye ölçek yeniden uygulanmıştır. Çalışmada iki uygulama arasındaki 0.96 ile yüksek bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda Bağımlı iki grup ortalaması arasındaki farkın önemlilik testi ile test ve tekrar testten elde edilen puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamalarının farklı olmadığı ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlar ölçeğin zamana karşı değişmezliğinin olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada genel kliniklerde çalışan hemşirelere yönelik 18 ifade ve 4 alt boyuttan oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olan 'Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği' geliştirilmiştir

Geliştirilen bu ölçeğin, hemşirelerin psikososyal bakım konusunda kendilerini değerlendirmeleri ve bu değerlendirmeler sonucunda yetkinliği arttıracak programların daha sistematik biçimde yapılmasında yol gösterici olacaktır. Ayrıca bu çalışma ile bu alandaki gereksinimin giderilmesine önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği geliştirmek amacıyla metodolojik olarak Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 300 hemşire ile yapılan çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği için oluşturulan madde havuzdan seçilen 86 ifade için alınan uzman görüşü doğrultusunda 44 ifadelik taslak ölçek ile toplanan verilerin analizi sonucunda 18 ifade ve 4 alt boyuttan (Birinci faktör “Semptom Tanımlama”, ikinci faktör “Bilgiyi Kullanma”, üçüncü faktör “Müdahale” ve dördüncü faktör “Tanılama” oluşan ve Cronbach alfa katsayısı .93 olarak saptanan bir ölçek elde edilmiştir.
- Güvenirlik analizi için yapılan madde analizi sonucunda madde – toplam korelasyonu. 50'nin altında kalan maddeler taslak ölçekten çıkarılmıştır.
- Yapı geçerliliği için yapılan açımlayıcı faktör analizinde faktör yük değeri 0.50'den büyük özdeğeri 1'den büyük 4 alt boyutun varyansa yaptığı toplam katkı % 70.44'dür.
- Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün hesaplanan KMO (.91) değerine göre yeterli düzeydedir.
- Toplam 18 ifade ve 4 alt boyuttan oluşan ölçeğin doğrulayıcı faktör analizinde aynı faktörde yer alan maddeler arasında olmak koşuluyla üç modifikasyon yapılmış olup uyum indeksleri kabul edilebilir ve mükemmel düzeydedir.
- Ölçeğin ve alt boyutlarının iç tutarlılığı güvenirlik analizi için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0.93 ile 0.80 arasındadır.
- Test tekrar test analizi sonucunda iki uygulama arasındaki korelasyonun 0.96 idi ve iki ölçümün puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$).

Sonuç olarak Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin oldukça yüksek geçerlik ve güvenirlik göstergelerine sahip bir ölçme aracı olduğu saptanmıştır.

Sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- ❖ Genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin hemşireler tarafından kullanılması,
- ❖ Kliniklerde çalışan hemşireler için psikososyal bakım, psikososyal tanılama yöntem ve tekniklerini içeren sürekli hizmet içi eğitimlerin planlanması ve uygulanması,
- ❖ Hemşirelere psikososyal bakıma yönelik eğitimlerin, seminerlerin, konferansların düzenlenmesi,
- ❖ Hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliğini artıracak bakım protokollerinin yöneticiler tarafından oluşturulması,
- ❖ Hastaya tanı/tedavi ve bakım süreci boyunca psikososyal bakımın öneminin kavratılması, bu bağlamda KLP hemşireliği hizmetinin tüm kliniklerde yerleştirilmesinin sağlanması,
- ❖ Genel kliniklerde çalışan hemşireler için Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin kullandığı çalışmalar ile psikososyal bakım kalitesinin yordayıcılarını belirlemek için çalışmaların planlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- 1) Abbasoğlu A. Hakverdioğlu G. Erdemir F (2003). Hemşirelik Girişimleri Sınıflaması - Nıç Nursing Intervention Classification – Nıç. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Başkent Üniversitesi Ankara, Türkiye. Sayfa, 43-52
- 2) Akça Ay F (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. (Gözden Geçirilmiş 2. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. şti.
- 3) Akdemir N, Birol L (2003). Hemşirelik ve Hemşirelik Yaklaşımları. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İstanbul, Nobel kitabevleri,
- 4) Akdemir N (2011). Hemşirelikte Temel Kavramlar. Birol L. Akdemir N, Birol L .(Editörler). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; S.3-24.
- 5) Akgül A (2003). Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri. Ankara: Emek ofset, 2. Basım, 17. Bölüm:440-54.
- 6) Aktürk Z. Acemoğlu H (2012). Tıbbi Araştırmalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik. Dicle Tıp Derg isi. Cilt / Vol 39, No 2, 316-319
- 7) Alaca , Yiğit R, Özcan A. (2011). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(2):69-74.
- 8) Alonso Y (2004). The Biopsychosocial Model İn Medical Research: The Evolution Of The Health Concept Over The Last Two Decades, Patient Education And Counseling,2004; 53: 239–244
- 9) Altıok HÖ, şengün F,Üstün B (2011). Bakım Kavram Analizi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4/3, 137- 140.
- 10) Aras A. Tel H (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Tur Toraks Der;10.63-8
- 11) Ardahan M (2006). Sosyal Destek vee Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9 Sayı: 2
- 12) Arıkan R(2011). Araştırma Yöntem ve Teknikleri. Nobel yayınevi, 1. Basım, bölüm 6.93-7.

- 13) Aştı TA, Karadağ A (2012). Hemşirelik Esasları / Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık. İstanbul.
- 14) Aydemir Ö (2007). Psikiyatrik Ölçekler, Psikiyatri Temel Kitabı, Köroğlu, E. Güleç, C. ve Şenol, S. (Ed.), HYB Basın Yayın, Ankara.
- 15) Barraclough J (1999). Cancer and Emotion: A Practical Guide to Psychooncology, Chichester: John Wiley.
- 16) Barry PD (1996). Psychosocial Nursing Care Of Physically Ill Patients Their Families, Lippincott Company. Philadelphia, 3rd Ed.
- 17) Batgün A.D. Şahin N.H. Demirel E.K (2011). Bedensel Hastalıkları Olan Bireylerde Stres, Kendilik Algısı, Kişilerarası Tarz ve Öfke İlişkisi. Türk Psikiyatri Dergisi; 22(4):245-54
- 18) Baykara ZG (2010). Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara
- 19) Bekar M (2001). Hemşirelik Eğitim ve Uygulamasında Psikolojik Bakım, Tanımlama ve Boyutları Hakkında Bir Araştırma. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 1
- 20) Biçer S, Bayat M (2012). Diyaliz Tedavisi Alan Bireylerin Umut-Umutsuzluk ve Sosyal Destek Düzeyleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:7, Sayı:19(2012).
- 21) Bilge A. Ünal G (2005). Öfke, Öfke Kontrolü ve Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(1) : 189-196, 2005
- 22) Birol L (2004). Hemşirelikle İlgili Kavramlar, Hemşirelik Süreci. Etki Matb. -İzmir 5.Baskı.
- 23) Birol L (2009). Hemşirelikle İlgili Kavramlar, Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. Etki Yayıncılık ve Etki Matb. İzmir
- 24) Bolsoy N. Sevil Ü (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9 Sayı: 3
- 25) Botti M, Endicott R, Watts R, Cairns J, Lewis K and Kenny A (2006). Barriers In Providing Psychosocial Care For Patients With Cancer. Cancer Nursing, 29(4):309-316.

- 26) Boztaş M.H. Arısöy Ö (2010). Tıbbi Hastalıklarda Depresyon: Tanısal Sorunlar, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2(3): 318-332.
- 27) Butcher HK. Kirkpatrick H (1991). Edit: McFarland,G.K., Thomas M.D. Psychiatric Mental Health Nursing Process. S: 370-377
- 28) Büyüköztürk Ş (2002). Faktör Analizi: Temel Kavramlar ve Ölçek Geliştirmede Kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi. Güz, sayı: 32 ss.470-48:
- 29) Büyüköztürk Ş (2005). Veri Analizi El Kitabı. Ankara: Pegem yayınları,5. Baskı, 1-182.
- 30) Can Ş (2013). Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları İle İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 31) Charlotte MS. Fitzsimmons K. Houser J (2015). Reliability Testing of the Psychosocial Vital Signs Assessment Tool. Journal Of Psychosocial Nursing Vol. 53, No. 11.
- 32) Coffey L. Gallagher P. Horgan O. Desmond D. Maclachlan M (2009). Psychosocial Adjustment to Diabetes-Related Lower Limb Amputation. Diabetic Medicine, 26, 1063–1067
- 33) Csaszar N. Ganju A. Mirnics ZS. Varga PP (2009). Psychosocial Issues In The Cancer Patient. Spine, 34(22S): 26–30.
- 34) Çakırcalı E (2000). Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. (3. Baskı), İzmir: İzmir-Güven, Nobel Tıp Kitabevleri.
- 35) Çam O. Engin E (2014). Ruh Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (1. baskı). İstanbul Tıp Kitapevi, İstanbul, 625-637.
- 36) Çam O. Nehir S (2011). Studying The Psychosocial Adaptation, Depression And Anxiety Leves Of Patients Who Experienced Myocardial Infarction, 19th European Congress Of Psychiatry, 12-15 March, Vienna, Austria.
- 37) Çınar E (2007). Trakya Üniversitesi Hastanesi ve Edirne Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Birimlerinde Çalışan Hemşirelerin, Hemşirelik Bakımı Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi

- 38)** Deniz Z (2007). Psikometrik Ölçüm Aracı Uyarlama. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 40(1):1–16.
- 39)** Dinç L (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu(Derleme). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi,74–82.
- 40)** Dönmez L (2014). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Temel İlkeler. Derleme. Tıp Eğitimi Dünyası, Mayıs, Sayı 40.
- 41)** Ekici E (2012). Öğretmenlere Yönelik Bilişim Teknolojileri Öz-yeterlik Algısı Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 31.53–65.
- 42)** Ekinci M. Okanlı A (2001). Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4(2): 75-80.
- 43)** Eras Z. Ertem İ (2011). Bedensel Hastalıkların Psikososyal Yönü, Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü, Ekşi, A. (Ed.) Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, İstanbul.
- 44)** Ercan İ. Kan İ (2004). Ölçeklerde Güvenirlik ve Geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 30(3):211–16.
- 45)** Ergin DE (1995). Ölçeklerde Geçerlik ve Güvenirlik M.Ü.Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi. Sayı: 7 Sayfa 125-148
- 46)** Erkorkmaz Ü. Etikan İ. Demir O. Özdamar K. Sanisoğlu Y.S (2013). Doğrulayıcı Faktor Analizi ve Uyum İndeksleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci;33(1):210-23.
- 47)** Erkuş A (2012). Psikolojide Ölçme ve Ölçek Geliştirme-I; Temel Kavramlar ve İşlemler. Pegem Akademi. Ankara
- 48)** Erkuş A (2014). Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I temel kavramlar ve işlemler (2. baskı) Pegem Akademi: Ankara
- 49)** Folkman S (1997). Positive Psychological States And Coping With Severe Stress. Social Science Medicine,45: 1207-1221.
- 50)** Gorman LM. Sultan DF. Çeviri Edit; Öz F. Demiralp M (2014). Psikososyal Hemşirelik: Genel Hasta Bakımı İçin. Akademisyen Tıp Kitabevi. 3. Basım. Ankara

- 51)** Göçmen Baykara Z (2014). Hemşirelik Bakımı Kavramı. Türkiye Biyoetik Dergisi, 1(2) s: 92-99.
- 52)** Gözüm S. ve Aksayan S (2003). Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Rehber II: Psikometrik Özellikler ve Kültürlerarası Karşılaştırma, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5: 1-25.
- 53)** Gültekin BK (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve Ve Sınıflandırma.Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 2(4):583594
- 54)** Gümüş AB (2007). Meme Kanseri Hastalarında Emosyonel Destek Odaklı Hemşirelik Girişimlerinin Psikososyal Uyuma Etkisinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir
- 55)** Güngör D (2016). Psikolojide Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi ve Uyarlanması Kılavuzu. Türk Psikoloji Yazıları. Aralık, 19 (38), 104-112
- 56)** Harrington D (2009). Confirmatory Factor Analysis, Oxford University Press, Newyork, USA.
- 57)** Hemşirelik Tanımı Erişim Tarihi: 20.1.2019
[Http://Www.Turkhemsirelerderneği.Org.Tr/Tr.Aspx.](http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr.aspx)
- 58)** Hicks S (2009) The Psychiatric Nurse İn Liaison Psychiatry. Australian And New Zealand Jour Nal Of Psychiatry, 23: 89–96.
- 59)** İlhan M. Çetin B (2014). Lısrrel Ve Amos Programları Kullanılarak Gerçekleştirilen Yapısal Eşitlik Modeli (Yem) Analizlerine İlişkin Sonuçların Karşılaştırılması. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi. Cilt 5, Sayı 2, 26-42.
- 60)** İnanç N. Hatipoğlu S. Yurt V. Avcı E. Akbayrak N. Öztürk E (1998). Hemşirelik Esasları. Damla Matbaacılık, Ankara 1998.
- 61)** Kaçmaz N (2003). Fiziksel Hastalığa Uyum Güçlüğü Yaşayan Hastalarda Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Modeli Geliştirme Çalışması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 6–55.
- 62)** Karadağ S. Taşçı S (2005). Hemşirelik Bakımı Ve Bakımı Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi; 14: 13-21.

- 63) Karadağlı F (2017). Bir Ölçek Geliştirme Çalışması: Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Özbakım Yetersizliği Kuramına Gore Özbakım Davranışları Ölçeği . Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2017;10(3)
- 64) Karagöz Y (2018). Spss ve Amos Uygulamalı Nicel – Nitel – Karma. Bilimsel Araştırma Yöntemleri ve Yayın Etiği. Nobel Yayıncılık. Şubat / 1. Baskı, sayfa 286-287.
- 65) Kaya H. Özkan B (2014). Evde Bakımda Kanıta Dayalı Psikososyal Müdahaleler. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. Cilt:2, Sayı:2
- 66) Kesgin C, Topuzoğlu A. (2006). Sağlığın Tanımı ve Başı Çıkma. Journal Of İstanbul Kültür University; 3: 47-49.
- 67) Kıvanç MM (2013). Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. İçinde Aştı, T.A. ve Karadağ, A. (Ed.). Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilimi Ve Sanatı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, S:220
- 68) Kim H.Y (2013). Statistical Notes For Clinical Researchers: Assessing Normal Distribution (2) Using Skewness And Kurtosis. Restorative Dentistry & Endodontics, 38(1), 52–54. [Http://Doi.Org/10,5395/Rde.38.1.52](http://doi.org/10.5395/Rde.38.1.52)
- 69) Kneisl C. Wilson H. Trigoboff E (2004). Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- 70) Kocaman N (2005). Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9(1):49- 51.
- 71) Kocaman N (2008). Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(1):101-112
- 72) Kocaman N. Kutlu Y. Özkan M. Özkan S (2007). Predictors Of Psychosocial Adjustment In People With Physical Disease. Journal Clinical Nursing; 16: 6-16, 2007.
- 73) Kocaman Yıldırım N (2015). Organik Hastalığı Olan Kişilerde Bakımın Sanatsal Yönü. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics, 1(1):48-53. Kesgin C. Topuzoğlu A (2006). Sağlığın Tanımı ve Başı Çıkma. Journal Of İstanbul Kültür University; 3: 47-49.
- 74) Kozier B. Erb G. Blais K. and Wilkinson, J. (1994). Fundamentals of Nursing, 5 Th Ed., Addison-Wesley, New York.

- 75)** Kubilay G (2004). Veri Toplama Yöntem Teknik ve Araçları, Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Erefe, İ. (Ed.), Odak Ofset, 3. Baskı, Ankara, 139-167.
- 76)** Kurtz NR (1999). Statistical analysis for the social sciences. M.A: Allyn and Bacon.
- 77)** Küçük L (2011). Fiziksel Hastalıklarda Psikososyal Tepkiler ve Sorunlar (Özet), I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, İstanbul, 22–24 Eylül, 61-62.
- 78)** Küçük L (2007). Kalp hastalıklarında görülen ruhsal sorunlar ve bakımın emosyonel boyutu, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 11:11:1, s:48-51.
- 79)** Lakhan S (2018). The Biopsychosocial Model Of Health And Illness. Version 1.2:3, [Http://Cnx.Org/Content/M13589/Latest/](http://Cnx.Org/Content/M13589/Latest/).Erişim Tarihi:16 Ekim 2018.
- 80)** Legg M.J (2011). What Is Psychosocial Care And How Can Nurses Better Provide It To Adult Oncology Patients, Australian Journal of Advanced Nursing, 28(3): 61-67.
- 81)** Lehmann F.G (1987). Psychiatric Liasion Nursing: A Model For Nursing Practice. Principles and Practice of Psychiatric Nursing: 785-798
- 82)** Lipowski Z.J (1983). Psychosocial Reactions To Physical İllness. Canadian Medical Association Journal 128:1069–1072.
- 83)** Mayda H. Güzel H.İ. Görücü Y. Bağcıoğlu E. (2015). The Evaluation of Psychiatry Consultation Requested in a University Hospital. | Journal of Clinical and Analytical Medicine
- 84)** McFarland GK (1990). Thomas M.D. Psychiatric Mental Health Nursing, Hopelessness Ekland, E. S. p:278-281.
- 85)** Oflaz F. Vural H (2010). Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi 17(1)/1-7
- 86)** Okanlı A (2011). KLP De Psikososyal Bakım ve Tanılama. I. Uluslararası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi. Sayfa 63-64
- 87)** Öner N (2006). Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testlerden Örnekler, Bir Başvuru Kaynağı, Genişletilmiş 2. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi İstanbul.
- 88)** Öz F (2010). Sağlık Alanında Temel Kavramlar. (2.Baskı). Mattek Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara

- 89)** Öz F (2014). Editör: Demiralp M. “Anksiyete Problemleri, Psikososyal hemşirelik, Akademisyen Tıp Kitapevi, Ankara, 57-72.
- 90)** Özcan A (2006) Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim. 2.Baskı. Sistem Ofset Basın Yayıncılık, Ankara.
- 91)** Özçetin YSÜ (2013). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hastaların Duyusal Gereksinimlerine Yönelik Yaklaşımları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi. Ankara
- 92)** Özdemir Ü. Taşçı S (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi Cilt 1 Sayı 1
- 93)** Özkan S (1998). Kanser Hastalarında Psikolojik Tedavi, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche İlaç Sanayii A.Ş. İstanbul, 154-158.
- 94)** Özkan S (2006). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi; Kavramlar, Kurumsallaşma, Uygulama. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci ;2,1-13.
- 95)** Özkan S (1994). Psikiyatrik Tıp Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi, Roche Yayınları, İstanbul
- 96)** Özkan S. Armay Z (2007). Psiko-Onkoloji, Form Reklam Hizmetleri, İstanbul.
- 97)** Palabıyıkoglu R (2000). Kriz ve Krize Müdahale. Ankara Üniversitesi Psikiyatrik Kriz Uygulama Ve Araştırma Merkezi Yayınları, Birinci Basım, Ankara: Damla Matbaacılık. Ankara.
- 98)** Pehlivan T (2013). Onkoloji Hemşirelerinin Hastaların Psikososyal Gereksinimlerini Tanılama Becerileri. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı/ Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi
- 99)** Pektaş İ, Bilge A, Ersoy M (2006). Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar Ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi.7: 43-48.
- 100)** Pektekin Ç (2013). Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti. İstanbul.

- 101)** Penley JA, Tomaka J, Wiebe JS (2002). The Association Of Coping To Physical And Psychological Health Outcomes: A Meta-Analytic Review. J Behav Med, 25, 551-603.
- 102)** Peyrot M, Rubin RR, Siminerio LM (2006). Physician and Nurse Use of Psychosocial Strategies in Diabetes Care. Diabetes Care, Volume 29, Number 6, June.
- 103)** Polaschek N (2003). Living On Dialysis: Concerns Of Clients İn A Renal Setting, Journal Of Advanced Nursing, 41(1), 44-52.
- 104)** Potter PA, Perry AG (2005). Caring İn Nursing Practice, Fundamentals Of Nursing. 6th. Ed., Mosby Inc, America, P: 107-112.
- 105)** Potter AP, Perry AG. (2013). Fundamentals of Nursing: 8 th ed Canada, Mosby Year-Book,,p,80
- 106)** Psikososyal Bakım Tanımı Erişim Tarihi: 10.12.2018. [Http://Www.Ncpc.Org.Uk/](http://www.ncpc.org.uk/)
- 107)** Psychosocial Assesment (2018). Erişim Tarihi; 10.1.2019
[Http://Www.Himh.Org.Au/ Data/Assets/Pdf File/0015/10374/Mind-Essentials-Psychosocial-Assessment.Pdf.](http://www.himh.org.au/Data/Assets/Pdf_File/0015/10374/Mind-Essentials-Psychosocial-Assessment.Pdf)
- 108)** Püsküllüoğlu A (2003). Türkçe sözlük, (163). Arkadaş yayınevi.
- 109)** Rolfe G (2009). Some Further Questions On The Nature Of Caring, International Journal Of Nursing Studies. 46, 143–146.
- 110)** Sabuncu N (2008). Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar. Alter Yayıncılık Ltd. Şti. Kalkan Matbaa. Ankara 2008
- 111)** Shives LR (2005). Basic Concepts Of Psychiatric-Mental Health Nursing. Sixth Ed, Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- 112)** Soykan Ç (2003). Öfke ve Öfke Yönetimi, Kriz Dergisi, 11 (2): 19-27.
- 113)** Şencan H (2005). Sosyal Ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik Ve Geçerlilik. Ankara: Seçkin
- 114)** Tabachnick, B. G. Fidell, L. S. (2007). Using Multivariate Statistics (Fifth edition ed.): Pearson.
- 115)** Tabachnick B.G. Fidell L.S (2013). Using Multivariate Statistics (sixth ed.): Pearson, Boston

- 116)** Tan M. Karabulutlu M. Okanlı A. Erdem N (2005). Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Destek ve Umutsuzluk Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 33-39.
- 117)** Taner E. Coşar B (2006). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisine Bakış. Türkiye’de Psikiyatri, 8(1): 38-49.
- 118)** Tarhan S, Bacanlı H (2015). The Journal of Happiness & Well-Being, 3(1), 1-14.
- 119)** Taşkın Ç. Akat Ö (2010). Araştırma Yöntemlerinde Yapısal Eşitlik Modelleme. Bursa: Ekin Yayınevi, 2010, 2.bölüm:16–26.
- 120)** Tavşancıl E (2002). Tutumların Ölçülmesi Ve SPSS İle Veri Analizi. Ankara: Nobel Yayınevi, 1.Baskı.
- 121)** Tavşancıl E. (2010). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. (4. Basım). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- 122)** TDK: Bakım Tanımı
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c5713fbae0855.08070408. Erişim Tarihi: 29.1.2019,
- 123)** TDK: Hastalık Tanımı
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c571404e130b0.42569954. Erişim Tarihi: 29.01.2019
- 124)** TDK: Sağlık Tanımı
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c5712646a71e3.96935704. Erişim Tarihi: 29.01.2019
- 125)** Terlemez L (2018). İstatistik, <http://home.anadolu.edu.tr/~lterlemez/istatistik-O%C3%96%C3%96P.pdf> . Erişim 24.12.2018.
- 126)** Tezbaşaran AA (1997). Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu, 2. Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.
- 127)** Townsend MC (2015). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice.
- 128)** Tunmore R (1990). The Consultation Liaison Nurse. Nursing, 4(3): 31-34.

- 129)** Türkçapar H. (2004). Anksiyete Bozukluğu Ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. Klinik Psikiyatri Ek 4.12-16,
- 130)** Uygur E, Kaya N, Kaya H, Karaman N (2008). Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Sağlık Ekibi Hizmeti Anlayışları ve Yaşanan Sorunlar. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 16(62): 102-113
- 131)** Ünsal A (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık-Hastalık, Hemşirelik. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt1, Sayı 1, Sayfa 11-25
- 132)** Vural Doğru B, Karakovan A (2016). Kalp Yetersizliği Olan Yaşlı Hastalarda Psikososyal Uyum ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Turk Journal of Cardiovascular Nursing, 7(13): 88-104.
- 133)** Velioglu P (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. Alaş Ofset Matbaası, İstanbul.
- 134)** Yarış F, Dikici MF (2012). Hastaların Tedaviye Uyumu ve İletişim. Aile Hekimliği Dergisi; 2(3): 40-43.
- 135)** Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Erdem P, Buturak V, Okyay Y, Şimşek Y (2003). Bedensel Hastalığı Olan Kişiler Arasında Psikiyatrik Yardıma İhtiyacı Olanlar Tanınabiliyor mu?. Klinik Psikiyatri Derg., 6: 27-31.
- 136)** Yıldırım S, Gürkan A (2010) . Psikososyal Açıdan Kansere Ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 26 (1) : 87-97
- 137)** Yılmaz E. Hanoğlu Z (2003). Hemşirelik Sonuçları Sınıflaması- Nursing Outcomes Classification-Noc. Hemşirelik Sınıflama Sistemleri Sempozyum Kitabı. Başkent Üniversitesi Ankara. Sayfa, 53-60
- 138)** Yurdagül H (2005). Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi, 28-30 Eylül, Denizli.
- 139)** Yürün Y (2015). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Davranışlarının Belirlenmesi. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Lefkoşa.
- 140)** Zengin O (2011). Sosyal Hizmetin Sağlık Hizmetlerinin Sunumundaki Rolü. Konuralp Tıp Dergisi;3: 29-34.

EKLER

EK 1: Hemşireler İçin Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz?

- 1.Kadın 2.Erkek

2. Yaşınız?

3. Eğitim durumunuz?

1. Sağlık Meslek Lisesi 2.Önlisans 3.Lisans 4.Lisansüstü

4. Medeni durumunuz?

- 1.Evli 2.Bekâr 3.Dul/Boşanmış

5. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1) Gelir gidere eşit
2) Gelir giderden az
3) Gelir giderden fazla

6. Meslekte çalışma süreniz? :.....

7. Çalıştığınız Birim?

8. Şu anki bulunduğunuz serviste çalışma süreniz? :.....

9. Bulduğunuz serviste isteyerek mi çalışıyorsunuz?.....

- 1.Evet 2.Hayır

10. Serviste çalıştığınız pozisyon?

1. Klinik hemşiresi 2.Sorumlu hemşire

11. Çalışma şekliniz?

- 1.Gündüz vardiyası 2.Gece vardiyası 3.Her ikisi de

12. Çalışma biçimi

1. Hasta paylaşımı 2. Oda paylaşımı 3. İş paylaşımı 4.Diğer

13. Serviste haftalık çalışma saatiniz (ortalama) ?.....

14. Servisinizde hemşire başına kaç hasta düşmektedir?.....

EK 2: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği (İlk Oluşturulan-Madde Havuzu)

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Kararsızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1. Hasta olmanın bireylerin fizyolojik ve psikososyal sağlığını etkilediğini bilirim.					
2. Hasta olma ve hastanede yatmanın bireyin ruh sağlığını etkilediğini bilirim.					
3. Hastanın duygularını uygun cümlelerle yansıtmada yetersizim.					
4. Hasta kabulünde ve takibinde hemşire tanılama formunu kullanırım.					
5. Hastanın davranışlarını gözlemleyerek ruhsal durumu hakkında bazı bilgilere ulaşıyorum.					
6. Bakım verirken hastanın fiziksel tepkilerinin neler olduğunu fark ederim.					
7. Hemşirelik girişimlerimi yaparken hastanın psikososyal tepkilerinin neler olduğunu fark ederim.					
8. Hasta ve ailesi ile etkili iletişim kurmada yetkinim.					
9. Bakımda hastanın ailesine sadece ziyaretçi saatleri konusunda bilgi vermenin yeterli olduğunu düşünürüm.					
10. Bakım verdiğim hastanın psikososyal sorunlarının belirlenmesinin önemli olduğuna inanırım.					
11. Hastanın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim.					
12. Hastanın psikososyal sorunlarını ifade etmesini sağlarım.					
13. Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum.					
14. Klinikte fiziksel hastalığı olan bireylerde psikososyal tepkilerle karşılaşsam bunu fark ederim.					
15. Fiziksel hastalığı olan hastalara psikososyal değerlendirme yapılmasına gerek olmadığını düşünürüm.					
16. Belirlediğim psikososyal sorunların çözümü için çaba harcarım.					
17. Psikososyal bakımın hemşirelik uygulamalarının önemli bir bölümünü oluşturduğunu düşünürüm.					
18. Hastanın hastalığı, tedavi süreci hakkındaki mevcut bilgilerini değerlendiririm.					
19. Hastanın hastalığı, tedavi süreci hakkındaki eksik ve yanlış bilgilerini belirleyebilirim.					
20. Hastanın sağlığı ve hastalığı ile ilgili kendini nasıl hissettiğini hastayla konuşurum.					
21. Hastalık durumun onu nasıl etkilediğini hastayla konuşurum.					

22. Hastanın hastalığı, tedavisi hakkındaki inançlarını ve endişelerini sorgularım.					
23. Hastayla gözle iletişim kurarak ilgiyi iletebileceğime inanıyorum.					
24. Hastanın hastanede bulunma ile ilgili görüşlerini araştırırım.					
25. Hastanın sadece hastalıkla ilgili fizyolojik semptomlarını sorgularım.					
26. Hastanın sosyal destek alma ihtiyaçlarını sorgularım.					
27. Hastanın soru sormasına fırsat veririm.					
28. Açık uçlu sorular sorarak hastamın kendini daha iyi anlatabilmesini sağlayabilirim.					
29. Hastayla kurduğum iletişimde onu aktif olarak dinlerim.					
30. Hastayla empati kurarak onun içinde bulunduğu durumu fark ederim.					
31. Empati kurma ve böylece hastayı daha iyi anlamada kendimi yetkin buluyorum.					
32. Hastanın kendi sağlığının yönetiminde aktif katılımını sağlamak için onu cesaretlendiririm					
33. Hastayla terapötik iletişim kurmaya özen gösteririm.					
34. Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlarım.					
35. Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlarım					
36. Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlarım					
37. Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlarım					
38. Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlarım					
39. Hastada tedaviyi reddetme ile karşılaştığımda bunu onunla konuşurum.					
40. Hastada ile sosyal izolasyon karşılaştığımda bunu onunla konuşurum.					
41. Hastadaki beden imajında değişme belirtilerini tanımlarım.					
42. Hastadaki düşük benlik saygısı belirtilerini tanımlarım					
43. Hastamın hastalık durumundaki stres etkenlerinin neler olduğunu belirlerim.					
44. Hastanın stres etkeniyle geçmiş ve şimdiki baş etme tarzını sorgularım.					
45. Hastanın güçlü yönlerini (olumlu baş etme stratejileri, iletişim becerileri, yardım isteyebilme gibi) belirlerim.					
46. Hastanın maneviyatını, manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.					
47. Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim					
48. Hastanın, hastanede kaldığı sürede kendisine destek olarak gördüğü kişileri, sosyal desteklerini belirlerim.					

49. Hastaya benden beklentilerinin neler olduğunu sorarım.					
50. Hastanın bakımında tek etkili yöntem ilaç sağaltımıdır.					
51. Hastaya bilgi ihtiyacı, beklentileri ve baş etme düzeyine göre eğitim veririm.					
52. Hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili eğitime ihtiyacı olduğunu düşünürüm.					
53. Hastalara psikososyal değerlendirme yapmaya gerek olmadığını düşünürüm.					
54. Serviste hastaların ihtiyaçlarına göre belirlenen bakım standartları ve prosedürlerini uygularım.					
55. Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesi önemlidir.					
56. Hasta ve ailesini bakıma dâhil ederim.					
57. Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.					
58. Hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretirim					
59. Hastaya problem çözme becerilerini öğretirim.					
60. Hastaya anksiyete ile baş etme teknikleri gibi amaca yönelik becerileri öğretirim.					
61. Hastayı manevi baş etme kaynaklarına yönlendirir ve bunları kullanmasını desteklerim.					
62. Hastanın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olurum.					
63. Çözümlemesi güç olan klinik problemlerle karşılaştığımda bu alanlarda özelleşmiş hemşirelerden bilgi alırım.					
64. Çözümlemesi güç olan klinik problemlerle karşılaştığımda bu alanlarda özelleşmiş hemşirelerden destek alırım.					
65. Çözümü güç olan klinik problemlerin çözümünde multidisipliner bir yaklaşımla müdahale edilmesi gerektiğine inanırım.					
66. Psikososyal bakım yalnızca psikiyatri servisinde ele alınması gereken bir konudur.					
67. Psikososyal açıdan desteğe ihtiyacı olduğunu düşündüğüm hastaları KLP hemşiresi, Psikolog, Psikiyatri Uzmanına yönlendiririm.					
68. Psikososyal bakımın psikiyatri hemşiresinin işi olduğuna inanıyorum.					
69. Klinikte iş yükü o kadar fazla ki psikososyal bakım yapmak için yeterli zamanım yoktur.					
70. Hastanede uygulanan sistemin, hemşirelerden psikososyal bakımla ilgili beklentilerinin olmadığını düşünüyorum.					
71. Hasta ve ailesi ile görüştüğümde yanıt veremeyeceğim sorular sormalarından çekindiğim için görüşmelerimi sınırlarım.					
72. Psikososyal bakımı hastayla konuşarak geçirilen boş zaman olarak görüyorum.					
73. Hastaya psikososyal değerlendirme yapma konusunda yetkinim.					

74. Hastalara psikososyal müdahale yapma konusunda kendimi yetkin buluyorum.					
75. Hastaların bireysel özelliklerine uygun seçimler yapabilmesi için nasıl bir yol izleyeceğim konusunda yeterli bilgiye sahibim.					
76. Uygun psikososyal müdahale yapma konusunda yetkin değilim					
77. Hastalarımın koşulsuz saygı duyduğumu iletip onun kendini daha iyi ifade etmesini sağlayabilirim.					
78. Beklenmedik bir hasta tepkisi ile karşılaştığımda nasıl davranmam gerektiğini bilirim.					
79. Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.					
80. Hastanın duygularını düzene sokmasında yardımcı olabilirim.					
81. Hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim.					
82. Hastaya sağlıklı olmayan düşünce sistemlerini tespit etmesinde yardım edebildiğime inanıyorum.					
83. Krize müdahale (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma vb) durumlarına müdahalede kendimi bir hemşire olarak yeterli buluyorum.					
84. Hastanın yaşadığı sorunlarla baş etmesine yardımcı olma konusunda endişeliyim.					
85. Psikososyal bakımın etkili sunumu sadece hasta ve ailesine değil aynı zamanda kurumunda yararınadır.					
86. Hastaya verilen iyi bir bilgilendirmeye hastaların tedaviye daha iyi uyum sağladığını düşünürüm.					

EK 3: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği (Uzman Görüşleri Doğrultusunda Düzenlenen)

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni biraz tanımlıyor	Karasızım	Beni iyi tanımlıyor	Beni çok iyi tanımlıyor
1. Hasta olmanın bireylerin fizyolojik sağlığı kadar psikososyal sağlığını da etkilediğini bilirim.					
2. Hastanın davranışlarını gözlemleyerek ruhsal durumu hakkında bazı bilgilere ulaşabilirim.					
3. Hastalarımı etkili iletişim kurmada yetkinim.					
4. Hastamın psikososyal sorunlarını belirleyebilirim.					
5. Hastaların psikososyal gereksinimlerini tanılamada kendimi yeterli bulurum.					
6. Fiziksel hastalığı olan hastalara psikososyal değerlendirme yapılmasına gerek olmadığını düşünürüm.					
7. Psikososyal bakımın hemşirelik uygulamalarının önemli bir bölümünü oluşturduğunu düşünürüm.					
8. Hastamın hastalığı hakkındaki endişelerini değerlendirebilirim.					
9. Hastalık durumunun onu nasıl etkilediğini hastayla konuşabilirim.					
10. Hastamla göz ilişkisi kurarak ona karşı ilgili olduğumu iletebileceğime inanırım.					
11. Hastanın hastanede bulunma ile ilgili görüşlerini araştırırım.					
12. Hastanın sadece hastalıkla ilgili fizyolojik semptomlarını sorgularım.					
13. Hastamın sosyal destek alma ihtiyaçlarını belirleyebilirim.					
14. Hastanın soru sormasına fırsat veririm.					
15. Açık uçlu sorular sorarak hastamın kendini daha iyi anlatabilmesini sağlayabilirim.					
16. Bakım verdiğim hastaları aktif olarak dinlerim.					
17. Hastamla empati kurmaya çalışarak onun içinde bulunduğu durumu anlayabilirim.					
18. Hastamın kendi sağlığının yönetimine aktif katılımını sağlamak için onu cesaretlendirebilirim.					
19. Hastadaki anksiyete belirtilerini tanımlayabilirim.					
20. Hastadaki depresyon belirtilerini tanımlayabilirim.					

21. Hastanın güçsüzlük belirtilerini tanımlayabilirim.					
22. Hastanın umutsuzluk belirtilerini tanımlayabilirim.					
23. Hastanın öfke/kızgınlık belirtilerini tanımlayabilirim.					
24. Hastam tedaviyi reddettiğinde bunu onunla konuşabilirim.					
25. Hastanın beden imajındaki değişimlerini tanımlayabilirim.					
26. Hastadaki düşük benlik saygısı belirtilerini tanımlayabilirim.					
27. Hastamda stres tepkisine yol açan faktörleri belirleyebilirim.					
28. Hastamın kullandığı stresle baş etme yöntemini belirleyebilirim.					
29. Hastanın güçlü yönlerini (olumlu baş etme stratejileri, iletişim becerileri, yardım isteyebilme. gibi) belirleyebilirim.					
30. Hastamın manevi ihtiyaçlarını belirleyebilirim.					
31. Hastanın umut kaynaklarını belirlemede yetkinim					
32. Hastamın bireysel özelliklerini dikkate alarak eğitim verebilirim.					
33. Hastanın duygularını, tutumlarını ve düşüncelerini serbestçe ifade edebilmesinin önemli olduğunu bilirim.					
34. Hasta ve ailesini bakıma dâhil ederim.					
35. Hastayı hastalığın yol açacağı değişikliklerle ilgili bilgilendiririm.					
36. Hastaya etkili baş etme yollarını kullanmasını öğretebilirim					
37. Hastaya anksiyete ile baş etme tekniklerini öğretebilirim.					
38. Hastamın umudunu destekleyecek, gerçekçi hedefler belirlemesine yardımcı olabilirim.					
39. Psikososyal bakımın psikiyatri hemşiresinin işi olduğuna inanıyorum.					
40. Hastamın yanıt veremeyeceğim sorular sormasından çekindiğim için görüşmelerimi sınırlarım.					
41. Hastalara psikososyal bakım verme konusunda kendimi yetkin buluyorum.					
42. Klinikte hastayla ilgili karşılaştığım, her sorun için bir çözüm yolu üretebilirim.					
43. Hastanın sorunlarını farklı bir bakış açısıyla görmesini sağlayabilirim.					
44. Krize müdahalede (ampütasyon, organ kaybı, fonksiyon kaybı, travma, vb) yetkinim.					

EK 4: Görüşlerine Başvurulan Uzmanlar

Kapsam Geçerliği İçin;

Prof. Dr. Ayşegül BİLGE: Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayşe OKANLI: İstanbul Medeniyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Esra ENGİN: Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI: Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Doç. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ: İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Hemşireliği

Doç. Dr. Hülya BİLGİN: İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Doç. Dr. Leyla KÜÇÜK: İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği

Doç. Dr. Meryem YILMAZ: Cumhuriyet Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Doç. Dr. Nazmiye KOCAMAN YILDIRIM: İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Figen İNCİ: Ömer Halisdemir Üniversitesi. Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Ruh Sağlığı Hemşireliği

Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri İçin;

Dr.Öğr. Üyesi ZİYNET ÇINAR: Cumhuriyet Üniversitesi. Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü/Biyostatistik Anabilim Dalı

EK 5: Geliştirilen Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği

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

EK 6: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kurum İzin Belgesi



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ**

Sayı : 93596471-730.08.03
Konu : Huriye KARATAŞ Anket Uygunluğu

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 31.10.2017 tarih ve 241486 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden; Enstitünüz Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Huriye KARATAŞ'ın "*Psikososyal Bakım Yetkinliği Ölç Değerlendirme Ölçeği Geliştirilmesi Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması*" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasına ait anketlerin 10.11.2017-10.03.2018 tarihleri arasında Hastanemizde uygulama isteği değerlendirilmiş olup; uygun görülmüştür.

Gereğini arz ederim.

e-İmzalıdır
Prof.Dr.Ahmet YILMAZ
Başhekim

EK 7: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikosozyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Geliştirilmesi Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2017-07/08	Tarih: 26.07.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacı/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacı/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İznilidir
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Yalçın Karagöz	Sayısal Yöntemler	Cumhuriyet Üniversitesi, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	İznilidir
Yrd. Doç. Dr. Recai Zan	Endodonti	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Engin Altınkaya	İç Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkan Vekili
Unvanı/Adı/Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Recai Zan
İmza: *[Signature]*



Ek 8: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Olur Formu



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği’nin Geliştirilmesi Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmasıdır’

Bu araştırmanın amacı, genel kliniklerde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılmasıdır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmada genel kliniklerde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği öz değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması planlanmıştır. Geliştirilecek ölçeğin, hemşirelerin psikososyal bakımla ilgili bilgi, tutum ve uygulamaları konusundaki sorunların belirlenmesi ve bu sorunların çözümlenmesine yönelik gerekli alanlarda düzenlemelerin yapılmasına katkı sağlaması beklenmektedir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının vermiş olduğu anket ve ölçekteki sorulara uygun ve doğru cevap vermek, formları eksiksiz doldurmanızdır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu araştırmanın beklenen yararı; çalışma ile genel kliniklerde çalışan hemşirelerin psikososyal bakım yetkinliği konusunda öz değerlendirme yapmalarını sağlayacak bir ölçüm aracı elde edilecektir. Elde edilen ölçekle hemşirelerin psikososyal bakım konusundaki durumları belirlenecek ve gereksinimlerinin giderilmesine yönelik çalışmalar yapılabilecektir.

Bu araştırmada, araştırmacı tarafından size verilecek 14 sorudan oluşan Kişisel Bilgi Formu ve toplam 44 ifadenin yer aldığı Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Taslak Ölçeği yer almaktadır. Soruların cevaplanma süresi ortalama 10 dakikadır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, verilen formlara eksik veya yanlış bilgiler vermeniz vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Huriye Karataş

Görevi: Yüksek Lisans Öğrencisi

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Ek 9: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamasının Hemşirelerin Kişisel Bilgi Özelliklerine Göre Dağılımı

Tablo 14: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamasının Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	N (300)	Ölçek puanı Ortalama \pm Ss	İstatistiksel Analiz	p değeri	Anlamlı Fark**
Cinsiyet					
Kadın	228	4.02 \pm 0.52	t= 1.379*	0.16	p= 0.16>0.05
Erkek	72	3.92 \pm 0.50			
Yaş					
19-25 yaş	79	3.92 \pm 0.57	F=3.675**	0.006	p= 0.006<0.05 ***40-46 yaş ile 19-25 yaş
26-32yaş	143	3.95 \pm 0.51			
33-39 yaş	45	4.10 \pm 0.40			
40-46yaş	30	4.28 \pm 0.46			
47 yaş ve üzeri	3	4.16 \pm 0.67			
Eğitim Durumu					
Sağlık Meslek Lisesi	38	3.84 \pm 0.74	F=1.450**	0.22	p= 0.22>0.05
Önlisans	18	3.95 \pm 0.57			
Lisans	203	4.02 \pm 0.46			
Lisansüstü	41	4.05 \pm 0.49			
Medeni durum					
Evli	161	4.00 \pm 0.55	F=1.939**	0.14	p=0.14>0.05
Bekâr	135	3.98 \pm 0.47			
Dul/Boşanmış	4	4.50 \pm 0.40			
Ekonomik durum					
Gelir giderden az	92	3.97 \pm 0.51	F= 2.707**	0.06	p=0.06>0.05
Gelir gidere eşit	175	3.98 \pm 0.52			
Gelir giderden fazla	33	4.20 \pm 0.48			

*Student's t testi

** One-way ANOVA

***Tukey HSD

Ek 10: Tablo 15: Psikososyal Bakım Yetkinliği Öz Değerlendirme Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamasının Hemşirelerin Meslek ve Çalışma Şekli Özelliklerine Göre Dağılımı

Hemşirelerin Meslek ve Çalışma Şekli Özellikleri	N (300)	Ölçek puanı Ortalama \pm Ss	İstatiksel Analiz	p değeri	Anlamlı Fark***
Meslekte çalışma süresi					
0-3yıl	70	3.95 \pm .46	F= 3.564**	0.004	p=0.004<0.05 *** 4-7yıl ile 20yıl ve üstü
4-7yıl	125	3.90 \pm .55			
8-11yıl	46	4.08 \pm .52			
12-15yıl	20	4.02 \pm .38			
16-19yıl	17	4.22 \pm .46			
20yıl ve üstü	22	4.32 \pm .48			
Çalışılan birim					
Dâhili Klinikler	197	3.99 \pm .54	t=0.166*	0.86	p=0.86>0.05
Cerrahi Klinikler	103	4.01 \pm .46			
Bulunduğu serviste isteyerek çalışma durumu					
Evet	255	4.00 \pm .53	t=0.495*	0.60	p=0.62>0.05
Hayır	45	3.96 \pm .45			
Çalışma şekli					
Gündüz vardiyası	63	4.11 \pm .48	F=1.868**	0.15	p=0.15>0.05
Gece vardiyası	46	3.97 \pm .44			
Her ikisi de	191	3.97 \pm .54			
Çalışma biçimi					
Hasta paylaşımı	161	3.99 \pm .55	F=2.092**	0.10	p=0.10>0.05
Oda paylaşımı	35	3.91 \pm .38			
İş paylaşımı	48	3.93 \pm .47			
Diğer	56	4.14 \pm .50			
Haftalık çalışma saatini (ortalama)					
40 saat	86	4.03 \pm .53	F=0.269**	0.76	p=0.76>0.05
48 saat	170	3.98 \pm .49			
56 saat	44	3.99 \pm .59			
Hemşire başına düşen hasta sayısı					
2-6 hasta	48	4.03 \pm .49	F=1.463**	0.20	p=0.20>0.05
7-11 hasta	114	4.00 \pm .50			
12-16 hasta	85	4.03 \pm .53			
17-21 hasta	29	3.84 \pm .50			
22-26 hasta	5	3.57 \pm .71			
27 ve üzeri hasta	19	4.10 \pm .56			

* Student's t testi

** One-way ANOVA

***Tukey HSD

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: HURİYE KARATAŞ

Doğum Yeri ve Yılı: Sivas-1992

Medeni Hali Bekâr

Yabancı Dil İngilizce

İletişim Adresi Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sivas

E-Posta Adresi huriye_karatas@outlook.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise Sivas Lisesi,2010

Lisans Bozok Üniversitesi,2014

Yüksek Lisans: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019

İş Tecrübesi

KARS / Kağızman Devlet Hastanesi 2015-

Çocuk Servisi Hemşiresi 2015-2016

Acil Servis Hemşiresi 2016-2017

Yoğun Bakım Hemşiresi 2017-2018

Yoğun Bakım Klinik Sorumlu Hemşiresi 2018-