

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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN HEMŞİRE-HASTA
ETKİLEŞİMLERİNE YÖNELİK TUTUM VE
DAVRANIŞLARI VE ÇOCUK SEVME DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Dilek GÜNDOĞAN

**Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL**

İSTANBUL, 2018

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PEDİATRİ HEMŞİRELERİNİN HEMŞİRE-HASTA
ETKİLEŞİMLERİNE YÖNELİK TUTUM VE
DAVRANIŞLARI VE ÇOCUK SEVME DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ

Dilek GÜNDOĞAN
152038140

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL

İSTANBUL, 2018

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ




**Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I**

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Dilek GÜNDOĞAN Öğrenci No : 152038140
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 06.02.2018
Daraşman : Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL Tez Savunma Saati :11.00

Tez Konusu : Pediatri hemşirelerinin hemşire-hasta etkileşimlerine yönelik tutum ve davranışları ve çocuk sevmeye düzeylerinin belirlenmesi

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulara sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr. Gülzade Uysal	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. K. Derya Beydağ	Kabul	
Yrd.Doç.Dr. Ayşe Karakoç (Marmara Ün.)	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd.Doç.Dr. Özlem Yazıcı		

ÖZET

Araştırma pediatri hemşirelerinin hemşire-hasta etkileşimlerine yönelik tutum ve davranışları ve çocuk sevme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, evrendeki birey sayısı bilinen örneklem hesabına göre belirlenmiş olup 294 pediatri hemşiresi örneklemini oluşturmuştur. Veriler SPSS 21.0 paket programında uygun istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Ölçeğin “önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik” düzeyleri için sırasıyla toplam puan ortalamalarının, $319,93 \pm 33,931$, $291,01 \pm 42,360$, $267,29 \pm 53,673$ olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi Ölçeği ve alt ölçek önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek ve en düşük alt boyut puanları sırasıyla; Gereksinimler ve Duyarlılık olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHE yaş, medeni durum, öğrenim durumu, çalışılan bölüm, çalışma yılı ve pediatri hemşiresi olarak çalışma yılı değişkenlerinin etkilediği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği puan ortalaması $85,80 \pm 13,74$ olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin çocuk sevme puanlarının çalıştıkları birime göre değiştiği belirlenmiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerin BÇSÖ ile BOHHEÖ puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0,000$).

Bu araştırmanın sonucunda çocuk sevme düzeyi yüksek olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları; tutum ve davranışlarının da olumlu yönde olduğu, bu alanda kendilerini yeterli hissettikleri ve uygulanabilir buldukları saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Bakım, Hemşire-hasta etkileşimi, Pediatri hemşireliği, Çocuk sevme.

ABSTRACT

DETERMINING PEDIATRIC NURSES' ATTITUDES AND BEHAVIORS TOWARDS NURSE-PATIENT INTERACTION AND LIKING OF CHILDREN LEVEL

The study was designed as descriptive and cross-sectional analysis to determine the pediatric nurses' attitudes and behaviors towards nurse-patient interaction and their liking of children. The sample size of the study was created by 294 pediatric nurses, which was determined by the number of individuals in the universe. Data obtained from the study were evaluated by using appropriate statistical analyzes in the SPSS 21.0 packaged software.

Means for the importance, competence and feasibility dimensions of the overall scale were, $319,93 \pm 33,931$, $291,01 \pm 42,360$ and $267,29 \pm 53,673$ respectively. In the subdimensions, the highest and lowest means were in "needs" and "sensitivity" respectively. Age, marital status, level of education, working unit, term of employment, period of work as a pediatric nurse affected pediatric nurses' attitudes and behaviors towards nurse-patient interaction ($p < 0,05$). Average Barnett Liking of Children score obtained from the nurses was $85,80 \pm 13,74$. Working unit was found to affect level of pediatric nurses' liking of children ($p < 0,05$). It was determined that there is a strong correlation between the BLCS and CNPI scores of the nurses ($p < 0,000$).

As a result of this study, nurses with higher levels of liking of children were also found to consider the caring nurse-patient interaction important. In this sense, they modified their attitudes and behaviors positively. They defined themselves competent in term of caring nurse-patient interaction and found it feasible.

Key words: Care, Nurse-patient interaction, Pediatric nursing, Liking of children.

ÖNSÖZ

Bu araştırma pediatri hemşirelerinin hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının ve çocuk sevme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam boyunca bana yol gösteren, her türlü bilimsel katkıyı, manevi desteği ve sonsuz anlayışı gösteren değerli tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL'a,

Hayatımın her döneminde yanımda olan, sabırla ve sevgiyle beni destekleyen canım aileme,

En büyük destekçilerim, hayatımın değişmezleri olan ve tezimin oluşturulmasında bana kaynak bulmam hususunda yardım eden sevgili arkadaşlarıma,

Araştırma boyunca verdikleri destek ve katkılardan dolayı Anadolu Yakası Kuzey Kamu Hastaneler Birliğine bağlı 7 Eğitim Araştırma Hastanesinde ve Güney Kamu Hastaneler Birliğine bağlı 4 Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan tüm ekip üyelerine ve birim sorumlu hemşirelerine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden hemşire arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dilek GÜNDOĞAN

KISALTMALAR DİZİNİ

BOHHE	: Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi
BOHHEÖ	: Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi Ölçeği
BLCS	: Barnett Liking of Children Scale
BÇSÖ	: Barnett Çocuk Sevme Ölçeği
CNPI	: Caring Nurse-Patient Interaction
CNPIS	: Caring Nurse-Patient Interaction Scale
EAH	: Eğitim Araştırma Hastanesi
ICN	: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
TDK	: Türk Dil Kurumu
THD	: Türk Hemşireler Derneği
Min	: Minimum
Maks	: Maksimum
SPSS	: Statistical Program For Social Scientists
Ss	: Standart sapma
\bar{x}	: Ortalama
%	: Yüzde

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Dilek GÜNDOĞAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa NO

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
ÖNSÖZ	iv
KISALTMALAR DİZİNİ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Çocuk Hemşireliği.....	3
2.2. Bakım	5
2.3. Hemşire-Hasta İlişkisi.....	5
2.4. Hemşire-Hasta İlişkisinde İletişim	7
2.4.1. İletişim Kavramı	7
2.4.2. Kişiler Arası İletişim	8
2.4.3. İletişim Türleri	9
2.4.4. Hasta Yararına-Yardım Edici İletişim.....	10
2.4.5. Hasta Yararına-Yardım Edici İletişim Kurma Becerisini Etkileyen Boyutlar.....	10
2.4.6. Hasta Yararına-Yardım Edici İletişim Kurma Becerisini Eyleme Geçirme Boyutunda Hemşirenin Sorumlulukları.....	12
2.5. İletişimi Engelleyen ya da Etkileyen Faktörler.....	13
2.6. Hemşire-Hasta Etkileşimi ve Bakım	14
2.6.1. Etkileşim Kavramı	15
2.6.2. Hemşire- Hasta Etkileşimi	15
2.7. Pediatri Hemşireliğinde İletişim ve Çocuk Sevme.....	24
2.8. Yaş Dönemlerine Göre Hemşirelik Yaklaşımı.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	32
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.4. Veri Toplama Araçları	34
3.4.1. Veri Toplama Formu	34
3.4.2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği	34
3.4.3. Barnett Çocuk Sevmeye Ölçeği	36
3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	36
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu.....	37
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	37
4. BULGULAR.....	38
5. TARTIŞMA.....	54
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR	76
EKLER.....	88

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Pediatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri	38
Tablo 2. Pediatri Hemşirelerinin Çalışma Durumlarına İlişkin Özellikleri	39
Tablo 3. Pediatri Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	40
Tablo 4. Pediatri Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire - Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 5. Pediatri Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire - Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çalışma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	45
Tablo 6. Pediatri Hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Puan Ortalaması.....	47
Tablo 7. Pediatri Hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	48
Tablo 8. Pediatri Hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Koşullarına Göre Karşılaştırılması.....	49
Tablo 9. Hemşirelerin Çocuk Sevme Düzeyini Yordayan Değişkenler.....	50
Tablo 10. Hemşirelerin BOHHEÖ - Önemlilik Düzeyini Yordayan Değişkenler...50	
Tablo 11. Hemşirelerin BOHHEÖ-Yeterlilik Düzeyini Yordayan Değişkenler	51
Tablo 12. Hemşirelerin BOHHEÖ-Uygulanabilirlik Düzeyini Yordayan Değişkenler.....	51

Tablo 13. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Önemlilik, Yeterlilik ve Uygulanabilirlik Toplam Puanları Arasındaki ilişki.....52

Tablo 14. Hemşirelerin BÇSÖ, BOHHEÖ-Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....52

Tablo 15. Hemşirelerin Çocuk Sevme Düzeyini Yordayan Değişkenler53



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa no

Şekil 1: Araştırmanın Yapıldığı Hastaneler ve Pediatri Hemşirelerinin Dağılımları.....	34
----------------------------------------------------------------------------------------	----



1. GİRİŞ

İnsana doğrudan hizmet veren mesleklerden biri olan hemşirelik mesleğinde bireylerle kurulan kişiler arası ilişkiler oldukça önemlidir (1). Bu doğrultuda duygusal ve fiziksel sağlık gereksinimlerinde hastaya/bireye yardım etme amacıyla, hemşirenin yeteneği, kişilerarası ilişkileri oluşturmada, hemşire-hasta etkileşimi temeldir (2). Hemşire-hasta etkileşiminin odağı, hasta bireyin gereksinimlerinin fark edilip, karşılanmasıdır. Bu şekilde de, hastanın problemleri, baş etme biçimleri, destek kaynakları ve yaşamındaki olanaklar konusunda, karşılıklı anlayış ve farkındalık geliştirmek ve iç görü kazanmak mümkün olmaktadır (3).

Hemşirelerin davranış ve tutumlarının, hemşire-hasta etkileşimleri üzerinde güçlü etkileri olduğu bilinmektedir. Bu davranış ve tutumlardan bazıları, empati, doğallık, hazır bulunma, savunuculuk ve terapötik dinlemedir (4). Etkileşimde amaç; hemşirenin ve hasta bireyin birbirini tanıması, gereksinimlerin araştırılması ve karşılanması, hemşirelik hedeflerinin yerine getirilmesidir (5). Hasta-hemşire etkileşiminde ayrı bir grup olan çocuk hasta-hemşire etkileşiminde de pediatri hemşiresi; çocuğun erişkinden farklı fizyolojik ve psikolojik özellikleri olduğunu, algılama boyutlarının tam gelişmemiş olduğunu ve devamlı bir gelişme gösterdiğini, hastalığı algılama ve hastalığa verilen tepkinin, kronolojik yaş ve gelişim özelliklerine göre farklılık gösterdiğini öngörerek bakımı planlamaları ve onlara gerekli sevgi ve ilgiyi göstermelidir (6-8).

Çocuğun en çok sevgi ve ilgiye gereksiniminin olduğu sağlıktan sapma durumlarında da hemşirelerden/sağlık personelinden sevgi görmesi, sevilmesi çocuk hasta için çok önemli bir gereksinimdir. Bu da pediatri hemşiresinin çocukların takip ve tedavilerinde onları daha kolay kabul etmelerine, etkin bakım sağlayarak, iş doyumunu arttırmaktadır (7).

Literatürde hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını ve çocuk sevme düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde özel bir alan olan pediatri hemşirelerine yönelik çalışmalar sınırlıdır.

Bu doğrultuda araştırma; pediatri hemşirelerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını ve ocuk sevme düzeylerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma Soruları:

1. Pediatri hemşirelerinin hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranış düzeyleri nedir?
2. Pediatri hemşirelerinin hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?
3. Pediatri hemşirelerinin ocuk sevme düzeyleri nedir?
4. Pediatri hemşirelerinin ocuk sevme düzeylerini etkileyen faktörler nelerdir?
5. Pediatri hemşirelerinin hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları ile ocuk sevme durumları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Pediatri Hemşireliği

Çocuk sağlığının en önemli göstergesi, sürekli gelişen bir organizmaya sahip olan çocukların büyümesidir. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları bilimi, çocuk ve ailesi ile doğumdan okul çağına kadar ilişki kuran önemli bir bilimdir. Bu nedenle çocuğa ve ailesine zarar vermeme ve yarar sağlama sorumluluğu taşır. Bu sorumluluğun yanında, çocuğa bedensel, bilişsel, ruhsal ve toplumsal özellikleri ile bir bütün olarak yaklaşma, onu koruma ve geliştirme olanağına sahiptir (9).

Hemşireliğin uzmanlık alanlarından biri olan “pediatri hemşireliği” ise; bu rol ve işlevlere ek olarak, çocuk ve aileyi bakımın merkezine alan, yenidoğan döneminden başlayarak, ergenlik döneminin sonuna kadar tüm gelişim dönemlerini kapsayacak biçimde ve birinci, ikinci, üçüncü düzeyde sağlık bakımı vermekten sorumlu bir alandır (10). Geniş bir alanı kapsayan pediatri hemşireliği 0-18 yaş grubu arasındaki sağlıklı ve sağlık problemi olan çocuklar ile adölesanların bakımını içerir (6). Bu bağlamda tedavi odaklı bakım felsefesi çocuk ve ailenin fiziksel, duygusal, sosyal ve spiritüel gereksinimlerinin giderilmesini hedeflemiştir (11, 12). Çocuğu ve ailesini fiziksel, duygusal, bilişsel, sosyokültürel ve spiritüel yönden bir bütün olarak ele alan holistik bakım yaklaşımı ile ele alınmalıdır (13). Aynı zamanda gelişim düzeyine göre sözel ve sözel olmayan iletişim tekniklerini kullanabilmelidir (8,14, 15).

Pediatri hemşiresi çocuk ve aile sağlığının en üst düzeyde geliştirilmesi ve sürdürülmesi için çalışır. Pediatri hemşireliğinin standartları geçmişte tıbbi yaklaşımlı/hastalık ve teknoloji merkezli iken, günümüzde bütüncül yaklaşım benimsenmekte, çocuk ve ailenin sağlığını sürdürme ve yükseltmeye odaklanılmaktadır (3). Çocuğun hızlı bir büyüme-gelişme süreci içinde olması, benlik kavramı, baş etme yöntemleri ve sosyal davranışlarının yetişkinlere göre daha az gelişmiş olması nedeniyle hemşirenin bu konuda daha duyarlı olması gerekmektedir (3, 16).

2.2. Bakım

Birey sağlık, esenlik, rahatsızlık, hastalık ve ölümle noktalanmış bağımlılık-bağımsızlık yaşam döngüsünün bir noktasında, “bakım” la ya karşılaşır ya da karşılaşacaktır. Bakım aynı “yardım” teriminde olduğu gibi en az iki kişi ile başlayan ve

gelişen bir süreçtir. Kapsamı, bakım ve bakım verme, kişiselleştirilmiş bir sürecin ötesinde, kişinin eşsizliğine, değerliliğine, bütünlüğüne, yaşamın kutsallığına, bakım verenin kendini ve başkalarını sevmesine dayalı, bir başkasına yönelik ilgi, özen, dikkat, koruma, geliştirme, iyiliğini sürdürme amaçlarıyla gerçekleşen zihinsel, fiziksel, duyuşsal, kişilerarası ve sosyal bir eylemdir (17, 18).

Hemşirelik uğraşı alanı insan olan ve hemşirelik bakımına temellenmiş bir meslektir. Hemşirelerin bakım verirken bakımı ayrıcalıklı kılan özelliği, bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin profesyonel bilgi ve beceriler ile birleştirilerek hemşire-hasta ilişkisine yansıtılmasıdır (19).

Fortuno ve ark. (2017)' nın Filipinler'deki üçüncü basamak bir hastanede hemşire-hasta etkileşiminde bakımı etkileyen bileşenler: hastaların sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik yaptığı çalışmada “bakım hemşiresinin özüdür ancak bakım tanımlanamayan bir olgudur” denmiştir (20).

Hemşirelerin çok sık değişen sağlık uygulamalarında sağlıklı ya da hasta bireye ve ailelerine gerekli bakımı anlamlı verebilmeleri içinde hemşire-hasta ilişkisinin sağlam temeller üzerine kurulması önemlidir (21).

2.3. Hemşire-Hasta İlişkisi

Hemşire-hasta ilişkisi; mesleki yardıma gereksinimi olan kişi ile bu yardımı verebilecek bilgi ve becerilerle donanmış kişi arasındaki etkileşim süreci olarak tanımlanmaktadır. Hemşire, mesleki bilgi ve becerilerini hastanın fiziksel, sosyal ve duyuşsal sağlığına olumlu katkıda bulunabilecek biçimde, sözleri, tavır ve davranışlarıyla, planlı hemşirelik girişimleri ile hastayı etkilemekte olup hemşire de hasta ve yakınlarının davranış ve tepkilerinden etkilenmektedir (1, 19, 22, 23).

Peplau' ya göre hemşirelik, “anlamlı, tedavi edici kişiler arası süreç” ve “hasta ya da sağlık hizmetine gereksinimi olan birey ile bu gereksinimleri tanımak ve karşılamak için özel olarak eğitilmiş hemşire arasındaki ilişki” olarak tanımlanmıştır. Travelbee ise; hemşireliği “kişilerarası bir etkileşim süreci, insan-insana ilişki” olarak tanımlamaktadırlar. Bu tanımlar üzerinden düşünüldüğünde hemşirelik mesleği, hasta ya da sağlıklı bireylerle kurduğu kişilerarası ilişkiler aracılığıyla bakım verme ve yardım etme üzerine kurulmuştur (22, 24, 25).

Loghmanı ve ark. (2014)' nın yoğun bakım ünitesinde hemşire ve hasta ailelerinin iletişimini etkileyen faktörleri incelediği çalışmada hemşirelerin dinin geleneklerine göre hizmet vermesi, duygusal destek sağlanması, katılımcı ve bilgili olmasına ve anlaşılmayan durumlarda engellerin kaldırılması gerektiği vurgulanmıştır (26).

Maskor ve ark. (2013)' nın Malezya'daki onkoloji hemşirelerinin iletişim yeterliliklerini değerlendirdiği çalışmada hastalar ile kurulacak olan iyi bir ilişkinin kaliteli hizmeti ortaya çıkaracağı vurgulanmıştır (27).

Hemşire- hasta ilişkisini etkileyen birçok faktör vardır. İlişkinin başarı ile sonuçlanıp etkinliğinin artması için temel öğeler; sevilme duygusu, güven duygusu, kendini beğenme ve benliğe saygı duygusu, kabul edilen bağımlılık duygusu, karşılıklı birbirine bağlanma duygusu, bağımsızlık duygusu ve empatidir (4).

Sevilme Duygusu: Tüm yaşam boyunca insanların en önemli ihtiyaçlarından biri sevgidir (29). Sevgi; kabullenme, koruma, kollama ve sevecenlik gibi tüm olumlu duyguları içerir (30). Sevgi, en geniş anlamda, insanları birbirine yaklaştıran olumlu ve iyi duyguların tümüdür olarak tanımlanabilir (31).

Hemşirenin çocuk hasta ile ilgilenmesi, nezaketli, tolerasyonlu, şefkat dolu, saygılı ve düşünceli davranması hasta tarafından sevgi olarak yorumlanmaktadır ve hastanın korunması, güvenliğinin ve rahatlığının sağlanması hususunda hemşirenin gösterdiği kaygı karşı tarafa sevgisini sunmanın bir başka yoludur (29).

Güven Duygusu: Güven bir kişinin başka bir kişinin sözlerinden, davranışlarından ve kararlarından emin olması ve bunlara göre hareket etme istekliliğidir (32). Güvenme bir başkasının güvenilirliğine inanma ve diğer kişinin yanında kendisini güvencede hissetmesi anlamına gelir. İnsanın temel gereksinimlerinden olan güvenlik ihtiyacı kişinin doğası gereğidir (29).

Güven oluşturma, iletişim ve bilginin en doğru şekilde iletilmesi, sorunların izlenmesi, yetki verilebilmesi ve amacı ve sorumlulukların paylaşılması gibi, taraflar arasındaki birçok ilişkiyi etkileyici bir değişken özelliğine sahiptir (33).

Rortveit ve ark. (2015)' nin hastaların hasta-hemşire ilişkisinde güven deneyimlerine yönelik yaptığı çalışmada hastalara hemşirelere karşı güven duygularının nasıl oluştuğu sorgulanmıştır. Hastalarda hemşirelerin iyi diyalog kurma becerilerinin ve bilgilerinin temel etken olduğu sonucuna varılmıştır (34).

Sağlık boyutunda eğer hastanın istek ve gereksinimleri devamlı olarak tatmin olmuyorsa ve karşı taraftan gelen tepkiler de yeterli olmuyorsa, hastada büyük oranda güvensizlik duygusu olabilir. Hasta kendinden eminse, rahatlama, gevşeme ve tedaviye katılımında istekli ve gönüllü ise güven ortamı ve duygusu oluşur (29).

Kendini Beğenme ve Benliğe Saygı Duygusu: Kişinin kendini beğenme ve saygı duyması; kendisini ilgiye ve dikkate değer, itibar edilmeye layık hissetmesini sağlayan duygular bütünüdür. Çoğunlukla her birey sayılmak ve öz beğenisini sürdürmek ister. Aynı zamanda kişi hastalandığında ya da yüksek gerilim altında kaldığında, her zamankinden farklı davranışlar sergileyebilmektedir. Bireyin kendini beğenme duygusu, saygının direkt olarak gösterilmesi ile eş zamanlı olarak artmaktadır. Bu duyguları tehdit edecek herhangi bir etken, o bireyin iyileşme sürecini de etkilemektedir (4, 29).

Kabul Edilen Bağımlılık Duygusu: Bağımlılık düzeyinin bireyden bireye farklılık göstermesine rağmen modern psikolojik tıp hasta kişinin karşı tarafa biraz bağımlı olduğunu kabul eder. Bu bağımlılık bireylerin hastalık algılarına göre değişebilir. Bazı bireyler, hastalığı bireysel bir hakaret, zayıflığın bir sembolü ve benlik saygısını, saygınlık düzeyini kaybetme olarak kavramsallaştırabilir. Önemli ve stresli anlarda başkalarına bağımlılık insanın temel ihtiyaçlarından. Bu yüzden hastaya saygı, onu kabullenmek ve ihtiyaçlarını karşılamak demektir (4, 29).

Karşılıklı Birbirine Bağlanma Duygusu: Hemşire- hasta ilişkilerinde sürekli bir etkileşim olduğu için bağlanma duygusu vardır. Hemşire ilk tanılamayı yapmak ve belirli bilgileri elde edebilmek için hastaya bağımlıyken, hasta da hemşirenin mesleki bilgi, donanım ve yeteneği için ona bağımlıdır. Hastanın iyileşme sürecinde bağımlılık ve bağımsızlık duyguları ve bunların dereceleri açıkça gözlenebilir (4, 29, 35).

Kılıç (2014)' in "Sağlık Kurumlarında İletişim: Hasta-Sağlık Personeli İletişimi" başlıklı çalışmasında hemşire-hasta ilişkisinde hastalık düzeyinin de etkili olduğunu

iletmiştir. Bu durumda hastalığın derecesi doğal olarak hastaların ve hemşirelerin karşılıklı bağlanma duygularını etkileyecektir (36).

Bağımsızlık Duygusu: İnsanın özünde bağımsızlık düzeyine ulaşmak için doğal bir eğilimi vardır. Olgunluğun belirtisi, bireyin problemlerini çözme ve karar almada ki gelişmişliğidir. Hemşirenin, hastanın gerçekçi ve yeterince bağımsız olabildiği durumları tanıması gerekmektedir. İyileşme sürecinde hasta bağımsızlık ve özgürlüğü için birçok çabada bulunmaktadır. Hemşirenin bu çabayı desteklemesi ve takdir etmesi hastanın güven ve kişisel memnuniyetinin artmasına yardım etmektedir (29, 35).

Empati: Hastanın korkuları, problemleri, arzuları ve dürtüleri hakkında hasta ile bir duygu yakınlaşmasıdır. Empati, duygusal ve terapötik bir ilişkinin önemli bir kavramıdır. Hemşire, hastasını tanıyarak ve hastalığın oluşumunu anlamaya çalışarak empati geliştirebilir. Hemşirenin hastaya gösterdiği aktif ve içten ilgisi ve ona zaman ayırması çok önemlidir (4, 29). Empati, ilişkilerin, iletişimin artmasına ve çatışmaların çözüme kavuşmasına yardımcı olur (37).

2.4. Hemşire-Hasta İlişkisinde İletişim

2.4.1. İletişim Kavramı

İletişim, insan yaşamının her alanını kapsayan, iki veya daha fazla insan arasında zihindeki düşüncelerin, fikir ve mesajların karşılıklı aktarıldığı, belirli ilişkilerin sürdürülmesi için gerekli olan temel bir ögedir (24, 38, 39, 40).

İletişim, hemşirelikte bozulan dengeyi sağlamak amacıyla kullanılan tüm süreçlerin temelidir. Hemşireler, iletişim aracılığı ile yardım ilişkisi kurarlar, problemleri tanımlama ve stresle başetme, problem çözmede etkili iletişim tekniklerini kullanır, en çokta sağlık eğitimi yaparken iletişim kurarlar (41).

Hastalar, içinde buldukları duygu durumunu ve ne tür bir gereksinme içinde olduklarını her zaman doğru şekilde anlatamayabilirler ve dolaylı yollarla ifade etmeye çalışırlar. Hastanın ilk söylediği sözler veya yaptığı davranışlar kendini ifade etmedeki ilk izlenimleridir. Fakat asıl söylemek istedikleri ise henüz söyleyemedikleridir. Hastanın bu dolaylı ifadelerle olan iletişimini doğrudan ve açık hale getirebilmesi için anlatılmak istenileni ve kişinin davranışlarının asıl anlamlarına ulaşılması gerekir (1, 42). Hemşirelik yönünden iletişim, bireyin sağlık durumunu iyileştirerek gelişimini

sağlamak amacıyla gerçekleştirilir (18). Bundan dolayı hasta-hemşire ilişkisinde etkili iletişim kurulması çok önemlidir. Etkili iletişim; kişinin aktardığı duygu ve düşüncelerin diğer kişi ya da kişiler tarafından kişinin amacına, beklentisine, isteğine uygun biçimde anlaşılması, bunlara uygun davranışta bulunulması gerekmektedir. Sağlıklı bir iletişimin kurulup sürdürülmesi için kişilerin birbirlerini, kişilik yapılarını ve koşullarını da içeren bir bütün olarak değerlendirmeleri gerekmektedir (1, 42, 43). Bu süreç sağlık uygulamalarında rol ilişkileri açısından önemlidir (44).

İletişim sonucunda hizmet verilen bireyi ve sorununu tanımak, bakım gereksinimlerini belirlemek ve bakımı amacına ulaştırmak hedeflenir ve burada amaç, bireyin kendi problemleriyle baş edebilir duruma gelmesini sağlamaktır ve bu her zaman her yerde aynıdır. Bu süreçte kullanılan iletişim modellerinin; iletişimi açık tutan teknikler, hasta bireyin duygularını, düşüncelerini, gereksinmelerini ifade etmesini kolaylaştırması gerekir. Güven veren yaklaşım sergilemek esastır. Güven veren yaklaşım, hastanın söylediği veya yaptığı şeylerden dolayı bireyin yargılanmadığı, kınanmadığı, alaya alınıp küçümsenmediği, duygu ve düşüncelerine önem verildiği, haklarına saygı duyulduğu, söylediklerinin dinlendiği anlaşıldığı, duygularının kabullenildiği durumu sergilemektir. Bunların olmadığı durumlarda hasta kendini ifade edemeyeceği için davranışları anlaşılmayacak, gereksinimleri de anlaşılmadığı için karşılanamayacaktır (24, 38).

2.4.2. Kişiler Arası İletişim

İletişim, iletilmek istenen fikir, duygu, düşünce gibi mesajları gönderici (kaynak) ve bu mesajı alan (alıcı) arasındaki zihinsel ve fiziksel bildirimlerin yer aldığı, iletilmesi istenilen bildirim (mesaj) doğru olarak algılandığının ifadesi (alıcının reaksiyonu) ve geri bildirim ile değerlendirildiği bir süreçtir (24).

Gönderici (Kaynak): Duygu, düşünce ve isteğin aktarılmasında sözü söyleyen kişi veya topluluklara denir (45, 46).

İleti (Mesaj): En kolay anlamıyla kaynak tarafından alıcıya yollanan ve özel anlamı iletidir (47).

Kanal: Mesajın kaynaktan alıcıya iletilmesinde izlenen yoldur. En basit anlamda, insanın beş duyu organı onun iletişim kanalıdır (47). Sözlü, sözsüz veya

görsel-işitsel araçlar yer alabilir. Bu araçlardan hangisinin seçilmesi gerektiği iletişimin etkinliğinde önemli bir rol oynar. Kısaca göndericiyi alıcıya bağlayan araçtır (45, 48).

Alıcı (Hedef): Göndericinin bir iletiyi aktardığı ve üzerinde etki yaratmak istediği kişi ya da gruptur (29, 45).

Geribildirim (Feedback): Alıcının iletilen mesaja verdiği yanıt olarak değerlendirilebilir. Mesajın başlangıçta planlandığı gibi, hedefine ulaşır ulaşmadığı denetlenir. Yüz yüze görüşmede geribildirim anında gerçekleşir (45, 47).

2.4.3. İletişim Türleri

Sosyal bir varlık olan insan için iletişim vazgeçilmez bir olgudur (45). Bireylerin duygularını, düşüncelerini, gereksinimlerini sözlü ve sözsüz olmak üzere iki temel yolla aktarılmaktadır (49).

Sözel İletişim

Kişilerin yazdıkları ve konuştukları sözcüklerdir. Dil kullanımı önemlidir. Etkili iletişim olması için standart dil kuralları kullanılmalı, dilin sembolik yapısına uyulmalı ve duygusal sözcükler özenle seçilip kullanılmalıdır (49). Sözel iletişimi etkin kullanma “kendini tanıtmaya, bilgi verme, hastaya odaklanma ve başka şeylerle ilgilenmeme, hastaya ismiyle hitap etme, içeriği yansıtmaya, özetleme, soru sorma, alternatif sunma, cesaretlendirme, kendini açma ve geri bildirim verme, empati kurma ve duyguları açığa çıkarma” gibi birçok yöntemi kapsamaktadır (47).

Sözsüz İletişim

Konuşarak birçok şey anlatılabilir ancak bu anlatılanlar doğru olmayabilir. Bu yüzden sözcükler ve sözcüklerle ifade edilenler dışında kalan tüm yollar sözsüz iletişimi oluşturur (45, 47). Kişiler, iletişim kurulan kişinin yalnız söylediklerini değil, yüzü, eli, kolları ve bedeniyle “yaptıklarını da duyar”; çünkü yüz ifadeleri, el ve kol hareketleri, beden duruş tarzı, ses tonu gibi sözsüz mesajlar da iletişimin bir parçasıdır. Hatta bazen tek başına iletişimdir (30).

2.4.4. Hasta Yararına-Yardım Edici İletişim

Günümüzde hemşireden iyi niyetli, ilgili, sevecen, şefkatli yaklaşım yerine, daha planlı, amaçlı hasta yararına bir yaklaşım beklenmektedir (29). Hasta yararına-yardım edici iletişim, yardıma gereksinimi olan hastayla/bireyle ilişki kurmayı ve sürdürmeyi sağlayan, gereksinimlere odaklanan, endişeleri ve problemleri anlamaya çalışan ve bilgi elde etmeyi kolaylaştırmak amacıyla sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerinin kullanılarak, amaçlı ve planlı iletişim kurmayı hedefler (1, 41, 50).

Birey ile hasta yararına-yardım edici iletişim kurmanın amacı; holistik hizmet sunmak, birey hakkında doğru bilgi elde etmek, bireyin endişelerini, sorunlarını belirlemek, problemlerini nasıl algıladığını tanımlamak, problemle ilişkili olarak bireyin, diğerleri ve/veya kendisi hakkındaki düşüncelerini, duygularını açıklamasını sağlamak, duygularını ifade etmesini kolaylaştırmaktır. Bununla birlikte bireyin ve ailenin bakım ile ilgili sorumluluk almasını sağlamak, kişinin kendi gereksinimlerinin farkına varmasını sağlamak ve gereksinimlerin karşılanmasına yönelik planlanmış uygulamada sorumluluk almasını sağlamak da önemlidir (50).

2.4.5. Hasta Yararına-Yardım Edici İletişim Kurma Becerisini Etkileyen Boyutlar

Hemşirenin gerekli bilgileri toplaması için, sağlık bakım sürecinde karşılıklı güven, saygı ve olumlu koşullar oluşturması gerekir ve bu belirli süreçleri içerir (51). Bunlar, kendini tanıma ve anlama, aktif dinleme, beden dili, güven duygusu ve empatidir (52).

Kendini tanıma ve anlama: Kişinin kendi korkularını, değer ve inançlarını, düşüncelerini, duygularını netleştirerek, mesleki gücünü ve sınırlarını analiz ederek, motivasyonunu, ön yargılarını ve güçlüklerini diğerlerini nasıl etkilediğini ve kendisinin nasıl etkilendiğini anlama sürecidir. Hemşire kendi farkındalığını geliştirerek; çalışma sırasındaki deneyimleri, değerleri, algıları ve baş etme becerilerinin hastalarla ilişkisini nasıl etkilediğini görebilir. Hemşire hastalarına bakım verirken kendine ait farkındalığı arttırmak için sürekli olarak kendini tanıma çabalarını da sürdürür (50, 53).

Dinleme: Kişinin söylediklerini duymaktan ve aynen tekrarlamaktan öte en önemli iletişim davranışıdır. Kişiler, ancak bir başkası tarafından dinlenirken kendilerini

bulurlar ve kim olduklarını anlarlar (54). Dinlemek ve duymak aynı şeyler değildir, duymak; yalnızca anlama ve yorumlamayı kapsarken, dinlemek; bireyin bulunduğu tarafa dönme, yüz yüze gelip göz teması kurma ile sorulabilecek soruları düşünmeyi ve sadece söylenenlere değil, beden dili ile bütün mesajlara tepki vermeyi içermektedir (53, 55-57).

Beden Dili: İletişim kurulurken ilk etkileşim önemlidir. Bu yüzden düzeyli bir aktarımda fikirler, sözcükler beden diliyle paralellik göstermektedir. Tüm iletişim, konuşmacının aktarmak istediği şeyleri önce zihninde kavrayıp, düzenlemesiyle başlar. Bu şekilde kavranan düşünsel metinleri aktarmak içinde sözcüklere ek olarak jest ve mimikleri kullanılmaktadır (39). Beden dilinin ve beden dili ile ilgili işaretlerin öğrenilmesi ve bilinçli olarak uygulanması bireylerin kendilerini daha iyi tanımalarına/tanıtılmalarına ve ilişkilerinde daha etkili olmalarına, karşı tarafa anlayış ve hoşgörü geliştirmelerine yardımcı olur. Sosyal psikologların uzun dönem sürdürdükleri birçok çalışmanın sonucuna göre yüz yüze kurulan ilişkilerde kelimelerin etkisi %10, ses tonunun etkisi %30, beden dilinin etkisi ise %60 olarak bulunmuştur (58).

Güven Duygusu: Etkili iletişimin ve ilişkinin olması için güven oluşturmak önemlidir. Kişi ve kişi için düzenlenmiş rutin aktiviteleri içeren etkileşimler kurulması, tutarlı davranılması, kişide güven oluşumunu sağlamakta ve hemşirenin bireye karşı dürüst ve tutarlı olmasını kapsamaktadır. Hastaya herhangi bir konuda söz verildiyse güven zedelenmemesi için verilen sözün tutulması gerekmektedir. Hemşire burada yardım ve güven gereksinimini karşılayabilecek temel kişidir (59, 60).

Güven veren birey şu şekilde tanımlanmaktadır: “Vücut postürleri dik olup kendilerinden emin bir görünüşleri vardır, rahat ve dengeli hareket ederler, açık ve arkadaş canlısıdırlar, gözlere bakarak konuşurlar ancak bakışları rahattır, yumuşak ve rahat olan ses tonları güçlü duygularını yansıtır ve neyi niçin yaptığını bilir, karşısındakine güven verir” (55).

Empati: Bir bireyin özel algısal dünyasına girerek, bireyin özünde hissettiği anlamlar değiştikçe ve yaşadığı duygu korku, kızgınlık, sevgi vb. duygulara duyarlı olmak ve geçici süreliğine onun hayatını yaşamak, yargılamadan nazikçe yaklaşmak ve kişinin duygularını hissetmek olarak tanımlanmaktadır (61, 62). Hemşire bakım uygulamalarını planlamada empati tekniğini kullandığında; hastasının stresini

anlayabilir, stresin kaynağını tanıyabilir ve sonucunda oluşabilecek davranışı tahmin edebilir (24).

2.4.6. Hasta Yararına-Yardım Edici İletişim Kurma Becerisini Eyleme Geçirme Boyutunda Hemşirenin Sorumlulukları

Tanışma (Oryantasyon): İlk süreçte hemşire ve hasta iki yabancı gibidir. Bu aşama hasta ile ilk kez karşılaşma ile başlar, öncelikle tanışma ve uyum yaşanır. Hasta/ailenin bir gereksinimi vardı, güven oluşturulması ve tanılama her an devam edecek olan temel özelliştir. İlk karşılaşma bireyler için karşılıklı anksiyete kaynağı olabilir (24, 50). Hemşirenin inancı, kültürü, eğitimi, deneyimleri ve önyargıları hasta ile olan etkileşimde rol oynar. Bu yüzden hasta ile güven verici iletişim kurularak, yardım edici bir çevre oluşturulmalı, duygu ve düşüncelerin sözel olarak kolay ifade edilebilmesi sağlanmalı, hasta hakkında veri toplanarak, hastanın sosyo-demografik özellikleri, fiziksel durumu, geçmiş tıbbi deneyimleri, mevcut sağlık durumu hakkında anemnezi alınmalı, problemlerin öncelikleri belirlenmeli ve karşılıklı uzlaşmış amaçlar oluşturulmalıdır (50).

Hasta ile çalışma: Tanışma aşamasına göre daha yapılandırılmış ve planlanmış bir süreçtir. Hemşire ve hasta uzlaşmış amaçlar için işbirliği yapmaktadır. Planlanan girişimler hasta bireyin optimal fonksiyonlarına ulaşabilmesine yöneliktir. Hasta iyimser ve problem çözmek için uyumludur. Bu aşamada yardım edici ilişki sürdürülür ve daha fazla veri toplanır, gerekli uygulamalar ve sonuçlar planlanır, deneyimlenenlerle bireyin farkındalığı ve algılaması arttırılır. Bireyin kendini ifade etmesi kolaylaşır ve benlik kavramı gelişerek güven duygusu artar. Bu da davranışlarını değiştirmesini kolaylaştırarak yeni uygulamalara zemin hazırlar. Hastayı bütüncül olarak gözleme için bu aşama önemlidir. Hemşire karşı tarafı yargılamadan, çaresizlik yaşatmadan, duygularını anlamaya çalışarak yaklaşmalıdır. Var olan destek sistemlerinin iyi tanınması, benlik saygısı arttırılması, veri toplama ve planlamada değişiklikler yapılması, eylem planlarının uygulaması bu aşamada gerçekleştirilir (50, 52).

İletişimi sonlandırma: Hastanın bu aşamada uyuma yardım eden baş etme stratejilerini geliştirmesi ve bağımsızlığını devam ettirmesi beklenir. Problemler azalmıştır ya da kaybolmuştur, sosyal fonksiyonlar iyileşmiştir ve planlanan amaçlara

ulaşmıştır. Yine de ilişki sonlandırılmadan önce tüm amaçlara ulaşıp ulaşılmadığı kontrol edilmelidir. Aksi durumda hastada terk edilme, yalnızlık gibi duygular gözlemlenebilir ve travmatik olabilir (52).

Etkili iletişim teknikleri kullanılırken, gözlem yapma, ilgili sorular sorma, geribildirim, yansıtma, yineleme ve netleştirme, teşvik etme, bilgi verme ve özetleme yapmak, anlama kapasitesini gözetmek, duygu ve düşünceleri sözelleştirmek, sessizliği kullanmak, dinlemeyi bilmek, rehberlik etmek ve gelecek planlarını desteklemek bu esnada da ortam koşullarını sağlamak önemlidir (29).

Anlama/anlatma yetersizliğini takip etmemek, boş güven vermek, öğüt vermek, reddetmek-suçlamak-kınamak, savunmak, sempati yapmak, duyguları küçümsemek, konuyu değiştirmek, dinlemeyi bilmemek, yanlı-yüklü-yargılayıcı kapalı uçlu sorular sormak, test eder gibi davranmak, basmakalıp anlatımlar kullanmak etkin olmayan iletişim teknikleridir (38). Birey/ hasta ve hemşire arasındaki tüm iletişim yollarının kapatılmasına neden olabilir. Doğru ve etkili bir iletişim için her zaman yardım edici iletişim teknikleri kullanılmalıdır (1).

2.5. İletişimi Engelleyen ya da Etkileyen Faktörler

İletişimin gerçekleşebilmesi için, aktarılan mesajın anlaşılması önemlidir. Aktif dinlemeyi ya da etkin iletebilmeyi engelleyen birçok neden olabilir (41, 47).

Kişilere, Sosyal Ortama ve Kültürel Farklılıklara Bağlı Özellikler;

- Algılama farklılıkları,
- Benimsenmiş değerlerin farklılığı,
- Kültürel farklılıkların olması,
- Davranışları anlama ve yorumlamada farklılıkların olması,
- İletişim ortamının bireylerin beklentilerini karşılamaması,
- İletişimde isteksizlik,
- Kelimelerin ifade edilmesindeki farklılıklar,
- Dinleyenin o anda gergin, stresli, kaygılı ve sıkıntılı olması,
- İletilen mesajı her bireyin kendi öznel yaşantısıyla bağlantılı olarak ifade edilmesi,
- İletişim esnasında farklı şeylerin düşünülüp planlanması,

- Duyumak istenilenlere eğilimli olmak,
- Anlatılanla sözsüz iletişimin ters olması/tutarsızlığı,
- Bilgimize ters düşen bilginin önemsenmemesi,
- Mesajı veren kişiye göre değerlendirilmesi ve anlamlandırılması,
- Lehçe- vurgulama farklılıkları,
- Duygu ve düşüncelerin dolaylı yolla ifade edilmesi,
- Duyu organlarındaki problemlerin varlığı,
- Duyguların yoğunluğu ya da duygusal uzaklık olmasıdır (1, 35, 41).

Fiziksel Ortamın Özelliklerine Bağlı Özellikler

- Ortamda gürültü olması,
- Mahremiyetin sağlanmadığı bir ortamın varlığı,
- Ayaküstü ve mesafeli bir duruş sergilenmesi,
- Uyanıların fazla olduğu bir ortamın oluşudur (35, 41).
- İletişimi etkileyen ya da engelleyen etkenler bahsedildiği gibi kişilere, sosyal ortama, kültürel farklılıklarına ve fiziksel faktörlerin çoğu hastane ortamlarında, özellikle yoğun bakım ünitelerinde sık karşılaşılabilecek durumlardır (47).

İletilmek istenilen sözlü, sözsüz ve yazılı mesajların istenen şekilde verilmesi, iletme becerilerinin gelişmesi ile mümkündür. İletişim sürecinin doğru kullanılması gerekir. İletilen mesajın geri dönüşünün alınmayışı iletişimi bozan ve engelleyen bir durum olabilmektedir.

2.6. Hemşire-Hasta Etkileşimi ve Bakım

İnsan doğduğu ve yaşamaya başladığı andan itibaren doğa ile mücadele ederek, gerek savunma gerekse bir amaç için mücadele sonucu birçok mesleğin oluşumuna temel atmıştır ve bu süreçte bazen yenmiş bazen yenilmiş ve yaralandığı zaman kendine bakım verecek, yardım edecek ve iyileştirecek kimselere gereksinim duymuştur. Bu gereksinimlerde hemşirelik mesleğinin temellerini atmış ve günümüze kadar ilerlemesini sağlamıştır (63).

2.6.1. Etkileşim Kavramı

Etkileşim kavramı, Türk Dil Kurumunun genel Türkçe sözlüğünde “birbirini karşılıklı olarak etkileme işi” olarak tanımlanmıştır (64). Etkileşim; en az iki kişinin, etkilendiği ve birbirlerinden etkilendikleri, sözlü ve sözsüz yollarla iletişimde buldukları, bakım verme bilim ve sanatı içinde bir kişilerarası süreçtir (2, 65). Hastalar ve hemşire arasındaki bakım alma ve verme deneyimlerinin temel taşıdır (66).

Hemşirelik mesleğinde yardım etmede temel amaç, karşılıklı güvene dayalı bir iletişim ve etkileşim içinde hizmet verilen bireyi tanımak, bakım gereksinimlerini tanımlamak ve sonuçta sorunları ile daha etkin başedebilir, gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini sağlamaktır (67).

2.6.2. Hemşire- Hasta Etkileşimi

Hemşire–hasta etkileşimi tanımlanırken belli kavramların bilinmesi önemlidir. Bu kavramlar; hasta, hemşire, hemşire- hasta ilişkisi, hasta-hemşire etkileşimi olarak sıralanabilir.

Hasta Kavramı

Bireyde hastalık, kaza veya yaralanma dolayısıyla fizik veya ruh sağlığında bozulma ve tedavi edilmesi gereken bir durum olduğunda bu sorunu tek başına çözümlenemediğinde profesyonellerin yardımına ihtiyaç duymaktadır ve sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Sağlık çalışanları tarafından da kişi “hasta” sözcüğü ile nitelendirilmektedir (1, 64).

Hastanın toplum içerisinde bir rolü vardır (annedir, babadır, çocuktur, bir kurum çalışanıdır vb.). Hasta kavramı, kişinin bulunduğu zihinsel, bedensel ve toplumsal koşullardan hoşnut olmadığını ifade eder (1).

Hemşire Kavramı

Travelbee; “bir insan hemşire olduğu için değil, her hemşire insan olduğu için önemlidir” demiştir. Hasta gibi hemşire de eşi benzeri olmayan biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlıktır. Sağlık sorunu olan ve mesleki yardıma ihtiyacı olan bireye, gereksinimleri karşılayabileceği ve problemlerinin çözümünü tek başına yapabileceği sürece kadar yardım eden ve bu yardım için gerekli olan mesleki bilgi ve becerilerle donanmış kişidir/meslek üyesidir (1, 41).

Hemşire- Hasta İlişkisi Kavramı

Mesleki yardıma ihtiyacı olan kişi ile bu yardım gereksinimini karşılayabilecek bilgi ve beceri ile donanmış kişi arasındaki etkileşim sürecidir (1).

Hasta - Hemşire Etkileşimi Kavramı

Hemşirenin hasta için bedensel, toplumsal ve duygusal esenliğine yararlı olacak biçimde mesleki bilgi ve becerilerini uygulama rolünü gerçekleştirdiği, sözleriyle, tavır ve davranışlarıyla, planlı hemşirelik uygulamalarıyla hastayı etkilediği ve aynı zamanda hastadan etkilendiği süreçtir (1, 29). İnsan diğer insanlarla sürekli etkileşimde bulunmak zorundadır. Özünde insan insana ilişkidir ve bu bir süreci içerir (5, 24).

Joyce Travelbee, temel hemşirelik eğitimi ve çalıştığı kurumlardaki deneyimleri kuram ve varsayımlarının gelişmesini sağlamıştır ve çoğunluğunda varoluşçuluk felsefesini benimsemiştir. Hemşireliği iki insan arasında devam eden kişilerarası süreç olarak tanımlamıştır. Travelbee' ye göre hastalıkta bir ağrı ve acı çekme deneyimidir, hemşirenin rolü bu yaşantıları ile baş etmesine yardım etmektir. Kuramda genel olarak gelişimsel bir yaklaşım söz konusudur (5, 24).

Profesyonel bir hemşirenin görevi, hemşirelik mesleğinin amacını yerine getirebileceği şekilde hasta bireyle amaçlı bir etkileşim planı yapması, yönlendirmesi ve rehberlik etmesidir (5).

Travelbee' ye göre etkileşim terimi; iki kişinin karşılıklı olarak birbirlerini etkiledikleri sözlü ve sözsüz iletişimleri sırasındaki ilişkidir (24), hemşire-hasta etkileşimi; bir hemşire ve bir hasta arasındaki her ilişkiyi anlatan ve her iki bireyin karşılıklı olarak kalıplaşmış bir şekilde birbirlerini algılamalarıdır. Bakım gereksinimi ise; profesyonel hemşire tarafından hastanın tüm bakım gereksinimlerinin karşılanmasıdır (5). Travelbee; insan insana ilişki, iki insan arasındaki kişilerarası süreç diye adlandırdığı mesleki ilişkinin oluşmasını beş evreye ayırmaktadır.

Birinci Evre: İlk karşılaşma: Karşılıklı olarak bireylerin birbirlerinin kalıplaşmış rollerle ağırlamasıdır (24). Hemşire ve hasta birbirlerine yabancılardır ve ilk izlenime bağlı olarak birbirlerine karşı olumlu ya da olumsuz duygular besleyebilirler ve bu ilk izlenimlerdeki duygular birbirlerini tanıdıkça değişebilir (1).

İkinci Evre: Kimliklerin ortaya çıkması: Bireylerin karşılıklı rollerini ve özelliklerini tanıdıkları ve birbirlerini tanıdıkça karşı taraf hakkındaki düşüncelerinin

değiştirdiği, düşüncelerin hemşire ve hasta kalıbından çıkıp profesyonellik yönüyle kendine özgü birer birey olarak algılanmaya başladığı evredir (1, 24). Hasta bir başkasına gereksinim duyduğu durumda kendini nasıl hisseder ve algılar ve bu süreçteki durumlarla nasıl başa çıkar ve tepkileri ne olur bunu anlamaya çalışır ve her birey kendine özgü olduğu için farklı tepkiler ve davranışlar sergileyebilir. Hemşire bu süreçte hastanın hangi sorunlarda bakıma gereksinimi var bu durumu çözümlemek zorundadır ve yine hemşirede kendine özgü algı ve değerlere sahip olduğu için her hasta için farklı bir yol çizmesi gerekmektedir ve bu planlamayı bireye özgü yaparak bakımına yansıtacaktır (1).

Üçüncü Evre: Empati: Karşımızdaki bireyin duygu ve düşüncelerini anlamak esastır. Empatinin tam anlamının anlaşılması için ona ihtiyaç duyan bireyin yaşamdaki temel amaçlarının ne olduğunun anlaşılması gerekir (68). Bireyin temel amaçlarını anlamaya çalışılırken yapılacak değerlendirmenin hemşirenin bulunduğu noktadan değil, bireyin bulunduğu noktadan görünenlere göre yapılması gerekir. Aksi halde hastanın durumu dışında bir planlama yapılır ve bu durum uygun girişimin planlanmasına engel olabilir (1, 30, 69). Empati tamamen doğuştan gelen bir özellik değildir ve sonradan kazanılıp öğrenilebilir ve geliştirilebilir. Empati kurmak her an mümkün olmasa bile empatik yaklaşımın sıklıkla kullanımı olasıdır ve insanları birbirine yaklaştırır ve iletişimi kolaylaştırır (70).

Dördüncü Evre: Sempati: Sempati, empatiden sonra gelir. Hastanın dünyasına girmek; duygularına, ilgi ve deneyimlerine duyarlı bir şekilde ondan etkilenmektir ve hastanın rahatsızlığını giderme veya probleminin çözülmesi için yardımda bulunma gibi girişimleri içerir. Bu girişim empatide yoktur, empatide hastanın rahatsızlığı algılanır tüm duyguları anlaşılır ve kişinin ne durumda olduğu ya da olabileceği ve nasıl davranacağı tahmin edilir. Temel amaçlara ulaşmak içinde empatinin sempatiye dönüşmesi gerekir (1, 24).

Beşinci Evre: Dostluk: İnsan-insana ilişkisinin gerçekleştiği ve hasta hemşire arasındaki yaklaşmanın dostluk düzeyine ulaştığı evredir. Bu dostluk, arkadaşlıktan ve ahbablıktan farklıdır. Hemşirenin hastayı tanıması ve gereksinimlerinin karşılanması için gerekli tüm bilgi ve becerilerini kullanarak hastaya yardım edebilmesi ve hastanın da bu yardım gereksinimini tam olarak alması ve sorunları ile başedebilmesidir (1, 53). Bu süreçte içtenlik önemlidir ve içtenlik davranışsal özelliklerin temelindedir.

Hemşirenin hasta ile kurduğu ilişkide tüm ilişkilerde olduğu gibi açık, dürüst ve samimi olmasını gerektirir. Hemşire hasta ile insan-insana bir ilişki gerçekleştirdiği düzeyde gereksinimler karşılanabilir (53).

Hemşire hasta etkileşiminde amaç; bireylerin birbirini tanınması, hasta bireyin ihtiyaçlarını araştırmak ve karşılaştırmak ve hemşirelik sorumluluklarını yerine getirmektir (5). Gereksinimlerin belirlenmesinde; hastanın ilk olarak ihtiyaçlarının araştırılması ve sonrasında karşılanması için ihtiyaçlarının bilinmesi ve hastanın tanınması gerekir.

Gözlem ve iletişim yoluyla ihtiyaçlar tanımlanabilir ve hemşirenin belli bir planı izlemesi gerekir. Bu plan; gözlem yapmayı ve gözlemi değerlendirmeyi, bireyin/hastanın gereksinimlerinin belirlenmesi, ulaşılan sonuçların kontrol edilmesi, gereksinimleri kimin karşılayacağına karar verilmesi, hemşirelik eylemlerine karar verilmesi, gereksinimlerin karşılanıp karşılanmadığının kontrolünün sağlanması gibi süreçlerden geçer (1).

Hemşire ve hastanın kendilerine özgü özellikleri, inançları, değerleri, eğitimleri, iletişim tarzları ve sağlık inanç davranışları gibi sosyo-kültürel; yaş, cinsiyet gibi biyofizyolojik; bilinçlilik, algı, duygular gibi psikolojik; sosyo-ekonomik ve politiko-ekonomik etmenler tarafından geliştirilen kişisel tutumları vardır (65). Bunlar; algı, değerler, kültür, duygular, kendini tanıma, beklentiler, iletişim, hemşirenin tutumu, hasta bireyin hemşire ile karşılaşmasıdır. Etkileşim sürecinde bu tutumlar hasta-hemşire etkileşimini olumsuz etkileyebilir (1). Tüm bu etkenler göz önüne alınarak etkileşim başlatılmalıdır.

Hemşirelik Bakımında Hemşire-Hasta Etkileşiminin Önemi ve Jean Watson: Bakım Kuramı

Jean Watson bakım kuramında, yaşamın insani yönü ile ilgili hemşirelik uygulamalarının sonucunu açıklar. Bu uygulamaların amacı sağlık, hastalık ve insan davranışları arasındaki ilişkiyi anlamaktır. Bu yüzden hemşirelik uygulamaları, sağlığı geliştirmek ve yeniden kazanmakla ilgilidir (71).

Watson'a göre bakım kuramı, dört temel kavrama sahiptir: insanlık, sağlık, çevre/ toplum ve hemşireliktir.

İnsan, kendisine değer verilen kişi, kendisine bakılması için, saygı gören, beslenen, anlaşılan ve desteklenen; tamamen işlevsel bir benliktir ve insan, parçalarının toplamından daha büyük ve farklı olarak görülmelidir.

Sağlık, genel olarak fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevselliğin yüksek bir seviyesi olarak tanımlanır: Günlük bakım aktivitelerinde bakım seviyesi; hastalığın olmaması veya hastalığın oluşmaması için çabalamaktır.

Çevre, hemşirelerin her toplumda varolduğu fikrini ortaya koyar ve hemşirelik mesleği çevrenin kültürü ile aktarılır.

Hemşirelik, sağlığın geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta bakımı ve sağlığın iyileştirilmesi ile ilgilendiğini belirtmektedir. Hemşirelik süreci; sağlığın desteklenmesi ve geliştirilmesine, hem de hastalıkların tedavisinde yararlıdır. Watson, bütünsel sağlık bakımının hemşirelik bakımı uygulamasının merkezi olduğuna inanır. Hemşireyi “insanlık bilimi ve insan sağlık–hastalık deneyimlerine bilimsel, profesyonel, estetik ve ahlaki yönden aracılık eden kişiler” olarak tanımlamıştır (72).

Watson’ın bakıma yönelik yedi varsayımı ise;

1. Bakım, yalnızca karşılıklı birliktelik içinde etkin bir şekilde gösterilebilir ve uygulanabilir.
2. İyileştirici faktörleri içeren bakım, belli temel insan ihtiyaçlarını karşılaması ile sonuçlanır.
3. Etkili bir bakım sağlığı geliştirir ve birey veya ailenin gelişmesini destekler.
4. Bakım yanıtları, bireyin şüandaki durumu ile değil, onun gelecekte ne ile karşılaşacağıyla ilgilidir ve ilişkilidir.
5. Bakım çevresi, kişinin belirli bir noktada kendisi veya kendisi için en iyi hareketi seçmesine izin verirken, potansiyelin geliştirilmesini sağlayan bir ortamdır.
6. Bakımın iyileştirici etkileri tedaviden daha fazladır ve bakım bilimi, iyileştirme bilimini tamamlayıcı niteliktedir.
7. Bakım uygulaması hemşirenin merkezinde yer alır (73).

Watson'ın kuramına göre hemşirelik bakımın amacı bireye akıl, beden ve ruh arasında uyum sağlaması için destek olmak ve yardım etmektir (74). Bakım, hemşirelikle büyüyen bir sanattır (75).

Watson'ın İnsan Bakım Kuramı; güven ve ilişki kurma yoluyla temel değerlerin paylaşımı, sağlığı geliştirme ve hastalığı önleme, bütüncül ve alternatif destek yaklaşımları, öğretme ve öğrenme, bireyin otonomisi, özerkliği ve özgür iradesi, karar vermek için bilimsel problem çözme ve duygusal ve manevi gereksinimlerin uyumu terimlerini kapsamaktadır (76). Bu bakım sürecinin temel bileşenleri: iyileştirme süreci, kişilerarası bakım ilişkisi ve bakım durumu/ bakım anıdır (74) .

a. İyileştirme süreçleri

Watson ilk başlarda hemşireliğin özünü iyileştirici faktörlerle anlatmıştır. Daha sonrasında iyileştirici faktörleri geliştirerek iyileştirme sürecini tanımlamıştır ve postmodern hemşirelik görüşünü yansıtan “iyileştirme” kavramını ele almıştır (77). Watson bu süreci hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici rolü açısından bir rehber olarak değerlendirmektedir. 1979 yılında geliştirilen ve yıllar içerisinde de revize edilen bu süreçler toplamda 10 maddeden oluşmaktadır (74, 78-80).

I. Hümanistik-alturistik değer sisteminin oluşturulması

Bakım, bir dizi evrensel insancıl fedakarlık değerlerini temel alır. İnsancıl değerler, kendine ve başkalarına karşı nezaket, empati, endişe ve sevmeyi içerir. Çocukluk tecrübelerine dayanır ve inanç, kültür ve sanatla zenginleşir.

Bir kişinin inancına ve diğer insanlarla olan ilişkilerine dayanan alturistik değerler birinin hayatına anlam katmadır. İnsancıl-fedakarlık duygu ve davranışlar insan bakımının temelini oluşturur ve en iyi profesyonel bakımı vermeyi hedefler (77).

II. Güven-umut aşılınması

Güven ve umut aşılama iyileştirici faktörlerin ikincisidir. Birinci iyileştirici faktör ile etkileşim içerisinde. Bu yüzden hastaya güven ve umut sağlanması hümanistik-alturistik değer sisteminin oluşturulması ile bireylere sunulan hemşirelik bakımını geliştirir ve bütüncül kılar. Bu iyileştirici faktör, iyileşme ve hastalık sonucu gelişebilecek etkenlerin temel unsurudur. Hipokrat, bir hastalığın tedavi edilmesinde öncelikle akıl ve ruhun yönlendirilmesi gerektiğini ifade etmiştir (73, 77).

III. Kendisi ve diğer bireyler için duyarlılık geliştirmek

Bireyin olumlu ve olumsuz duygularının gelişmesi için kendisine ve karşısına karşı duyarlılığını geliştirmesi gerekir. Duyguların farkında olunması hem hemşirenin hem de hastanın/bireyin kendilerini gerçekleştirmelerini sağlayarak anlaşılabilir davranışları sergilerler ve birbirlerine karşı empati kurabilirler (18). Kişiler ancak yüz yüze ilişki kurduklarında sağlığı koruma, geliştirme için etkin olabilirler ve duygularının farkında olan kişiler yaklaşımlarını kontrol edeceği için güven oluşumunu sağlarlar. Bu faktör olmadan hemşirelik düşünülemez (73, 77).

IV. Yardım edici-güven verici, insancıl ilişkiler geliştirmek

Kişiler arası iletişimin etkili olabilmesi için gerekli olan temel faktördür. Güven sağlamak ve sürdürmek, hümanistik ve alturistik yaklaşım sunmak ve kendisi ve diğerleri için duyarlılık geliştirmenin gelişimine bağlı olarak ilerleyen bu faktör etkili iletişim sağlamak için önemlidir. Hemşire içten ve açık olarak anlaşılır bir yaklaşım sergilemelidir empati oluşturulması önemlidir (73).

V. Duyguların ifade edilmesini desteklemek ve geliştirmek

Duygular olumlu ya da olumsuz olsun bir bireyin düşünce ve davranışlarında güçlü etkiye sahiptir. Duyguların farkındalığı, olumsuz duyguların yok edilmesini ve bireyin duygu ve düşüncelerinin yönlendirilmesini kolaylaştırabilir. Bakım planlamaları ve uygulamaları sırasında birey olumlu ve olumsuz duygularını paylaşması için desteklenmelidir. Bireyin duyguları anlaşılabilir hemşire hasta arasındaki güven duygusu geliştirilmeli ve dürüstlük sağlanmalıdır (73, 77).

VI. Karar vermede bilimsel problem çözme yöntemlerinin kullanılması

Hemşirelikte karar vermede bilimsel problem çözme yöntemleri için hemşirelik sürecinin uygulanması gerekir. Tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarını içeren hemşirelik süreci karar vermede bilimsel problem çözme yöntemi ile benzerdir. Bu yaratıcı, bireyselleştirilmiş sürece bağlılığı ifade eder. Bu yaratıcı yaklaşım hemşirelerin tüm klinik becerilerinin kullanılmasını gerektirir ve eğitiminde öğrendiği tüm bilgi, içgüdü, sezgi, estetik, teknoloji, beceri, ampirik, etik, kişisel ve hatta manevi bilginin tamamının kullanılmasını içerir. Bu da birey merkezli bakım vermesini sağlar (73).

VII. Kişilerarası eğitim-öğretim yöntemlerinin desteklenmesi

Bireye verilen eğitim, yapılacak olan işlemi, olayı ya da durumunu açıklayan özel bir süreci kapsar. Hemşirelerin eğitim verme ve öğretme rolünün uzun bir geçmişi vardır. Bu faktör uygulanırken bireyin bu bilgiyi alma ve anlama boyutu göz önünde

bulundurulmalı ve bireyin hazır oluşu değerlendirilip karşılıklı bilgi alış verişi sağlanmalıdır. Çevre ortamı da bu sürece yönelik düzenlenmelidir (73, 77).

VIII. Destekleyici, koruyucu, iyileştirici, mental, fiziksel, sosyo-kültürel ve spirüüel ortamın sağlanması

İç ve dış çevre birbiri ile etkileşim halindedir ve hemşire iç ve dış çevrenin birey üzerine etkilerinin farkında olmalıdır (18). Watson bu iç ve dış çevrede hemşirenin hastayı korumak ve desteklemesinin yanı sıra mental ve spirüel iyilik boyutunu, sosyokültürel inançları, gizliliği, konforu, temizliği ve güvenliği sağlamasının gerektiğini ifade eder (77).

IX. Temel insan gereksinimlerinin karşılanmasına yardım

Hemşireler hem kendilerinin hem de karşı bireylerin biyofiziksel, psikofiziksel, psikolojik ve içsel gereksinimlerinin farkında olmalıdır (18). Kaliteli bir hemşirelik bakımının uygulanması için gereksinimler en üst düzeyde karşılanmalı ve tüm gereksinimler aynı düzeyde ele alınmalıdır. Gereksinimlerin hepsi eşit oranda önemliliği sahip olmalı ve değer verilmelidir. Watson, Maslow'un temel insan gereksinimlerine benzer şekilde bir hiyerarşi oluşturmuştur (73, 77).

X. Varoluşçu- fenomenolojik güçlerin göz önünde bulundurulması

Varoluşçu yaklaşım insanı açıklamak için "Fenomenolojik" inceleme yöntemini tercih etmektedir. Fenomenolojinin temelinde tek bir doğru yoktur. Doğru ve yanlış aramak çözüm değildir. Doğrular bireyin evrende yaşadıkları ve algıladıklarıdır. Gerçeklere entelektüel yaklaşımla değil fenomenolojik yöntemle yaklaşılmalı ve anlamaya çalışılmalıdır. Önemli olan olay değil, olayın nasıl algılandığı ve anlamlandırıldığıdır. Varoluşçu yaklaşımda kişilerin davranışları, düşünceleri ve duygularını olduğu gibi anlayabilmeye odaklanma vardır. Gerçeğin anlaşılması için bireyin öznel, fenomenolojik dünyasının anlaşılması gerekir (81). İnsanın çeşitli durumlar ile başa çıkmasına, bu durumları anlamlandırmasına ve yaşama odaklanmasına yardımcı olan bu faktör bilinçlilik ve içsel güçlülük alt boyutlarını içerir. Hemşirelerinde kişisel ve profesyonel yaşamını etkiler (73, 77).

Bu iyileştirme süreçlerinin kullanılması için bireye/hastaya ilgili ve içten davranılması, kendisi ve ailesi hakkında bilgi vermeye teşvik edilmesi, görüşme ortamının/çevrenin düzenlenmesi, güvenlik ve mahremiyet açısından uygun olması gerekir (80). Tıbbın tedavi edici yönüne karşılık hemşirelik bakımının önemini vurgulayan Watson, bu iyileştirici sürecini şu şekilde tanımlamaktadır;

İyileştirici süreç doğrusal bir yol izlemez, süreçteki bütün aşamalar etkileşim içindedir ve hangi iyileştirici sürecin bakım anına referans ettiğini bilmek, bilimsel bilginin yanı sıra uygulama kabiliyetleri, etik ve değerler, sağlık ve yaşam deneyimlerine ilişkin bilgilerin kullanımı önemlidir ve bakım sürecinin yaratıcı olması gerekmektedir (73, 77, 82). Bu süreçler doğru şekilde kullanıldığında hemşire iyileştirici bir güç olmakta ve böylece bireye bütüncül yaklaşım sunabilmektedir (83).

b. Kişiler arası bakım ilişkisi

Bu aşamanın temelinde benlik, varoluşsal alan ve kişilerarası iletişim yer almaktadır. Benlik geçmişten gelen, başkalarına ve yaşama ilişkin algılar ve değerlerden oluşur ve kişiye özgü nitelikler taşır (79). Benliğin ve benlik saygısının korunması ve artırılması hemşirelerin ahlaki sorumluluğudur (74). Hasta/sağlıklı birey varoluşsal yapıları sahiptir. Bu yapılar; bireyi birey yapan yaşadıklarını, duygularını, düşüncelerini, inançlarını, amaçlarını, yaşamdan beklentilerini ve kendi algılarını içermektedir. Bu alana özgü değerlendirme yapılması için bu yapıların ifade edilmesi istenmektedir. Watson' a göre; hemşire ve birey arasındaki iletişim yardım edici ilişkinin sonucu olabileceği gibi, bakım sırasındaki kısa bir karşılaşmada da gelişebilmektedir. Bu sayede bireylerin birbirlerini tanımaları için kişilerarası bakım ilişkisi kurulmuş olacaktır (74, 79).

c. Bakım ortamı/bakım anı

İnsan insana etkileşimin olduğu, hemşire ve bireyin iletişime geçtiği anı anlatan bakım ortamıdır. Hemşire ve bireyin bir arada olduğu durumdur. Kişilerin kendine özgü fenomenal alanları ile hasta hemşire etkileşimi için bir araya geldiği zamandır. Fenomenal alan; bireyin duygularını, bedensel gereksinimlerinin, düşüncelerinin, maneviyatının, çevresel farklılıklarının ve algılamalarının anlamlarını içeren deneyimlerinin tümünü içermektedir. Bunların tümü bireyin geçmişteki yaşantısını, şimdiki durumunu ve gelecekte yaşayacaklarını kapsamaktadır (74, 83).

Hemşire, hasta ve sağlıklı bireylerle arasındaki bağı iyileştirici süreçleri kullanarak planlama yaparsa; birey ve hemşire arasındaki güven ve saygılı bir iletişim ortamı oluşturulmuş olup; birey hemşireyi benimseyip onun kendisi için orada olduğunu, kendisine değer verdiğini bilecek ve hissedecektir (84).

2.7. Pediatri Hemşireliğinde İletişim ve Çocuk Sevme

Çocuk dünyaya geldiği andan itibaren tüm bakım gereksinimlerinin karşılanması ve yaşına uygun gereksinimlerinin yerine getirilmesi önemlidir. Bu süreçte sağlık hizmetinden yararlanma hakkı ise değişmeyen gereksinimleri arasında önemli sırada yer almaktadır (85). Bu yararlanımın etkili olması için de aile ve çocuk tarafından sağlık hizmetinin kabul edilmesi gerekir (7). Verilen sağlık bakım hizmeti, çocuk hastaların ve ailelerinin karşılaştığı psikolojik, sosyal ve eğitsel sorunların da ortadan kaldırılmasına yardımcı olacaktır (86).

Hastanelerde bakım ve tedavisi sürececek çocuklarda korku, endişe, huzursuzluk ve ajitasyon gibi olumsuz davranışlar gözlemlenmektedir (87). Hastalığın çocuk ve aile üzerindeki etkileri; hastalığın doğuştan ya da sonra kazanılmış olması, hastalığın var olduğu yaş, çocuğun bu sürece uyumu, aile içi ilişkiler ve denge, hastalığın derecesi, problem yaşanan organ, ağrı düzeyi veya yaşanan kaybın derecesi, verilen tedavinin şekli, hastalığın kalıcı etkileri ve sınırlamaları, hastalığın kişilerde taşıdığı anlam, hastalıkla ilgili düşünceler, hastalığın, çocuğun toplumsal uyumuna, okul yaşantısına ve benzeri ilişkilerine etkisi gibi değişkenlere göre farklılıklar gösterebilmektedir (85, 87).

Çocukla sağlıklı bir iletişim kurmak için çocuğun kendi başına düşünebilen, davranışlarını kontrol edebilen, kontrol eden birisi olmadan da duruma uygun davranışlar gösterebilme becerisine sahip olabilen bir birey olabileceğinin kabul edilmesi ve saygı gösterilmesi gerekmektedir. Çocuğa saygılı olmak, öncelikle çocuğun bağımsız bir varlık olduğunu kabullenmektir (70, 88).

Uygun ve doğru yöntemler belirlendiğinde çocuklar iletişime son derece açık olabilmektedir (30). Çocuklar konuşmaya heveslidirler. Önemli olan, çocuğun hevesini kırmadan, teşvik ederek iletişim kurabilmektir. Öncelikle etkili dinlemek, anlamak ve sonra yorumlamak; iletişimin vazgeçilmez faktörü olmaktadır (70).

Erken dönemde çocuğa uygun uyaranların verilmesi, yani ona sevgi gösterilmesi, sıcak dokunuşlar, şefkatli bir ses tonu, yemek yedirme gibi ihtiyaçlarının zamanında anlaşılıp uygun yollarla giderilmesi, çocuğun zekâsını ve öğrenme kapasitesini de arttırmaktadır. Bu süreçte çocuğun bağlandığı kişi ve yakınındaki kişiler ile ilişkisi olumsuz ise yani çocuk, sevgisizlik, dokunmama, ihtiyaçlarının zamanında giderilmemesi, kaba davranışlar, fiziksel ya da duygusal istismar gibi davranışları

deneyimlemişlerse, sosyal ilişkileri ve yeteneklerinin gelişmesinde hayat boyu sağlıklı ve başarısız etkilenmeler görülebilmektedir (89).

İletişim becerilerinin yaş ilerlemesiyle ve aile ortamında kazandığı deneyimlerle arttığı düşünüldüğünde, sosyal ortam ve arkadaş edinme ihtiyacı; kabul görme, anlaşılma ve paylaşabilme olanağını sağlama açısından oldukça önem arz etmektedir. Çocukla iletişimde çocuğun yaşı, cinsiyeti ve kişilik özellikleri de etkindir (70). Çocuk oyun yoluyla, gerçek yaşamda kendisini rahatsız eden durumları ya da diğer kişilerle paylaşmadığı olumsuz duyguları ifade edebilir ve bu olayları sembolik olarak oyununa yansıtabilir. Ayrıca yalnızca etkilendiği olayları sergilemekle kalmayıp, aynı zamanda da anlatamadığı kaygıları dile getirebilir ve olayı somutlaştırarak kendi istediği gibi bir çözüm yolunu bulmaya çalışabilmektedir (30, 70).

Çocuk hastanın içinde bulunduğu ortamlar göz önüne alındığında da iletişimin önemi daha çok ön plana çıkmaktadır. Hasta çocukların fiziksel ihtiyaçlarının karşılanması açısından geçtiğimiz yıllar boyunca bilim ve teknoloji anlamında gelişmeler sağlanmıştır (90). Aynı zamanda toplumdaki sosyal, ekonomik değişimler, bilim ve teknolojik alanlardaki yenilikler, sağlık sisteminde ve küresel boyutlardaki değişimler ile birlikte; sağlık bakımında hızlı ve önemli değişimler yaşanması sağlamıştır (42). Bu değişim ve gelişime eş zamanlı olarak toplumda yaşayan bireylerin gereksinimleri ve beklentileri değişirken, hemşireliğin anlayış, yapı ve işleyiş olarak toplumun değişen gereksinimlerine yanıt verecek şekilde gelişmesi gerekliliği de anlaşılmaktadır (16).

Pediyatri hemşiresinin çocuğu tedavi sürecine hazırlayabilmesi için, her yaş grubundaki çocuğun fiziksel, bilişsel ve duygusal gelişim özelliklerini, endişelerini ve beklentilerini bilmesi gerekmektedir (3).

2.8. Yaş Dönemlerine Göre Hemşirelik Yaklaşımı

Yaşamın ilk yılları bireyin fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişimi açısından en önemli dönemleridir. Bu dönemde çocukla sağlıklı iletişim kurulması, olayların ve yaşanan sıkıntıların düzgün aktarılması çocuğun tüm yaşantısını olumlu etkileyebileceği gibi aksi davranışlar da yaşam boyu olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Bu nedenle özellikle primer bakım verici olan hemşireler, çocuklarla

gelişim dönemlerinin özelliklerine uygun bir şekilde iletişim kurmalı, gelişimlerini desteklemelidir (6, 91).

Doğumdan itibaren çocuk sürekli olarak ailenin inançları, değerleri, gelenekleri, tutumları ve uygulamalarından etkilenir. Hemşirenin, çocuğu doğru şekilde değerlendirebilmesi ve çocuğun gereksinimlerine uygun bakım planlayabilmesi için aileden çocukla ilgili gerekli bilgileri alması, ailenin bilgi ve uygulamalarını göz önünde bulundurması gerekir (3). Pediatri hemşireliğinde aile, bakımın primer odak noktası olarak görülür. Ailenin çocuğa sağladığı destek, onun sağlık sorununa ve hemşirelik bakımına tepkilerini belirleyen önemli bir faktördür. Aile ile çocuk arasındaki sevgiye dayalı güçlü ve destekleyici ilişki çocuk için en önemli destek kaynağı olmaktadır. Bu nedenle ailenin, çocuğun bakımının her aşamasına dâhil edilmesi gerekmektedir (3, 5).

Çocukların sevmeye, değer görmeye, onaylanmaya, takdir edilmeye, kabul görmeye, güven duygusuna, kendi duygularının olduğunun kabul edilmesine ve birey olduğunu hissetmeye ihtiyaçları vardır (60). Güven duygusunu kaybeden çocuklar o an ciddi şekilde panik yaşayıp bağlanmak için birilerini arayabilirler. Bağlanmada çocuğun güven içinde kendini bir duygusal yakına bırakabilmesidir (92). Hastanede primer bakım verici olan hemşireler çocukla en çok iletişimde bulunan kişilerdir. Bu yüzden hemşireler gelişim dönemlerine göre çocukla doğru iletişim yöntemlerini bilmeli ve bu doğrultuda bütüncül bir yaklaşımla bakımı planlamalıdır (6, 91).

Yenidoğan ve süt çocuğu dönemi (0-1 yaş)

Bu yaş grubu çocuklar ebeveynlerine ve bakım veren kişiye karşı fiziksel ve duygusal her tür ihtiyaçları yönünden güven üzerine bir ilişki kurar (7, 93). Yaşamın ilk yılı çocuğun psikolojik ve ruhsal gelişimi açısından önemlidir. Temel güven/güvensizliğin oluştuğu bu dönemde bakım veren kişi ile çocuk arasındaki ilişki en çok dikkat gerektiren konudur. Bu noktada, hastanede uzun süreli tedavi ve bakımı yapılan çocuk hastaların duygusal gelişimlerinin değerlendirilmesi daha da önem kazanmaktadır (94).

Hastalığın fiziksel seyrine göre hastanede kalış süresinin uzamasının bebek/çocuk ve aile üzerindeki etkilerinin incelenmesi özellikle güvenli bağlanma ilişkisinin kurulabilmesi açısından önemlidir. Yani bu dönemde çocuk dışa bağımlıdır.

Bir çocuğun huy ve alışkanlıklarının belirlenmesinde bağlanmanın sağlıklı bir şekilde olmasının payı büyüktür (94).

Güvenli bağlanma geliştiren bebekler, anne ya da bakım veren birincil kişinin yanlarında olmaları durumunda, çevreyi araştırıp, yakınlığını koruyabilen ve bakım veren kişiyi güvence üssü olarak kullanabilme yetisine sahiptirler. Bu süreçte annenin ya da bakım veren kişinin gidişine tepki gösterirler. Ancak, protesto davranışları anne-babanın geri dönüşüyle birlikte yerini rahatlama ve araştırma davranışlarını bırakmaktadır (95). Anne ya da bakım veren kişi bebeğin gereksinimlerini zamanında ve sevgi ile karşıladığında bebek kişiye karşı güven duymakta ve bağlanmaktadır. Bebek bakım vericinin sevgisini ne kadar çok hissederse aradaki bağ o kadar kuvvetlenir ve duygusal gelişim olumlu yönde sağlıklı olarak kurulur (96).

Çocukların gülümseme, ağlama, dikkatli ilgilenme gibi duygusal sinyalleri başkalarının davranışlarını güçlü bir şekilde etkiler. Benzer şekilde başkalarının duygusal tepkileri de çocukların toplumsal davranışlarını düzene koyar (97). Çocuklardaki temel gereksinim bakım ve sevgidir. Yüz yüze etkileşime girildiğinde, bebekler bile iletişim ortaklarının duygusal olarak karşılık verici olmalarını beklemektedir (97). Bu yaş grubundaki çocukların dil gelişimi yeterli olmadığı için iletişime ebeveynler de dâhil edilmelidir. Yapılan bir çalışmada birincil bağlanma objesinden genellikle anne ya da bakım veren kişiden herhangi bir nedenle ayrılma durumu yaşayan bebeğin kalp atım hızının yükseldiği ve nörobiyolojik sistemlerin işleyişinde farklılaşmalar olduğu saptanmıştır (98).

Hastanede uzun süreli tedavi ve bakımları yapılan bebeklerin ebeveynleriyle olan ilişkilerinin niteliğinin yalnız duygusal gelişimleri üzerinde değil, fiziksel ve bilişsel gelişimleri üzerinde de etkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (94).

Oyun dönemi dönemi (1-3 yaş)

Ruhsal gelişimin en hızlı ve önemli olduğu çocuğun içindeki “ben” duygusunun ortaya çıktığı ve benliğin oluştuğu dönemdir. Aynı zamanda temel haz kaynağı anüs ve çevresidir. Kas gelişimi tutma ve bırakma eylemlerini olanaklı kılar ve anal sfinkter kontrolü kazanılmaktadır (92).

Biyolojik olarak yürüme, kendi kendine beslenme ve konuşmanın öğrenilmesiyle anneye olan bağımlılık azalmaktadır (99). Çocukların otoritelerini ve kendi kontrollerini oluşturdukları ve yaratıcı düşüncelerinin oluşmaya başladığı bir dönemdir. Bu dönemde çocuklar animistik düşüncelere sahiptirler ve soyut düşünemezler (93). Sözel açıklamalar bu dönemde yetersiz kalabileceği için gerekli açıklamalar oyuncaklar ya da renkli resimler üzerinden yapılabilmektedir (99, 100).

Okul öncesi dönemi (3-6 yaş)

Okul öncesi dönem gelişim bakımından birçok öneme sahip bir dönemdir. Bu dönemde çocuklar fiziksel, psikomotor, bilişsel, dil, sosyal ve duygusal bakımdan gelişime açıktır ve desteklenmeleri gerekmektedir (101). Kastrasyon anksiyetesi, ödipal çatışma, negativizm, parmak emme, mastürbasyon vb. davranışlar görülebilir (99). Bu yaş grubu çocuklar animistik düşünceye sahip oldukları için yapılacak tüm işlemler ve girişimler uygun kelime seçimiyle yapılması önem arz etmektedir. Sevilen eşyalarının yanlarında bulundurulması için aile desteklenebilir. Bu dönem çocukları birbirinden farklı öğrenme stillerine sahip olmaları ile birlikte genel anlamda somut, algısal ve görsel öğrenmelere yatkındırlar (102).

Bu yaş grubunun evdeki ilgileri yaşantıları öğrenilmeli ve hastanede de evdeki yaşamına benzer bir çevre oluşturulmaya çalışılmalıdır. Örneğin, gece süt içme alışkanlığı, hafif müzikle uyuma, sevdiği bebeğine ya da anneye ait bir eşyaya sarılarak rahatlama ve sakinleşme gibi alışkanlıkları öğrenilmelidir. Çocuğun en büyük tercihi grup oyunlarıdır. Hemşire, bu konuda planlama yapabilmelidir (41). Bu esnada görüşme hem oyunla, hem de sözel iletişimle yapılmalıdır (100). Çocuklar oyunu hem dünyayı anlamak, hem de bilmediklerini öğrenmek için kullanırlar (103). Çocuğun kendi faaliyetlerini yönetmesini, güçlü olduğu taraflarını geliştirmesi aynı zamanda sizden bir şeyler öğrenmesini, sizinle bağ kurmasını mümkün kılan, sağlıklı oynama biçimlerinden biri oynarken çocuğu dinlemektir. Böylece aktif bir ilişki kurulabilir ve yorumlar yapılabilir (104).

Çocuğa yapılacak işlemler çok fazla detaya girmeden, anlayabileceği şekilde anlatılmalıdır (100). Bu yüzden çocukla konuşurken kullanılacak ifadeler çok iyi seçilmeli, çocuğun anlayabileceği şekilde açık olmalıdır ve tehdit edici ifadelerden kaçınılmalıdır. Çocuklar, gelişimsel yaş dönemlerine göre kullanılan tıbbi terimlerden

farklı anlamlar çıkarabilir (93). Çocuğu avutma için kaygılı tarzda yalan söylemek, bazı şeyleri anlatmamak ve saklamak, çocukla kurulması gereken güvene dayalı iletişimi bozacaktır (105).

Okul dönemi (6-12 yaş)

“Son çocukluk” adı verilen 6-12 yaş gelişim evresinde çocuk, ergenliğe geçiş olgunluğu kazanmıştır (88). Oral, anal ve fallik dönemde kazanılan özellikler tamamlanmış, cinsel ilgi ve merak azalmış, cinsel dürtüler bastırılmış yerini sosyal ortama yönlendirmiştir (99). Okul dönemi temel eğitimin ilk yılları çocuğun somut düşünce, son birkaç yılı ise soyut düşünme evresinde bulunduğu yıllardır (106). Bu dönem çocuklarının sosyal girişimciliğinin arttığı, empati becerisinin kazanıldığı ve somuttan soyut düşünceye geçtiği zamanlar olduğu için iletişim doğru tekniklerle sağlanmalıdır. Bu yaş döneminde çocuklarda beden imajı ile ilgili korkular vardır (100).

Bu yaş dönemi gelişim basamakları şöyle özetlenebilir;

- Oyunlarda gerekli olan motor becerilerde ustalık kazanma,
- Kendisine ve gelişmekte olan vücuduna karşı olumlu tutum geliştirme,
- Akranlarıyla iyi ilişkiler kurmayı öğrenme,
- Okuma-yazma-sayısal alanlarda temel beceriler geliştirme
- Uygun kız-erkek rollerini öğrenme,
- Günlük yaşam için gerekli kavramlar geliştirme,
- Değer sistemi geliştirme,
- Kişisel bağımsızlık kazanma,
- Kurum ve kişilere karşı tutumlar geliştirmedir (106).

Sağlıktan sapma ya da hastaneye yatma döneminde yapılan açıklamalar, oyuncak bebek ya da maket üzerinde gösterilerek yapılmalıdır. Çocukta kontrol kaybı, beden hasarı ve ölüm korkusu olabileceğinden, açıklamalar yaş grubu özellikleri dikkate alınarak yapılmalıdır (93).

Terapotik oyun yöntemleri kullanılabilir. Bu amaçla malzemelerin bazıları (maske, eldiven, bone, ameliyat örtüleri gibi) kullanılabilir. Bu çocuğa tıbbi ve cerrahi işlemleri göstermede ve çocuğun duygularını ifade etmesinde yardımcı olarak stresle baş etmesini kolaylaştırabilir (100). Bu süreç çocuğun ev ile hastane arasında bir bağ

kurulmasına katkıda bulunarak çocuğun otonomi ve yeterlilik duygularını tekrar kazanmasına yardımcı olur (93).

Bu evrede çocuk, konuşmaktan ve sorulara cevap vermekten zevk alır. Ancak o, iyi bir dinleyici olamayabilir (106). Bu yüzden iletişim kurulurken sevgi içerisinde anlayabileceği şekilde belirli açıklamalar yapılmalı ve anlaşılıp anlaşılmadığı kontrol edilmelidir.

Adölesan dönemi (12-18 yaş)

Ergenlik çağının en önemli özelliklerinden biri de hızlı bir değişim yaşanmasıdır (107). Soyut düşünce yetisinin geliştiği, soyut kavramların kullanılmaya başlandığı ve üzerlerinde fikir yürütüldüğü dönemdir (99). Bu dönemde ergen ben-merkezciliği denilen, herkesin kendisine baktığı gibi bir düşünce biçimi geliştirir ve herkesin onu gözlediğini düşünür ve kendini sürekli sahnede hisseder (108).

Konuşma esnasında gerekli gizlilik sağlanmalı, güven oluşturulmalı ve sorduğu sorular dürüstçe yanıtlanmalı, kendi izni olmaksızın sağlık çalışanıyla paylaştıklarının yaşamını tehlikeye sokacak bir bilgi olmadığı sürece kimseye aktarılmayacağını bilmeli, hasta mahremiyeti sağlanmalı, bu konuda güven oluşturulmalıdır (87, 99, 109). Bu nedenle sağlık çalışanı söz ve davranışlar ile bunu hissettirmelidir. Adölesanın soru sorması ve bilgi alması için hemşire ile yalnız kalması da sağlanmalıdır ve gereksinimi olduğu ve anlayacağı kadar bilgi verilmelidir. Sorduğu sorularda adölesanın ne kadar bilgiye gereksinimi olduğunu gösterir. Adölesanın korkularıyla, davranışlarıyla, tepkileriyle alay edilmemeli ve olduğu gibi kabul edilmesi önemlidir (100).

Terakye (1995)' nin ve Özcan (2006)' nin aktardığına göre, O'Reilly ve arkadaşları çocuğa yardımcı olacak önerilerden bazılarını şöyle sıralamıştır;

- Çocuğa duygularını anlatmasını öğretin,
- Çocuğunuzu anlayış ve empati ile dinleyin,
- Dürüst olun ve yanlışlarınızı kabullenin,
- Çocuğa, neden böyle davrandığını incelemesi için yardım edin,
- Duygularının daima kabul edileceğini fakat kendine ve başkalarına zarar verecek davranışlarının kabul görmeyeceğini anlamasını sağlayın,
- Şiddet konusunda açık kurallarınız olsun,

- Kontrolünü kaybettiğinde bunu fark etmesini sağlayın,
- Öfkenin kabul edilebilir biçimde boşaltılmasını tartışın,
- Sevginizden sık sık emin olmasını sağlayın,
- İstendik davrandığında bunu fark edin ve belittin,
- İstenmeyen davranışlarının stres, ağrı ve ilaçlara bağlı olduğunu anlayın,
- Çocuklar sorunlarla nasıl başa çıkacaklarını yetişkinlerden öğrenirler,
- Ayrıca çocuğa verilen mesajların ulaştığını anlamak için,
- Çocuğun anlatılanı kendi ifadesi ile tekrarlaması,
- Ailenin bu bilgileri alıp çocukla paylaşmasının sağlanması,
- Çocuğun gereksindiği anlatım yolunun saptanıp, çocuğun bu yolla anladığını anlatması (yazarak-çizerek),
- Çocuk konuşmadığında bunun mesajları anlamadığından mı korkusundan mı, söyleyeceği bir şey olmadığından mı kaynaklandığının ayırt edilmesi önemlidir (1, 41).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma pediatri hemşirelerinin hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının ve çocuk sevme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmış çok merkezli olarak gerçekleştirilmiş tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Temmuz 2017 - Eylül 2017 tarihleri arasında İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı yedi hastane ile İstanbul Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğine bağlı dört hastanede gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın gerçekleştirildiği hastaneler şunlardır;

1. SBÜ Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2. SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3. SBÜ Haydarpaşa Sultan Abdülhamit Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4. SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5. Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
6. SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
7. SBÜ Dr Siyami Ersek Eğitim ve Araştırma Hastanesi
8. Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi
9. Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
10. Süreyyapaşa Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
11. Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sağlık Bakanlığı İstanbul İli Kamu Hastaneleri Kurumu Kuzey ve Güney Kamu Hastaneleri birliği'ne bağlı on bir eğitim araştırma hastanesinin çocuk kliniklerinde çalışan 532 pediatri hemşiresi oluşturmuştur.

Araştırma örnekleminin belirlenmesinde evrendeki birey sayısı bilindiğinde kullanılan formülden yararlanılmıştır (110). Bu formüle göre örneklem büyüklüğü 232 olarak hesaplanmıştır. Anketlerin eksik olması, hemşirelerin izinli olmaları, hemşirelerin iş yoğunlukları nedeniyle formları doldurmak istemeyebilecekleri gibi nedenler göz önünde bulundurularak belirlenmiş örneklem sayısının %20-25 fazlasının alınması hedeflenmiştir.

$$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

$$n = 532 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) / (0,05)^2 \cdot (532-1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5) = 232$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer ($\alpha = 0.05$ için teorik t değeri 1.96 olarak alınmıştır)

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,50 olarak alınmıştır)

q: İncelenen olayın görülmeşiş sıklığı (1-p) (1-0,50= 0,50 olarak alınmıştır)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0,10 olarak alınmıştır)

Araştırmada; yatan çocuk hasta servisleri (dahiliye, cerrahi, onkoloji, hemotoloji, üroloji, enfeksiyon, endokrin, yanık), çocuk acil servisleri, çocuk yoğun bakım üniteleri, çocuk özel dal yoğun bakım (çocuk cerrahisi, kalp damar cerrahisi) ünitelerinde çalışan katılmaya istekli 311 pediatri hemşiresinden veri toplanmıştır. Eksik veri olan 17 anket araştırma dışı bırakılmış olup, 294 pediatri hemşiresi ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmanın yapıldığı hastaneler ve pediatri hemşirelerinin dağılımları Şekil 1' de verilmiştir.

Şekil 1. Araştırmanın yapıldığı hastaneler ve pediatri hemşirelerinin dağılımları

Hastane Adı	N	n
Fatih Sultan Mehmet Sancaktepe AH	15	13
Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH	96	58
Haydarpaşa Numune EAH	22	7
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH	31	10
Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH	60	33
Süreyyapaşa Göğüs Cerrahisi EAH	8	7
Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH	59	38
Ümraniye EAH	93	52
SBÜ Haydarpaşa Sultan Abdülhamit EAH	27	17
Marmara Üniversitesi Pendik EAH	73	23
SBÜ Dr Siyami Ersek EAH	48	36
Toplam	532	294

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan “Veri Toplama Formu”, “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği” ve “Barnett Çocuk Sevme Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formu

Hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, mezun olduğu okul, çalıştığı bölüm, görevi, çalışma yılı vb.) sorgulayan 11 sorudan oluşmaktadır (Ek-1).

3.4.2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ) (Caring Nurse Patient Interaction–CNPI)

Cossette ve arkadaşları (2005) hemşire-hasta etkileşimini tanımlamak, hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışları ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmek amacıyla, hemşirelik bakımında hemşire-hasta etkileşimine odaklanan Watson’ın Bakım Kuramını temel alan ve özgün adı Caring Nurse-Patient

Interaction Scale-CNPI olan ölçeği geliştirmiştir. Atar ve Aştı (2012) tarafından ölçeğin Türk toplumunda kullanımını sağlamak için geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Atar ve Aştı (2012) ölçeğin Türkçe şeklinin toplam ölçek Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik düzeyleri için sırasıyla 0,99; 0,98; ve 0,99 olduğu bildirilmiştir (2). Bu araştırmada ise Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları *önemlilik 0,986; yeterlilik 0,982; uygulanabilirlik 0,984* olarak belirlemiştir. Ölçek 10 alt ölçek içinde yer alan 70 maddeden oluşmaktadır. Ölçek uygulanırken BOHHEÖ'nün maddelerinin, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin, ne derecede önemli olduğu 5 maddeli likert tipi ölçekte sorgulanarak ölçeğin “önemlilik” boyutuna ilişkin veriler elde edilmektedir. Aynı şekilde bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminin ne kadar yeterli ve uygulanabilir olduğu ayrı ayrı 5'li likert tipi ölçek üzerinde sorgulanarak “yeterlilik” ve “uygulanabilirlik” boyutlarına ilişkin sonuçlara ulaşılabilmektedir. Her üç boyutta da soru maddelerinin likert tipi ölçekteki ifadeleri Hiç(1), Biraz (2), Orta Derece (3), Çok (4), Son Derece (5) olarak değerlendirilmektedir (Ek-2).

Ölçeğin Alt boyutları:

1. Hümanizm: (1, 2, 3, 4, 5, 6)
2. Umut: (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13)
3. Duyarlılık: (14, 15, 16, 17, 18, 19)
4. Yardım edici ilişki: (20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)
5. Duyguların ifade edilmesi: (27, 28, 29, 30, 31, 32)
6. Sorun çözme: (33, 34, 35, 36, 37, 38)
7. Öğretim: (39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47)
8. Çevre: (48, 49, 50, 51, 52, 53, 54)
9. Gereksinimler: (55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64)
10. Maneviyat: (65, 66, 67, 68, 69, 70)

Ölçeğin değerlendirilmesinde her bir boyut için alt ölçekler değişmemekte ve aynı maddelerden elde edilmektedir. Her üç boyutta ölçek toplam puanı, tüm

maddelerin (70 madde) puanı toplanarak elde edilmektedir. Ölçeğin üç boyutunda da alınabilecek en düşük puan 70, en yüksek puan ise 350'dir. Hemşirelerin ölçekten aldıkları puan arttıkça, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları olumlu yönde artmaktadır (2).

3.4.3. Barnett Çocuk Sevme Ölçeği

Barnett ve Sinisi, (1990) tarafından insanların çocuklara yönelik tutumlarını ölçme amacıyla geliştirilmiş ve Türkiye için güvenilirlik ve geçerlik çalışması Duyan ve Gelbal (2008) tarafından yapılmış olan bir değerlendirme aracıdır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısını 0,92 olduğu bildirilmiştir (111). Bu çalışmada ise ölçeğin *Cronbach alfa katsayısı 0,70* olarak belirlenmiştir. Ölçekte 14 madde bulunmakta olup, her bir maddede belirtilen düşünceye, bireylerden “Hiç katılmıyorum” yanıtından, “Tamamen katılıyorum” yanıtına kadar değişkenlik gösteren yedi derecede görüş bildirmeleri istenmektedir. Çocukları sevmeyi belirlemeye yönelik maddelerden dördü olumsuz (3, 6, 10 ve 13. maddeler) ve on madde ise olumludur. Olumlu maddeler puanlanırken “Tamamen katılıyorum” yanıtı “7” ile ve “Hiç katılmıyorum” yanıtı ise “1” ile puanlanmaktadır. Olumsuz maddelerin puanlanmasında da “Hiç katılmıyorum” yanıtı “7” ile “Tamamen katılıyorum” yanıtı da “1” ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar, insanların çocukları daha fazla sevdikleri; düşük puanların ise çocukları sevme düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmektedir (Ek-3).

3.5. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Veri analizi öncesinde parametrik test yöntemlerine uygunluğu sınamak için Kolmogorov Smirnov Z testi uygulanmış olup verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş olup parametrik testler kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t test (Independent t-test), ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. İlişkinin gücünü ve yönünü değerlendirmek

için ise Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Veri toplama öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurulundan (no:79) ve Sağlık Bakanlığı İstanbul Anadolu Yakası Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden (no:77517973-770) ve Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden (no:35778018-774.99) gerekli yazılı izinler alınmıştır (Ek 5-6-7). Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Barnett Çocuk Sevme Ölçeği' nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazarlardan e-mail yoluyla izni alınmıştır (Ek 8-9). Veri toplama öncesi pediatri hemşirelerine çalışma hakkında bilgi verildikten sonra bilgilendirilmiş onam formu (Ek-4) kullanılarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçları hemşirelerin öz bildirimine dayalıdır. Ayrıca İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan hastanelerde çalışan çocuk hemşireleri ile yapılmış olup evrene genellenemez.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan hemşirelerin tanıtıcı özellikleri, çalışma koşullarına ilişkin özellikleri, Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi ve Çocuk Sevme düzeyleri ve hemşirelerin sosyo demografik ve çalışma koşullarına ilişkin özelliklerinin BOHHE ve çocuk sevme düzeylerine etkilerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 1. Pediatri Hemşirelerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=294)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	265	90,1
Erkek	29	9,9
Yaş		
18-25 yaş	117	39,8
26-35 yaş	116	39,5
36 yaş ve üzeri	61	20,7
Medeni durum		
Evli	127	43,2
Bekâr	167	56,8
Çocuk sahibi olma durumu		
Var	98	33,3
Yok	196	66,7
Çocuk sayısı (n=98)		
1 çocuk	56	57,1
2 çocuk ve üzeri	42	42,9
Mezuniyet durumu		
Lise mezunu	49	16,6
Ön lisans mezunu	27	9,2
Lisans mezunu	191	65,0
Yükseklisans mezunu	27	9,2

Araştırmaya katılan pediatri hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir. Hemşirelerin çoğunluğu (%90,1) kadın olup, %39,8’ i 18-25 yaş arasında, %39,5’i ise 26-35 yaş arasındadır. Hemşirelerin yarısından çoğu (%56,8) bekar, %33,3’ü çocuk sahibi olup çocuğu olanların (n=98) %57,1’inin tek çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %65’i lisans mezunudur (Tablo 1).

Tablo 2. Pediatri Hemşirelerinin Çalışma Durumlarına İlişkin Özellikleri (n=294)

Çalışma Özellikleri	n	%
Çalıştığı bölüm		
Çocuk servisi	162	55,1
Çocuk acil	47	16,0
Çocuk yoğun bakım	85	28,9
Görevi		
Sorumlu hemşire	20	6,8
Servis +yoğun bakım hemşiresi	274	93,2
Hemşire olarak çalışma süresi		
1 yıldan az	27	9,2
1-5 yıl	126	42,9
6-10 yıl	62	21,1
11 yıl ve üzeri	79	26,8
Pediatri kliniğinde çalışma süresi		
1 yıldan az	41	13,9
1-5 yıl	148	50,4
6-10 yıl	64	21,8
11 yıl ve üzeri	41	13,9
Çalışma saati		
40-48 saat	146	49,7
49 saat ve üzeri	148	50,3
Çalışma şekli		
Gündüz	37	12,6
Gündüz + Gece	257	87,4

Hemşirelerin çalışma durumlarına ilişkin özellikleri Tablo 2’de incelenmiştir. Pediatri hemşirelerinin %55,1’i çocuk servisinde, %16’sı çocuk acilde, %28,92u ise yoğun bakımda çalışmaktadır. Hemşirelerin çoğunluğu (%93,2) servis hemşiresi olarak çalışmakta olup %6,8’i sorumlu hemşiredir. Hemşirelerin %42,9’u 1-5 yıldır hemşire olarak çalışmaktadır (Tablo 2).

Pediatri hemşiresi olarak çalışma süresine bakıldığında ise; hemşirelerin yarısının (%50,4) 1-5 yıldır çocuklarla çalıştığını ifade etmiştir. Hemşirelerin %49,7’sinin haftada 40-48 saat, %50,3’ünün çocuk kliniğinde haftada 49 saat ve üzerinde çalıştığı görülmekte olup; %87,4’ünün nöbet sistemi ile çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Pediatri Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=294)

BOHHEÖ	Önemlilik		Yeterlilik		Uygulanabilirlik	
	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss
Toplam puan	319,93	33,931	291,01	42,360	267,29	53,673
Hümanizm	26,91	3,407	34,39	4,296	22,16	4,898
Umut	32,55	3,509	29,60	5,824	27,29	7,881
Duyarlılık	26,68	3,984	23,97	4,532	21,39	5,839
Yardım edici ilişki	32,41	3,745	29,96	4,579	27,41	5,869
Duyguların ifade edilmesi	26,82	3,845	24,15	4,629	22,06	5,764
Sorun çözme	26,84	3,882	24,00	4,629	21,58	5,959
Öğretim	41,59	4,782	37,66	6,168	34,39	7,735
Çevre	32,34	3,791	29,66	5,017	27,52	6,049
Gereksinimler	46,89	4,869	43,29	6,511	41,15	7,346
Maneviyat	26,89	3,944	24,34	5,057	22,34	6,444

Pediatri hemşirelerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği ve alt boyutları puan ortalamaları Tablo 3’de verilmiştir. Hemşirelerin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik açısından BOHHEÖ ve alt boyut puanları incelenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ ve alt boyut **önemlilik puan ortalamaları** incelendiğinde; toplam ölçek puanı 319,93±33,931; Hümanizm alt boyutu 26,91±3,407; Umut alt boyutu 32,55±3,509; Duyarlılık alt boyutu 26,68±3,984; Yardım edici ilişki alt boyutu 32,41±3,745; Duyguların ifade edilmesi alt boyutu 26,82±3,845; Sorun çözme alt boyutu 26,84±3,882; Öğretim alt boyutu 41,59±4,782; Çevre alt boyutu 32,34±3,791; Gereksinimler alt boyutu 46,89±4,869; Maneviyat alt boyutu puanı ise 26,89±3,944 olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ ve alt boyut **yeterlilik puan ortalamaları** incelendiğinde; toplam ölçek puanı 291,01±42,360; Hümanizm alt boyutu 34,39±4,296; Umut alt boyutu 29,60±5,824; Duyarlılık alt boyutu 23,97±4,532; Yardım edici ilişki alt boyutu 29,96±4,579; Duyguların ifade edilmesi alt boyutu 24,15±4,629;

Sorun çözüme alt boyutu $24,00 \pm 4,629$; Öğretim alt boyutu $37,66 \pm 6,168$; Çevre alt boyutu $29,66 \pm 5,017$; Gereksinimler alt boyutu $43,29 \pm 6,511$; Maneviyat alt boyutu puanı ise $24,34 \pm 35,057$ olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ ve alt boyut *uygulanabilirlik puan ortalamaları* incelendiğinde; toplam ölçek puanı $267,29 \pm 53,673$; Hümanizm alt boyutu $22,16 \pm 4,898$; Umut alt boyutu $27,29 \pm 7,881$; Duyarlılık alt boyutu $21,39 \pm 5,839$; Yardım edici ilişki alt boyutu $27,41 \pm 5,869$; Duyguların ifade edilmesi alt boyutu $22,06 \pm 5,764$; Sorun çözüme alt boyutu $21,58 \pm 35,959$; Öğretim alt boyutu $34,39 \pm 7,735$; Çevre alt boyutu $27,52 \pm 6,049$; Gereksinimler alt boyutu $41,15 \pm 7,346$; Maneviyat alt boyutu puanı ise $22,34 \pm 6,444$ olarak belirlenmiştir (Tablo 3).



Tablo 4. Pediatri Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=294)

Değişkenler	BOHHEÖ				Yeterlilik				Uygulanabilirlik			
	\bar{x}	Ss	t/F	P	\bar{x}	Ss	t/F	p	\bar{x}	Ss	t/F	p
Cinsiyet												
Kadın	319,85	34,019	-0,116	0,908	290,24	42,859	-0,945	0,346	267,01	53,542	-0,271	0,786
Erkek	320,62	33,698			298,07	37,417			269,86	55,753		
Yaş												
18-25 yaş	308,77	35,100	11,459	0,000* 3>1; 2>1	277,74	38,940	12,005	0,000* 3>1; 2>1	263,78	49,425	1,361	0,258
26-35 yaş	326,16	32,339			295,64	43,392			265,60	55,499		
36 yaş ve üzeri	329,48	28,729			307,69	39,425			277,25	57,541		
Medeni durum												
Evlü	321,76	33,446	0,810	0,419	295,78	42,590	1,688	0,093	274,55	53,942	2,033	0,043*
Bekar	318,53	34,329			287,39	41,950			261,77	52,964		
Çocuk sahibi olma durumu												
Var	320,04	33,940	0,041	0,967	297,16	42,184	1,767	0,078	273,94	56,469	1,505	0,134
Yok	319,87	34,013			287,94	42,220			263,97	52,049		
Çocuk sayısı												
1 çocuk	321,61	31,971	0,714	0,477	298,14	39,738	0,479	0,633	280,23	54,509	1,398	0,166
2 çocuk ve üzeri	316,35	36,815			293,76	45,635			263,18	58,712		
Mezuniyet durumu												
Lise mezunu	313,57	37,505	2,003	0,114	284,45	46,183	3,456	0,017* 4>1; 4>3	266,35	54,207	0,914	0,434
Ön lisans mezunu	320,70	34,443			302,07	38,431			279,33	53,038		
Lisans mezunu	319,55	33,801			288,25	41,254			264,49	53,134		
Yüksek lisans mezunu	333,30	24,959			311,44	40,886			276,81	57,365		

t=Bağımsız t testi; F= Varyans analizi; p<0,05

Pediatric hemşirelerinin BOHHEÖ ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4’de incelenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin **BOHHEÖ-Önemlilik puan ortalamaları** ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı ve mezuniyet durumları arasında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelerin yaşları arttıkça BOHHEÖ-Önemlilik puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. 18-25 yaş arasındaki hemşirelerin önemlilik puan ortalaması $308,77\pm 35,100$; 26-35 yaş grubundakilerin $326,16\pm 32,339$; 36 yaş ve üzerindeki grubun ise $329,48\pm 28,729$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4).

Araştırmaya katılan hemşirelerin **BOHHEÖ-Yeterlilik puan ortalamaları** ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelerin yaşları arttıkça BOHHEÖ-Yeterlilik puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. 18-25 yaş arasındaki hemşirelerin önemlilik puan ortalaması $277,74\pm 38,940$; 26-35 yaş grubundakilerin $295,64\pm 43,392$; 36 yaş ve üzerindeki grubundaki hemşirelerin puanının ise $307,69\pm 39,425$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelerin mezuniyet durumları ile BOHHEÖ-Yeterlilik puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; yüksek lisans mezunlarının ($311,44\pm 40,886$), lise mezunu ($284,45\pm 46,183$) ve lisans mezunlarının puanına ($288,25\pm 41,254$) göre yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo4).

Araştırmaya katılan hemşirelerin **BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puan ortalamaları** ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı ve mezuniyet durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelerin medeni durumları ile BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; evli olanların ($274,55 \pm 53,942$), bekâr olanlara ($261,77 \pm 52,954$) göre uygulanabilirlik puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,04$) (Tablo4).



Tablo 5. Pediatri Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çalışma Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=294)

Değişkenler	BOHHEÖ				Önemlilik				Yeterlilik				Uygulanabilirlik			
	\bar{X}	Ss	t/F	p	\bar{X}	Ss	t/F	p	\bar{X}	Ss	t/F	p	\bar{X}	Ss	t/F	p
Çalıştığı bölüm																
Çocuk servisi	314,80	34,839			287,51	41,929			265,96	53,882						
Çocuk acil	315,23	35,209	8,346	0,000*	288,26	37,076	2,271	0,105	265,49	53,322	0,259	0,772				
Çocuk yoğun bakım	332,29	28,156		<i>3>1; 3>2</i>	299,22	45,172			270,82	53,935						
Görevi																
Sorumlu hemşire	314,80	34,839			287,51	41,929			265,96	53,882						
Servis +YB hemşiresi	315,23	35,209	-0,076	0,940	288,26	37,076	-0,111	0,912	265,49	53,322	0,053	0,958				
Çalışma yılı																
1 yıldan az	292,89	40,709			278,93	36,705			273,52	45,144						
1-5 yıl	319,87	31,216	8,180	0,000*	282,28	41,332	5,967	0,001*	261,32	50,151	0,978	0,404				
6-10 yıl	320,18	36,014		<i>4>1; 3>1; 2>1</i>	296,32	43,442			269,35	57,333						
11 yıl ve üzeri	329,05	29,308			304,91	41,059			273,08	58,587						
Pediatri hemşiresi olarak çalışma yılı																
1 yıldan az	300,83	39,804			282,07	36,638			274,32	43,000						
1-5 yıl	320,89	31,077	6,172	0,000*	285,89	42,929	4,243	0,006*	262,23	52,539	1,119	0,342				
6-10 yıl	323,25	35,786		<i>4>1; 3>1; 2>1</i>	297,52	41,675			268,36	55,682						
11 yıl ve üzeri	330,34	27,867			308,29	41,720			276,88	63,118						
Çalışma saati																
40-45 saat	315,99	36,930			290,79	42,788			267,44	54,899						
48 saat ve üzeri	323,80	30,314	-1,983	0,049	291,24	42,078	-0,091	0,928	267,15	52,622	0,046	0,963				
Çalışma şekli																
Gündüz	321,95	30,430			294,00	44,565			270,95	56,148						
Gündüz+Gece	319,65	34,594	0,382	0,702	290,50	42,104	0,468	0,640	266,33	53,617	0,486	0,627				

t=Bağımsız *t* test; *F*= Varyans analizi; *p*<0,05

Pediyatri hemşirelerinin BOHHEÖ ve alt boyut puan ortalamalarının hemşirelerin çalışma özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 5’de incelenmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin **BOHHEÖ-Önemlilik puan ortalamaları** ile çalışma özellikleri karşılaştırıldığında; görevi, haftalık çalışma saati ve çalışma şekli arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre BOHHEÖ-Önemlilik puanları karşılaştırıldığında; çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta-hemşire etkileşimi önemlilik puanının ($332,29\pm 28,156$) çocuk servis ve çocuk acilde çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin meslekte çalışma yılları arttıkça hemşirelerin hasta-hemşire etkileşimi önemlilik puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Bir yıldan daha az süredir çalışan hemşirelerin diğer gruplara göre puanının düşük olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin pediatri hemşiresi olarak çalışma yılları arttıkça hemşirelerin hasta-hemşire etkileşimi önemlilik puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir bir yıldan daha az süredir çalışan hemşirelerin diğer gruplara göre puanının düşük olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin **BOHHEÖ-Yeterlilik puan ortalamaları** ile çalışma özellikleri karşılaştırıldığında; çalıştığı bölüm, görevi, haftalık çalışma saati ve çalışma şekli arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin meslekte çalışma yılları arttıkça hemşirelerin hasta-hemşire etkileşimi yeterlilik puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Bir yıldan daha az süredir ve 1-5 yıldır çalışan hemşirelerin diğer gruplara göre puanının düşük olduğu belirlenmiş olup, farkın bu gruplar kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin pediatri hemşiresi olarak çalışma yılları arttıkça hemşirelerin hasta-hemşire etkileşimi yeterlilik puan ortalamalarının arttığı

belirlenmiştir. Bir yıldan daha az süredir ve 1-5 yıldır çalışan hemşirelerin diğer gruplara göre puanının düşük olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki farkın bu gruplardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5).

Araştırmaya katılan hemşirelerin **BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puan ortalamaları** ile çalışma özellikleri karşılaştırıldığında; çalıştığı bölüm, görevi, çalışma yılı, Pediatri hemşiresi olarak çalışma yılı, haftalık çalışma saati ve çalışma şekli arasında istatistiksel farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6. Pediatri Hemşirelerinin BÇSÖ Puan Ortalaması (n=294)

Ölçek	Medyan	\bar{x}	Ss	Min.	Maks.
BÇSÖ	91	85,80	13,74	14	98

Pediatri Hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Puan Ortalaması Tablo 6'da verilmiştir. Hemşirelerin Çocuk Sevme Ölçeği puan ortalaması $85,80\pm 13,74$ (min:14; maks:98) olup medyan değeri 91 olarak belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Pediatri Hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=294)

	BÇSÖ	\bar{x}	Ss	F/t	P
Değişkenler					
Cinsiyet					
Kadın		86,14	13,624	1,287	0,199
Erkek		82,69	14,634		
Yaş					
18-25 yaş		84,70	12,530	0,690	0,503
26-35 yaş		86,26	14,522		
36 yaş ve üzeri		87,05	14,484		
Medeni durum					
Evli		86,61	14,739	0,883	0,378
Bekar		85,19	12,939		
Çocuk sahibi olma					
Var		85,76	16,036	-0,042	0,967
Yok		85,83	12,479		
Çocuk sayısı					
1 çocuk		85,07	17,915	-0,095	0,924
2 çocuk ve üzeri		85,41	13,612		
Mezuniyet durumu					
Lise		84,65	12,857	0,290	0,833
Ön lisans		86,67	14,536		
Lisans		85,73	14,155		
Yüksek lisans		87,52	11,850		

t=Bağımsız *t* test; *F*= Varyans analizi; *p*<0,05

Pediatri hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği puan ortalamalarının sosyo demografik özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 7’de verilmiştir. Hemşirelerin çocuk sevme puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı ve mezuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Pediatri Hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Koşullarına Göre Karşılaştırılması (n=294)

	BÇSÖ	\bar{x}	Ss	F/t	P
Değişkenler					
Çalıştığı bölüm					
Çocuk servisi		84,16	14,848		
Çocuk acil		85,89	13,363	3,346	0,037*
Çocuk YB		88,88	11,105		
Görevi					
Sorumlu hemşire		89,10	12,527		
Servis+YB hemşiresi		85,56	13,814	1,112	0,267
Çalışma yılı					
1 yıldan az		80,96	13,282		
1-5 yıl		85,75	12,805		
6-10 yıl		86,77	15,433	1,357	0,256
11 yıl ve üzeri		86,77	13,838		
pediatri hemşiresi olarak çalışma yılı					
1 yıldan az		81,15	13,942		
1-5 yıl		86,32	12,875		
6-10 yıl		87,03	14,833	1,881	0,133
11 yıl ve üzeri		86,66	14,362		
Çalışma saati					
40 saat-48 saat		85,16	15,212		
49 saat ve üzeri		86,44	12,133	-0,799	0,425
Çalışma şekli					
Gündüz		84,95	14,970		
Gündüz + Gece		85,71	13,642	-0,314	0,754

t=Bağımsız *t* test; *F*= Varyans analizi; *p*<0,05

Pediatri hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği puan ortalamalarının çalışma koşullarına göre karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir. BÇSÖ puan ortalamaları hemşirelerin çalıştıkları servise göre incelendiğinde; çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çocuk servisi ve çocuk acilde çalışan hemşirelere göre çocuk sevme puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuş olup, fark istatistiksel olarak anlamlıdır (*p*=0,037).

Hemşirelerin çalıştıkları servisteki görevleri, hemşire olarak çalışma yılı, pediatri hemşiresi olarak çalışma yılı, haftalık çalışma saati ve çalışma şekillerinin BÇSÖ puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir (*p*>0,05) (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelerin Çocuk Sevme Düzeyini Yordayan Değişkenler (n=294)

BÇSÖ	R²	T	F	P
Çalıştığı bölüm	0,149	2,575	6,631	0,011

Hemşirelerin BÇSÖ düzeyini yordayan değişkenler Tablo 9’da incelenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları bölümlerin BÇSÖ puan ortalaması için anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

Tablo 10. Hemşirelerin BOHHEÖ - Önemlilik Düzeyini Yordayan Değişkenler (n=294)

BOHHEÖ-Önemlilik	R²	T	F	P
Yaş	0,251	4,436	19,678	0,000
Çalıştığı bölüm	0,215	3,765	14,176	0,000
Çalışma yılı	0,226	3,960	15,682	0,000
Pediyatri hemşiresi olarak çalışma yılı	0,209	3,658	13,382	0,000
Haftalık çalışma saati	0,115	1,983	3,934	0,048

Hemşirelerin BOHHEÖ-Önemlilik düzeyini yordayan değişkenler Tablo 10’da verilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları, çalıştıkları bölüm, çalışma yılı, çocuk servisinde çalışma yılı ve haftalık çalışma sürelerinin BOHHEÖ-Önemlilik puan ortalaması için anlamlı yordayıcılar olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

Hemşirelerin BOHHEÖ-önemlilik düzeyini yordayan ilk değişken %25’lik varyansla “Yaş”, ikinci değişken %22’lik varyansla “Çalıştığı bölüm”; üçüncü değişken %23’lük varyansla “Çalışma yılı”; dördüncü değişken %21’lik varyansla “Pediyatri hemşiresi olarak çalışma yılı” ve son olarak da %12’lik varyansla “Haftalık çalışma saati” olarak belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 10).

Tablo 11. Hemşirelerin BOHHEÖ-Yeterlilik Düzeyini Yordayan Değişkenler (n=294)

BOHHEÖ-Yeterlilik	R²	t	F	p
Yaş	0,274	4,870	23,717	0,000
Çalışma yılı	0,236	4,145	17,180	0,000
Pediatric hemşiresi olarak çalışma yılı	0,199	3,477	12,088	0,001

Hemşirelerin BOHHEÖ-Yeterlilik düzeyini yordayan değişkenler Tablo 11’de incelenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları, mezuniyet durumu, çalışma yılı ve pediatri hemşiresi olarak çalışma yıllarının BOHHEÖ-Yeterlilik puan ortalaması için anlamlı yordayıcılar olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$).

Hemşirelerin BOHHEÖ-Yeterlilik düzeyini yordayan ilk değişken %27’lik varyansla “Yaş”, ikinci değişken %24’lük varyansla “Çalışma yılı” ve üçüncü değişken ise %20’lik varyansla “Pediatric hemşiresi olarak çalışma yılı” olarak belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin BOHHEÖ-Uygulanabilirlik Düzeyini Yordayan Değişkenler (n=294)

BOHHEÖ-Uygulanabilirlik	R²	T	F	P
Medeni durum	0,118	27,798	4,133	0,043

Hemşirelerin BOHHEÖ-Uygulanabilirlik düzeyini yordayan değişkenler Tablo 12’de incelenmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarının BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puan ortalaması için anlamlı bir yordayıcı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Araştırmaya katılan pediatri hemşirelerinin BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puan ortalamasını medeni durumun %12 varyansla yordadığı görülmektedir (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Önemlilik, Yeterlilik ve Uygulanabilirlik Toplam Puanları Arasındaki İlişki (n=294)

	\bar{x}	Ss	1	2	3
BOHHEÖ-Önemlilik¹	319,93	33,931	1		
BOHHEÖ- Yeterlilik²	291,01	42,360	0,632*	1	
BOHHEÖ- Uygulanabilirlik³	267,29	53,673	0,356*	0,754*	1

Hemşirelerin BOHHEÖ-Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik ortalamaları arasındaki korelasyon Tablo 13’de incelenmiştir. Hemşirelerin BOHHEÖ-Önemlilik puan ortalamaları ile Yeterlilik ve Uygulanabilirlik puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,000$) (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin BÇSÖ, BOHHEÖ-Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik Ortalamaları Arasındaki Korelasyon (n=294)

	\bar{x}	Ss	1	2	3	4
BÇSÖ¹	85,80	13,740	1			
BOHHEÖ-Önemlilik²	319,93	33,931	0,345*	1		
BOHHEÖ- Yeterlilik³	291,01	42,360	0,332*	0,632*	1	
BOHHEÖ- Uygulanabilirlik⁴	267,29	53,673	0,311*	0,356*	0,754*	1

$p<0,01$

Hemşirelerin BÇSÖ, BOHHEÖ-Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik ortalamaları arasındaki korelasyon Tablo 14’de incelenmiştir. Hemşirelerin BÇSÖ puan ortalamaları ile BOHHEÖ-Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,000$) (Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Düzeyini Yordayan Değişkenler (n=294)

BÇSÖ	R²	t	F	p
BOHHEÖ-Önemlilik	0,345	5,745	39,443	0,000
BOHHEÖ- Yeterlilik	0,332	10,347	36,123	0,000
BOHHEÖ- Uygulanabilirlik	0,311	16,620	31,345	0,000
Çalıştığı bölüm	0,149	46,460	6,632	0,000

Araştırmaya katılan hemşirelerin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği toplam puanının BOHHEÖ önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik puanlarının üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Sonuç olarak, BOHHEÖ-Önemlilik puanı Barnett Çocuk Sevme Ölçeği toplam puanının en güçlü yordayıcısıdır (Tablo 15).

Hemşirelerin BÇSÖ düzeyini yordayan ilk değişken %35'lik varyansla "BOHHEÖ-Önemlilik"; ikinci değişken %33'lük varyansla "BOHHEÖ-Yeterlilik" ve üçüncü değişkenin ise %31 varyansla "BOHHEÖ-Uygulanabilirlik" olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte Barnett Çocuk Sevme Ölçeği puanını hemşirelerin çalıştıkları bölümün ise %15 varyansla yordadığı saptanmıştır ($p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Hemşirelik büyük bir özveri ve sevgi gerektiren meslektir. Çocuk klinikleri gibi özellikli birimlerde çalışan hemşireler için bu daha da önemlidir (112). Hemşirelerin çocuk sevme durumları çocukları daha kolay kabul etmelerine, birlikte vakit geçirirken hoşlanmalarına, onlarla iletişim kurarken daha dikkatli ve özenli davranmalarına neden olmaktadır (113). Aynı zamanda hemşire çocuğun ailesini hastanede çocuğun bakımına katılmaları yönünde desteklemelidir ve hemşirenin çocuğun ailesine karşı savunucu ve eğitici rolü vardır. Hemşire; aileyi bilgilendirirken, verilen eğitimin etkinliğini değerlendirirken, ailenin bakıma katılımını sağlarken açık iletişim kurmalı ve ulaşılabilir olmalıdır (114).

Yapılan çeşitli çalışmalar, hemşirelerin iletişim becerisi geliştirmesinin ve etkili kişilerarası ilişkiler kurmasının hastalar ve yakınları üzerinde hizmetten memnuniyetin artmasına, hastalık ve tedaviye uyum sürecinde iyileşme ve iyilik hali için motivasyonda artış gibi olumlu etkilerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır (23, 67,115-117).

Pediatri alanında çalışan hemşirelerin çocukları sevmesi, onlarla etkileşime girebilmesi, sabırlı, ilgili, esnek ve nazik yaklaşımli olması, onlarla iletişim kurarken de sakin kalabilmesi önemli özelliklerdir (118). Hemşirenin, bu süreçlerde aileyle işbirliği yapması gerekmektedir ve aile ile olan iletişim güçlendirilmelidir. Aile ile sağlanan işbirlikçi tutum sayesinde bakım planı ile takiplerde iyileşme sağlanır, sağlık hizmetlerinde çocuk ve ailelerin memnuniyet düzeyleri artar (119).

Bu bilgiler ışığında, yapılacak araştırma ile pediatri hemşirelerinin, bakım sürecinde hemşire-hasta etkileşimine ve çocuk sevme düzeylerine yönelik tutum ve davranışlarını belirleyerek, bu tutum ve davranışları etkileyen faktörlerin saptanması hedeflenmiştir.

Elde edilen bulgular pediatri hemşirelerinin;

- ✓ Tanıtıcı özelliklerini,
- ✓ BOHHEÖ'den elde edilen puanlar,
- ✓ BOHHEÖ'den elde ettikleri puanların bazı değişkenlerle karşılaştırılması,
- ✓ BÇSÖ'den elde edilen puanlar,
- ✓ BÇSÖ'den elde ettikleri puanların bazı değişkenlerle karşılaştırılması,
- ✓ Hemşirelerin BÇSÖ, BOHHEÖ-Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik ortalamaları arasındaki ilişkiyi içeren bölümler halinde tartışılmıştır.

Pediatric Nurses' Demographic Characteristics and Work Statuses Related to the Findings Discussion

Çalışma kapsamında hemşirelerin çoğunluğu (%90,1) kadın olup, %39,8' i 18-25 yaş arasında, %39,5'i ise 26-35 yaş arasındadır. Hemşirelerin yarısından çoğu (%56,8) bekârdır. %33,3'ü çocuk sahibi olup çocuğu olanların (n=98) %57,1'inin tek çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Hemşirelerin % 25,8' i lise ve ön lisans mezunu iken % 74,2'sinin'i lisans ve yüksek lisans mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Pediatric nurses' %55,1'i çocuk servisinde, %16'sı çocuk acilde, %28,9' u ise yoğun bakımda çalışmaktadır. Hemşirelerin çoğunluğu (%93,2) servis hemşiresi olarak çalışmakta olup, %6,8'i sorumlu hemşiredir. Hemşirelerin %42,9'u 1-5 yıldır hemşire olarak çalışmaktadır. Pediatric nurse as a work duration when viewed is; nurses' half of the 1-5 years working with children expressed. Nurses' %49,7'sinin haftada 40-48 saat, %50,3'ünün de haftada 49 saat ve üzerinde çalıştığı görülmekte olup, %87,4'ünün nöbet sistemi ile çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Pediatric Nurses' Care-Focused Nurse-Patient Interaction Scale and Sub-Dimension Average Scores Related Findings Discussion

Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ ve alt ölçek **önemlilik puan ortalamaları** incelendiğinde; bakım odaklı hemşire- hasta etkileşimine yönelik önemli bulma düzeylerinin toplam ölçek puan ortalaması 319,93±33,931 en yüksek ve en düşük alt boyut puanları sırasıyla; “gereksinimler” 46,89±4,869 ve “duyarlılık” 26,68±3,984 olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Atar (2012)'ın hemşirelik öğrencilerinin hasta-hemşire etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmada, BOHHEÖ önemlilik toplam puan ortalamasını 314,2±37,2; en yüksek alt boyut puanını “gereksinimler” ve en düşük puan ortalamasını ise “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (18).

Zaybak ve ark. (2014)' nın hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmada, BOHHEÖ önemlilik toplam puan ortalamasını 308,64±43,32; en yüksek alt boyut madde puanını “yardım edici ilişki” ve en düşük madde puan ortalamasını ise “öğretim” olduğunu bildirmiştir (116).

Bayraktar ve Eşer (2017)' in hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları değerlendirdiği çalışmada, BOHHEÖ önemlilik toplam puan ortalamasını $296,75 \pm 39.95$; en yüksek alt boyut madde puanını “yardım edici ilişki”, en düşük alt boyut madde puanını “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (117).

Kalender ve ark. (2016)' in hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada, BOHHEÖ önemlilik toplam puan ortalamasını 337.63 ± 23.18 ; en yüksek alt boyut madde puanını “gereksinimler” ve en düşük alt boyut madde puanını “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (120).

Yılmaz ve Çınar (2017)' in Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutumlarının incelenmesine yönelik çalışmada, BOHHEÖ önemlilik toplam puan ortalamasını 337.63 ± 23.18 ; en yüksek alt boyut madde puanını “gereksinimler”, en düşük alt boyut madde puanını “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (121).

Kim ve ark. (2008)' nin aile planlamasında hemşire-hasta iletişimini sağlayan faktörlere yönelik yaptıkları çalışmada hemşirenin hastaya olan yaklaşımının önemli olduğunu vurgulamışlardır (122).

Fortuno ve ark. (2017)' nin Filipinler'deki üçüncü basamak bir hastanede hemşire-hasta etkileşiminde bakımı etkileyen bileşenler: hastaların sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine yönelik yaptığı çalışmada bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminin önemli olduğunu, hastaların klinik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının bu şekilde karşılanması gerekliliğini ve tedavinin bakım odaklı hemşire- hasta etkileşimi ile en üst düzeye çıkabileceğini iletmişler (123).

Araştırma sonucuyla yapılan çalışmalar paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar pediatri hemşirelerinin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli bulduklarını, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarında önemlilik açısından “gereksinimler” boyutunu çok önemli olduğunu düşündüklerini, gereksinimlerin öncelikli olarak karşılanmasına yönelik bir yaklaşım sergiledikleri, fakat “duyarlılık” boyutunu az önemsedikleri söylenebilir.

Hemşire, bireye bakım verebilmesi için gereksinimlerine bilimsel bir yaklaşımla bütüncül olarak ele alınmalıdır ve bu gereksinimlerin önemini farkında olmalıdır (5). Hemşirelik mesleğinde yardım etmedeki ana amaçta, karşılıklı güven içerisinde etkili bir iletişim sağlayarak etkileşimi devam ettirmek, bireye bütüncül bir yaklaşımla ona odaklı değerlendirme yaparak, bakım gereksinimlerini tanımlayarak, planlama yapmak, uygulamak ve bireyin gereksinimlerini kendisinin karşılayabilir hale gelmesini sağlamaktır (65, 67, 116).

Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ ve alt boyut *yeterlilik puan ortalamaları* incelendiğinde; bu tutum ve davranışları uygulamada kendilerini yeterli hissetme düzeylerinin toplam ölçek puan ortalaması $291,01 \pm 42,360$, en yüksek ve en düşük alt boyut puanları sırasıyla; “gereksinimler” $43,29 \pm 6,511$ ve “duyarlılık” $23,97 \pm 4,537$ olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Atar (2012)’ in hemşirelik öğrencilerinin hasta-hemşire etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmada, BOHHEÖ yeterlilik toplam puan ortalamasını $280,4 \pm 40,3$; en yüksek alt boyut puanını “gereksinimler” ve en düşük puan ortalamasını ise “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (18).

Zaybak ve ark. (2014)’ nin hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmada, BOHHEÖ yeterlilik toplam puan ortalamasını $272,60 \pm 43,86$; en yüksek alt boyut madde puanını “yardım edici ilişki” ve en düşük madde puan ortalamasını ise “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (116).

Bayraktar ve Eşer (2017)’ in hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları değerlendirdiği çalışmada, BOHHEÖ yeterlilik toplam puan ortalamasını $265,07 \pm 46,12$; en yüksek alt boyut madde puanını “gereksinimler” ve en düşük madde puan ortalamasını ise “sorun çözme” olduğunu bildirmiştir (117).

Kalender ve ark. (2016)’ nin hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada, BOHHEÖ yeterlilik toplam puan ortalamasını $293,41 \pm 34,99$; en yüksek alt boyut madde puanını “gereksinimler” ve en düşük alt boyut madde puanını “sorun çözme” olduğunu bildirmiştir (120).

Yılmaz ve Çınar (2017)'ın hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutumlarının incelenmesine yönelik çalışmada yeterlilik puan ortalamasını 287.43 ± 44.05 ; en yüksek alt boyut madde puanını “gereksinimler” ve en düşük alt boyut madde puanını “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (121).

Hemşireler, gereksinimi olan hastaların bakımını vermek, problemlerini belirlemek, öncelik sırasına koymak, girişimlerde bulunmak, sonuçları değerlendirmek gibi birçok kararı vermek durumundadırlar ve bu yüzden hasta bakım kalitesini arttırmak, etkili hasta yararına yardım edici iletişim kurmak ve bireye yardım edebilmek için problem çözme becerilerini kullanmak durumundadır (1, 24, 122).

Aynı zamanda hemşirelerin yardım edici iletişim kurarken duyarlılık geliştirmesi gerekir. Bu sayede hem kendini hem de başkalarını anlama, algılama ve davranışlarını doğru değerlendirebilme yönünü ve empati kurma becerilerini geliştirebilirler (18, 124).

Araştırma sonucuyla yapılan çalışmalar paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar pediatri hemşirelerinin bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde kendilerini yeterli hissettiklerini, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarda en çok “gereksinimlerin” karşılanmasında kendilerini yeterli hissettiklerini ama “duyarlılık” alt boyutunda kendilerini yetersiz hissettikleri söylenebilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ ve alt boyut **uygulanabilirlik puan ortalamaları** incelendiğinde; bu davranışları uygulanabilir bulma düzeylerinin toplam ölçek puan ortalaması $267,29 \pm 53,673$ olduğu, en yüksek ve en düşük alt boyut puanları sırasıyla; “gereksinimler” $41,15 \pm 7,346$ ve “duyarlılık” $21,39 \pm 5,839$ olarak belirlenmiştir (Tablo 3).

Atar (2012)'ın hemşirelik öğrencilerinin hasta-hemşire etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmada, BOHHEÖ uygulanabilirlik toplam puan ortalamasını $272,6 \pm 50,1$; en yüksek alt boyut puanını “gereksinimler”, en düşük puan ortalamasını ise “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (18).

Zaybak ve ark. (2014)'nin hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmada, BOHHEÖ uygulanabilirlik toplam puan ortalamasını $262,93 \pm 52,46$; en yüksek alt boyut madde

puanını “yardım edici ilişki” ve en düşük madde puan ortalamasını ise “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (116).

Bayraktar ve Eşer (2017)’ in hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları değerlendirdiği çalışmada, BOHHEÖ uygulanabilirlik toplam puan ortalamasını $241,39\pm 48,95$; en yüksek alt boyut madde puanını “gereksinimler” ve en düşük madde puan ortalamasını ise “sorun çözme” olduğunu bildirmiştir (117).

Kalender ve ark. (2016)’ in hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada, BOHHEÖ uygulanabilirlik toplam puan ortalamasını 290.85 ± 42.11 ; en yüksek alt boyut madde puanını “gereksinimler” ve en düşük alt boyut madde puanını “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (120).

Yılmaz ve Çınar (2017)’ in hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutumlarının incelenmesine yönelik çalışmada, BOHHEÖ uygulanabilirlik toplam puan ortalamasını 276.89 ± 43.96 ; en yüksek alt boyut madde puanını “gereksinimler” ve en düşük alt boyut madde puanını “duyarlılık” olduğunu bildirmiştir (121).

Sağlık bakım sisteminde; bebek, çocuk, adölesan ve onların ailelerinin gelişimsel gereksinimlerini anlamak ve bu gereksinimlerin sağlık bakım sisteminde yer almasını sağlamak gerekmektedir. Çocuk-aile ve hemşire arasındaki işbirliği ve bilgi paylaşımı empatik bir ilişki kurulması sonucunda oluşmaktadır. Hemşirelerin ebeveyn katılımına karşı olumlu bir tutum içinde olmaları etkili ve başarılı bir bakım süreci uygulamalarını sağlayacaktır (125-127). Hemşirelerinin karşı tarafı anlama, algılama ve davranışlarını doğru değerlendirebilme yönünü ve empati kurma becerilerini geliştirebilmesi içinde duyarlılık geliştirmesi gerekmektedir (18, 124).

Araştırma sonucuyla yapılan çalışmalar incelendiğinde paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar pediatri hemşirelerinin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini uygulanabilir buldukları, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarda en çok gereksinimlerin karşılanmasını uygulanabilir buldukları ama duyarlılık alt boyutunun uygulanabilirliğini düşük buldukları şeklinde yorumlanabilir.

Pediatric Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin *BOHHEÖ- Önemlilik puan ortalamaları* ile sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı ve mezuniyet durumlarının hasta-hemşire etkileşimi önemlilik puanını etkilemediği belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4).

Araştırmanın sonucu incelendiğinde hemşirelerin yaşları arttıkça *BOHHEÖ- Önemlilik puan ortalamalarının* arttığı görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4). Literatür incelendiğinde; Bayraktar ve Eşer (2017)'in hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları değerlendirdiği benzer bir çalışmada da yaş arttıkça “önemlilik” boyutunda artış olduğu bildirilmiştir (117). Kara (2014)'nin çocuklarla çalışan hemşirelerin çocukları sevme durumlarının iletişim becerilerine etkisini incelediği çalışmasında da yaş düzeyi arttıkça iletişim becerisinin arttığı sonucunu bulmuştur (7).

Bu bulgular yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir. Ancak yapılan bazı çalışmalarda yaş ile iletişim becerileri arasında bu araştırma sonucunun aksine istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı sonucu bulunmuştur (53, 121, 128, 129).

Araştırmaya katılan hemşirelerin *BOHHEÖ - Yeterlilik puan ortalamaları* ile sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısının hasta-hemşire etkileşimi yeterlilik puanını etkilemediği belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelerin yaşları arttıkça *BOHHEÖ-Yeterlilik puan ortalamalarının* arttığı görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4). Bayraktar ve Eşer (2017)'in hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları değerlendirdiği benzer bir çalışmada da yaş arttıkça “yeterlilik” boyutunda artış olduğu sonucunu bulmuştur (117).

Bu araştırmanın bulguları da literatür ile paralellik göstermektedir. Bu durum hemşirelerin yaşları arttıkça, deneyim ve yetkinliklerinin de artması, bakımda hasta ile etkileşimi daha başarılı sürdürmeleri ve hasta etkileşiminin öneminin daha çok farkında olmaları ile açıklanabilir.

Hemşirelerin mezuniyet durumları ile BOHHEÖ-Yeterlilik puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; yüksek lisans mezunlarının, lise mezunu ve lisans mezunlarının puanına göre yeterlilik puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo4).

Bayrak (2010)'ın iç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişimde yaşadıkları güçlüklerin saptanmasına yönelik yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça sözel olmayan iletişimin hastanın iyileşme ve tedavi sürecinde daha etkili olduğunu bildirmiştir (130).

Manav (2008)'in hemşirelerin empatik eğilim ve becerilerinin değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi arttıkça hemşirelerin hastalarıyla olan iletişimlerinde zorluk yaşamalarının azalacağı sonucuna ulaşmıştır (25).

Sütcü (2009)'ün bir klinikte çalışan hemşirelerin empati becerileri ve etkileyen faktörlere yönelik yaptığı çalışmada da, eğitim düzeyi arttıkça iletişim becerilerinin ve empati kurma becerileri arttığını bildirmiştir (131). Gede (2005)'nin cerrahi servislerinde hasta hemşire ilişkisinin değerlendirilmesine yönelik yaptığı çalışmada da, hemşirelerin eğitim seviyesi yükseldikçe hasta ile iletişimlerinin daha iyi olduğu sonucu bulunmuştur (29).

Yapılan çalışmalar bu araştırmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Bu da eğitim seviyesi yükseldikçe hemşirelerin görev bilincinin farkına varmakta, görev ve yetkilerinin sınırlılıklarını bilmekte, gerek teorik bilgi, gerekse uygulama yönünde zenginleştirerek kendilerini yeterli hissetmelerini sağlamaktadır şeklinde yorumlanabilir. Aynı zamanda çocuk alanının özel bir alan olması da iletişimin önemini ve hemşirenin bu alanda kendini yeterli hissetmesinin gerekliliğini arttırmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin **BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puan ortalamaları** ile sosyo-demografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, yaş, çocuk

sahibi olma, çocuk sayısı ve mezuniyet durumlarının hasta-hemşire etkileşimi uygulanabilirlik puanını etkilemediği belirlenmiş olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelerin medeni durumları ile BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; evli olanların, bekar olanlara göre uygulanabilirlik puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,04$) (Tablo4).

Kara (2014) çocuklarla çalışan hemşirelerin çocukları sevme durumlarının iletişim becerilerine etkisini incelediği çalışmanın sonucunda; evli olanların çocuk sahibi olmaya sıcak baktıkları veya çocuk sahibi oldukları için çocukları daha çok sevebilecekleri ve çocuklarla kurdukları iletişimin şeklinin de sevgiden etkilendiğini bildirmiştir (7).

Balıkçı (2001)' nin hemşire hasta ilişkilerinin iletişim problemleri ve nedenleri hakkında hemşire görüşlerini değerlendirdiği çalışmada evli olanların tedaviyi anlatma oranları yüksek olduğu ve bekar olanlara göre evli olanların hastalara karşı daha sabırlı olabileceği sonucu bulunmuştur (42).

Bu araştırma sonucu diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Evli olanların bekar olanlara göre çocuklara bakım verme, gereksinimlerin farkında olma, empati kurma ve iletişime geçme düzeylerinin daha iyi olması beklenen bir durum olabileceği şeklinde yorumlanabilir. Ancak literatürde medeni durumun empati kurma ve iletişim becerilerini etkilemediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (53, 132, 133).

Pediatric Hemşirelerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Çalışma Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları bölüme göre **BOHHEÖ-Önemlilik puanları** karşılaştırıldığında; çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta-hemşire etkileşimi önemlilik puanının çocuk servis ve çocuk acilde çalışanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5).

Çocuk yoğun bakımda tedavi alan çocukların, çocuk acil ve çocuk servislerinde tedavi alan çocuklara göre bakım gereksinimlerinin daha yüksek olması ve ailelerinin sürekli yanında bulunma durumlarının hastane politikalarına yönelik değişiklik

göstermesi, çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde alt ölçek önemlilik boyutunun yüksek çıkmasına etken olabileceği düşünülebilir.

Aynı zamanda çocuk yoğun bakımda tedavi alan çocuklar diğer birimlerde tedavi alan çocuk hastalara göre hem fiziksel hem de duyuşsal olarak hemşireye daha bağımlı oldukları içinde pediatri hemşirelerinin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları söylenebilir.

Happ ve ark. (2011)' nın yoğun bakım ünitesinde hemşire-hasta iletişim etkileşimlerine yönelik yaptıkları çalışmada hemşirelerin hastalar ile iletişimini etkileyen faktörler incelenmiş ve en yüksek pozitif etkiyi hastalar ile kurulan göz temasının oluşturduğunu, açık uçlu soruların ve isim ile hitap etmeninde önemli olduğunu iletilmişler (134).

Ancak, Bayraktar ve Eşer (2017)' in hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları değerlendirdiği çalışmada bu araştırma sonucunun aksine istatistiksel olarak hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre ölçek ve tüm alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (117). Bu çalışmaların araştırmanın aksine farklı olması araştırma yapılan alanın özel bir grup olan çocuklar ile yapılmış olmasına bağlanabilir.

Hemşirelerin meslekte çalışma yılları arttıkça, hasta-hemşire etkileşimi önemlilik puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Bir yıldan daha az süredir çalışan hemşirelerin diğer gruplara göre puanının düşük olduğu belirlenmiş olup, gruplar arasındaki farkın bu gruptan kaynaklandığı saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 5).

Bayraktar ve Eşer (2017)' in hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları değerlendirdiği benzer bir çalışmada meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları sonucu bulunmuştur (117). Kumcağız ve ark. (2011)' nın hemşirelerin iletişim becerilerine yönelik yaptığı çalışmada, çalışma yılı fazla olan hemşirelerin genel iletişim becerilerinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur (128). Bu bulgular yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir. Öte yandan Avcı ve ark. (2012)'nin temel sağlık hizmetlerinde çalışan ebelerin iletişim becerilerine yönelik

yaptığı çalışmada, çalışma süresi artıkça iletişim becerilerinin azaldığı sonucunu bildirmiştir (129).

Araştırma sonucumuzun aksine; Sorucuoğlu ve Tüfekçi (2015)' nin pediatri hemşirelerinde mesleki profesyonel değerler üzerine yaptığı çalışmada da hemşirelerin çalışma yılının profesyonelliklerini etkilemediğini bildirmiştir (135). Kaya (2011)' nin hemşirelerin iletişim ve empatik beceri düzeyleri ile hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarının karşılaştırılmasına yönelik yaptığı çalışmada ve Sevimligül (2002)' ün hemşirelerin empatik eğilim ve empatik beceri düzeylerinin incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada da iletişim ve empati kurma düzeyleri çalışma yılı artıkça etkilenmediği sonucu bulunmuştur (53, 136).

Araştırmaya katılan hemşirelerin pediatri hemşiresi olarak çalışma yılları artıkça hemşirelerin hasta-hemşire etkileşimi önemlilik puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Bir yıldan daha az süredir çalışan hemşirelerin diğer gruplara göre puanının düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5).

Pediatri hemşireleri çocukların fiziksel, duyuşal ve sosyal yönden gelişim farklılıklarını anlamalı ve bakım gereksinimlerini bu doğrultuda planlamalı, uygulamalı ve her zaman geliştirmeye ve gelişmeye açık olmalıdır. Bu yüzden pediatri hemşiresi olarak çalışma yılı fazla olan hemşirelerin, çocukların ihtiyaçlarının belirlenmesindeki yaşantı deneyimlerinden etkileneceği düşünülürse, bakım odaklı hemşire hasta etkileşimlerini önemli bulmaları beklenen ve istenen bir sonuçtur.

Aynı zamanda bir yıldan az pediatri hemşiresi olarak çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminin önemliliğini düşük bulmaları yeni mezun olmalarına ve deneyimlerinin az olmalarından kaynaklandığı yorumu yapılabilir. Bu süreçte yeni mezun hemşireler deneyim yılı fazla olan hemşireler tarafından desteklenirse çalışma yılı artıkça bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminin öneminin de artması beklenen bir sonuç olur.

Literatür incelendiğinde; Godinez ve ark. (1999)' nin mezuniyetten hemşirelik rolüne geçiş üzerine yaptığı çalışmasında rehber hemşirelik sürecinin uygulanmasının yeni mezunların hemşirelik rolüne geçiş sürecini etkilediğini ve iletişimin önemli bir faktör olduğunu vurgulamıştır. Yeni mezun hemşirelerin profesyonel rolüne geçişi, dinamik bir etkileşim süreci olarak tanımlanmıştır (137).

Oermann ve Garvin (2002)' in yeni mezunların hastane ortamındaki stres ve zorluklarına yönelik yaptığı çalışmada da, yeni mezunların en sıklıkla belirttiği stresler; güven eksikliğine bağlı olarak kendini yetersiz hissetme, artan iş yükü ve sorumluluklar nedeniyle hata yapma korkusu, yardım etmeye isteksiz hemşirelerle çalışma olarak saptamıştır (138).

İleri (2007)' nin yeni mezun hemşirelerin profesyonel rollerine geçiş süreci algısı ve etkileyen etmenlerin incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada da yeni mezun hemşirelerin, hemşireliği geçiş sürecini zor olarak algıladıkları sonucu bulunmuştur (139).

Araştırmaya katılan hemşirelerin **BOHHEÖ- Yeterlilik puan ortalamaları** ile çalışma özellikleri karşılaştırıldığında; çalıştığı bölüm, görevi, haftalık çalışma saati ve çalışma şeklinin hasta-hemşire etkileşimi yeterlilik puanını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 5).

Hemşirelerin meslekte çalışma ve pediatri hemşiresi olarak çalışma yılları arttıkça hemşirelerin hasta-hemşire etkileşimi yeterlilik puan ortalamalarının arttığı belirlenmiştir. Bir yıldan daha az süredir ve 1-5 yıldır çalışan hemşirelerin diğer gruplara göre puanının düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 5). Bu sonuca göre deneyimli çalışma süresi arttıkça bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde hemşirelerin kendilerini yeterli hissettikleri aynı zamanda tutum ve davranışlarının da olumlu yönde arttığı söylenebilir.

Literatür incelendiğinde; Bayraktar ve Eşer (2017)' in hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları değerlendirdiği benzer bir çalışmada, meslekte çalışma süresi fazla olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde kendilerini yeterli hissettikleri; Kumcağız ve ark. (2011)'nin hemşirelerin iletişim becerilerine yönelik yaptığı çalışmada, çalışma yılı fazla olan hemşirelerin genel iletişim becerilerinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuş (117, 128).

Felsmann ve ark. (2015)'nin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimi ölçeği kullanılarak hemşirelik öğrencilerinin koşullarının düzenlenmesine yönelik yapılan çalışmada, yetkinlik gelişiminin kişisel özelliklerden ve mesleki deneyimlerden etkilendiğine ve belirli yeterliliklerin düzeylerinin ancak eğitim düzeylerini arttırdıklarında ve meslekte çalışma yılları arttıkça oluşacağına inanılmaktadır (140).

Bu bulgular yapılan araştırma ile benzerlik göstermektedir; fakat araştırma bulgusunun aksine Avcı ve ark. (2012)' nin temel sağlık hizmetlerinde çalışan ebelerin iletişim becerilerine yönelik yaptığı çalışmada, çalışma süresi arttıkça iletişim becerilerinin azaldığı ve Sorucuoğlu ve Tüfekçi (2015)' nin çocuk hemşirelerinde mesleki profesyonel değerler üzerine yaptığı çalışmasında, hemşirelerin çalıştığı kurum ve bölüm, hemşirelik ve pediatri hemşireliği deneyimine göre profesyonellik düzeyleri arasındaki fark önemsiz bulunmuştur (126, 135).

Pediatric Hemşirelerinin BÇSÖ Puan Ortalamasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin BÇSÖ puan ortalamasının (85,80±13,74) yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Literatür incelendiğinde; Kara (2014)' nin çocuklarla çalışan hemşirelerin çocukları sevme durumlarının iletişim becerilerine etkisini incelediği çalışmada BÇSÖ puan ortalaması 82,81±13,00; Erdem ve Duyan (2011)' in pediatri hemşirelerinin çocuk sevme düzeylerine etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada BÇSÖ puan ortalaması 82,07±16,35 olarak bulunmuştur ve çocuk sevme puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (7, 141).

Kostak (2013)' in hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin çocuk sevme durumları, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinin çocuk sevme durumlarına etkisi ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmada, BÇSÖ puan ortalamasının 82.35±14.90 olduğu ve Aşçı ve ark. (2017)' nin hemşirelik öğrencilerinin çocuk sahibi olmaya yönelik görüşleri ve çocuk sevme durumlarının incelendiği çalışmada, BÇSÖ puan ortalamasının 82.66±15.19 olduğu ve bu araştırmanın sonucuna benzer şekilde çocuk sevme düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (113, 142).

Aynı zamanda hemşirelik dışında çocukla çalışan farklı meslek grupları da incelendiğinde de çocuk sevme düzeyleri yüksek bulunmuştur (143-145).

Çocuklarla bir arada olmayı gerektiren meslek gruplarında iletişim becerilerinin şekli çocuklara karşı davranışları ve tutumları etkileyebilir (7). Hemşirelerin çocukları sevme düzeylerinin yüksek oluşu, özellikle bakım gereksinimi fazla olan hasta

çocuklarla hemşire-hasta etkileşimini arttıracığı düşünülürse, iyileşme sürecine katkı sağlayabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Pediatric Hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyo Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin BÇSÖ puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı ve mezuniyet durumları arasında istatistiksel olarak fark yoktur (Tablo 7) ($p>0,05$).

Literatür incelendiğinde Erdem ve Duyan (2011)'in pediatri hemşirelerinin çocuk sevme düzeylerine etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada ve Büyük ve ark. (2014)'nin çocuk ve erişkin kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk sevme ve çocuk yetiştirme tutumlarını incelediği çalışmada, eğitim düzeyi, yaş ve çocuk sahibi olma durumlarının çocuk sevme düzeyini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (118, 141).

Kara (2014)'nin çocuklarla çalışan hemşirelerin çocukları sevme durumlarının iletişim becerilerine etkisini incelediği çalışmada, eğitim düzeyi, yaş ve medeni durumun çocuk sevme düzeyini etkilemediği sonucu bildirilmiştir (7).

Farklı meslek gruplarında yapılan çalışmalar incelendiğinde, Gelbal ve Duyan (2010)'in ilköğretim öğretmenlerinin çocuk sevme durumlarına etki eden değişikliklerin incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada, cinsiyete ve sahip olunan çocuk sayısının çocuk sevmeyi etkilemediği sonucunu iletmiştir (143).

Ceylan (2017)'nin okul öncesi öğretmenlerinin çocuk sevme düzeyleri ile iletişim becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada, yaş, medeni hal, sahip olunan çocuk sayısı, mesleki kıdem, sınıf mevcudu, çalışılan yaş grubu değişkenlerinin çocuk sevme düzeyini etkilemediği sonucu bildirilmiştir (145).

Çocuk ile çalışan meslek gruplarının bazı önemli özelliklere sahip olması beklenir. Bu özelliklerin başında çocuk sevgisi gelir ve pediatri alanında çalışan hemşirelerin çocukları sevmesi, onlarla etkileşime girebilmesi, sabırlı ve ilgili olması aynı zamanda iletişimi doğru kurabilmesi, esnek, nazik olması ve sakin kalabilmesi gibi özellikleri de taşıması gerekir (118). Bu özelliklerin oluşabilmesi de sevgiyle başladığı

için sevmeyi cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuğu olanların çocuk sayısı ve mezuniyet durumlarından etkilenmemiş olabileceği söylenebilir.

Pediatric Hemşirelerinin Barnett Çocuk Sevme Ölçeği Puan Ortalamalarının Çalışma Koşullarına İlişkin Bulguların ve Hemşirelerin Çocuk Sevme Düzeyini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Barnett Çocuk Sevme Ölçeği puan ortalamaları hemşirelerin çalıştıkları servise göre incelendiğinde; çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çocuk servisi ve çocuk acilde çalışan hemşirelere göre ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 8-9).

Çocuklar normal gelişim basamaklarını tamamlarken, çeşitli kazalar veya hastalıklar nedeniyle hasta deneyimi ile karşılaşabilirler ve yaşantıları normal gidişinde giderken aniden kendilerini hiç bilmedikleri, tanımadıkları ve ağırlı işlemlerin olduğu bir ortamda bulabilirler (85). Hastanede yatan çocuğun primer bakım vericisi olan hemşirenin çocuğa yaklaşımı çocuğun tedavi ve bakım sürecini etkileyeceği gibi, daha sonraki hayatı için önemli bir deneyim olarak aktarılacaktır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çocuk sevme düzeylerinin daha yüksek olması, yoğun bakım sürecinde olan çocukların sevgiye ve ilgiye daha fazla ihtiyacının olabileceği gibi bir yargı oluşmasından ya da yoğun bakımda pediatrik hastaların uzun dönem yatışlarının olmasına bağlı hemşire-hasta etkileşimin artmış olabileceği şeklinde açıklanabilir.

Araştırma bulgusunun aksine, Büyük ve ark. (2014)' nin çocuk ve erişkin kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk sevme ve çocuk yetiştirme tutumlarını incelediği çalışmada çalışılan birime yönelik çocuk sevme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Bu durum çalışmanın farklı hasta grubunda çalışan hemşireler ile yapılmış olmasına yorumlanabilir (118).

Hemşirelerin çalıştıkları servisteki görevleri, hemşire olarak çalışma yılı, pediatri hemşiresi olarak çalışma yılı, haftalık çalışma saati ve çalışma şekillerinin çocuk sevme puan ortalamalarını etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 8).

Büyük ve ark. (2014)' nin çocuk ve erişkin kliniklerinde çalışan hemşirelerin çocuk sevme ve çocuk yetiştirme tutumlarını incelediği çalışmada, hemşirelerin çalıştığı bölüm, çalışma yılı ve süresi ile çocuk sevme puanları arasında anlamlı bir ilişki

bulunmamış ve Erdem ve Duyan (2011)' ın pediatri hemşirelerinin çocuk sevmeye düzeylerine etki eden faktörlerin incelenmesine yönelik yaptığı çalışmada da, çalışma yılının çocuk sevmeyi etkilemediği sonucu bulunmuştur (118, 141).

Hemşirelerin BOHHEÖ-Önemlilik Düzeyini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları, çalıştıkları bölüm, çalışma yılı, pediatri servisinde çalışma yılı ve haftalık çalışma saatlerinin BOHHEÖ- Önemlilik puan ortalaması için anlamlı yordayıcılar olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 10).

Literatür incelendiğinde yapılan bazı çalışmaların sonuçları araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir (7, 117, 128, 134). Ancak anlamlı fark olmadığını ileten çalışma sonuçlarında iletilmiştir (53, 129, 135, 136). Çocuk yoğun bakımda çalışan, yaşı ileri olan, çalışma yılı ve pediatri servisinde çalışma yılı fazla olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları söylenebilir.

Hemşirelerin BOHHEÖ-Yeterlilik Düzeyini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları, çalışma yılı ve pediatri servisinde çalışma yıllarının BOHHEÖ- Yeterlilik puan ortalaması için anlamlı yordayıcılar olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$) (Tablo 11).

Literatür incelendiğinde yapılan bazı çalışmaların sonuçları araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir (7, 117, 128, 140). Ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ileten çalışma sonuçlarında iletilmiştir (129, 135).

Bu araştırma sonucuna göre hemşirenin yaşının artması, eğitim düzeyinin yüksek oluşu, deneyimli çalışma süresinin ve pediatri hemşiresi olarak çalışma yılının fazla olması, bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde hemşirelerin kendilerini yeterli hissetmelerine, aynı zamanda tutum ve davranışlarının da olumlu yönde artış göstermiş olduğuna yorumlanabilir.

Hemşirelerin BOHHEÖ-Uygulanabilirlik Düzeyini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarının BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puan ortalaması için anlamlı bir yordayıcılar olduğu saptandı ($p<0,05$)

(Tablo 12). Evli olanların, bekar olanlara göre bakım verme, farkında olma, empati kurma ve iletişime geçme düzeylerinin daha iyi olması beklenen bir durum olabileceği şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırma sonucu yapılan diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir (7, 53). Ancak yapılan bazı çalışmalarda medeni durum ile empati kurma ve iletişim becerileri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirtilmiştir (53, 132, 133).

Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği Önemlilik, Yeterlilik ve Uygulanabilirlik Toplam Puanları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin BOHHEÖ “Önemlilik” puan ortalamaları ile “Yeterlilik” ve “Uygulanabilirlik” puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,000$) (Tablo 13).

Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışların incelendiği çalışmalarda önemlilik puanı arttıkça, yeterlilik ve uygulanabilirlik puanının arttığı; yeterlilik puanının arttıkça da uygulanabilirlik puanlarının arttığı sonucu bulunmuştur (18, 120, 121).

Zaybak ve ark. (2014)’ nin hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirdiği çalışmada ve Bayraktar ve Eşer (2017)’ in çalışmasında bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminin önemlilik boyutunun, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarına göre daha olumlu olduğu bulunmuş ve bu durumun hemşirelerin iş yükünün fazla olmasından kaynaklanabileceği yorumu yapılmıştır (116, 117).

Mohammed ve Dorothy (2014)’ nin Nijerya’nın bir eyaletinden seçtikleri sağlık kuruluşlarındaki hastaların hemşirelik bakımı algısının değerlendirilmesine yönelik yaptıkları çalışmada, hemşire-hasta ilişkisi ile hemşirelik hizmetleri arasında güçlü, direk ve pozitif yönde bir ilişki saptanmış ve bu ilişkinin olumlu ve tatmin edici olduğu iletilmiş (146).

O’Hagan ve ark. (2014)’ nin yaptıkları çalışmada hastalar ile iletişimin kuvvetlendirilmesi için dört ana tema oluşturulmuştur. Bunlar: hasta merkezli yaklaşım, hasta bakımı, hastalara karşı tutum ve davranışlar, hastalarla iletişimde ve etkileşimde

kullanılan tekniklerdir. Bu çalışmada özellikle hemşire-hasta etkileşiminde hemşirelerin iletişim becerilerinin etkin uygulanması üzerine dikkat çekilmiştir (147).

Bu araştırma bulgusuna göre; BOHHEÖ- önemlilik düzeyinin artışı ile diğer düzeylerde artış görülmesi, beklenen ve istenilen bir sonuçtur. Bu araştırma bulgusunda hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının olumlu yönde olduğunu ve bununla birlikte, hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi önemlilik puanı arttıkça, yeterlilik ve uygulanabilirlik puanının arttığı ve yeterlilik puanı arttıkça da uygulanabilirlik puanlarının arttığı söylenebilir.

Hemşirelerin BÇŞÖ, BOHHEÖ-Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik Ortalamaları Arasındaki Korelasyona İlişkin Bulguların ve Hemşirelerin Çocuk Sevme Düzeyini Yordayan Değişkenlere İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin BÇŞÖ puan ortalamaları ile BOHHEÖ-Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,000$) (Tablo 14).

Araştırmaya katılan hemşirelerin BÇŞÖ toplam puanının BOHHEÖ önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik puanlarının üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Sonuç olarak, BOHHEÖ-Önemlilik puanı BÇŞÖ toplam puanının en güçlü yordayıcısı olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Kara (2014)' nın çocuklarla çalışan hemşirelerin çocukları sevme durumlarının iletişim becerilerine etkisini incelediği çalışmada, çocuk sevme düzeyi yüksek olan hemşirelerin iletişim becerilerinin daha iyi olduğu sonucu bulunmuştur (7). Kourkouta ve Papathanasiou (2014)' nın hemşirelik uygulamalarında iletişime yönelik yazdıkları derlemede hasta hemşire arasında oluşturulan güçlü iletişimin hastanın iyileşme sonuçlarına olumlu etki yapacağı, hemşirelerin bu süreçte kibar, sevecen ve samimi davranmaları ile de bakımın iyileşeceğini ve hastaların beklentilerinin karşılanacağını söylemişlerdir (148).

Çocuk sevme düzeyleri ile iletişim becerileri arasındaki ilişkinin incelendiği diğer çalışmalarda da, çocuk sevme düzeyleri arttıkça çocuklarla olan iletişim becerilerinin de artma eğiliminde olduğu sonucu bulunmuştur (144, 145).

Parlayan ve Dökme (2016)' nin özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin değerlendirilmesine yönelik çalışmada hastalar hemşirelere karşı olumsuz bir düşüncelerinin olmadığını, hemşirelerin kendilerini anladıklarını ve beklentilerinin yüksek oranda karşılandığı sonucunu bulmuşlardır. Bu sonuca göre hemşire hasta etkileşiminin yeterli düzeyde sağlanabildiği söylenebilir (149).

Hasta memnuniyeti, verilen hizmetin hastaların gereksinimlerinin karşılanma düzeyine ve kişilerin hizmet algısına dayanır. Memnuniyetin temelinde hemşire-hasta birlikteliği vardır (150). Bu memnuniyetin artması ve gereksinimlerin zamanında karşılanması da güven oluşmasına sağlar.

Hemşireler diğer sağlık gruplarının dışında sürekli hastanın yanında yer alan, bireyin sağlığını sürdürmesi ve rehabilitasyonunda önemli görevleri bulunan sağlık ekibi üyeleridir (150). Çocukların hastane içerisinde en fazla ilişki kurduğu kişiler hemşirelerdir. Çocuklar hemşirelerden anneleriymiş gibi şefkat beklerler ve ona güvenmek ve ondan güzel sözler duymak isterler. Sevgi ve ilgi çocuğun iyileşmesinde önemli bir unsurdur (15).

Araştırma bulgusu ve benzer çalışma sonuçları doğrultusunda; çocuk sevme düzeyi yüksek olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire hasta etkileşimini önemli buldukları ve tutum ve davranışlarının da olumlu olduğu, bu alanda kendilerini yeterli hissettikleri ve uygulanabilir buldukları görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Pediyatri hemşirelerinin bakım odaklı hemşire- hasta etkileşimlerine yönelik tutum ve davranışları ve çocuk sevme düzeylerinin belirlenmesi ve yorumlanması amacıyla gerçekleştirilen araştırmanın sonuçları incelendiğinde;

Araştırma sonucunda;

Hemşirelerin çoğunluğu kadın olup, %39,8'i 18-25 yaş grubundadır. Hemşirelerin yarısından çoğu bekar. %33,3'ünün çocuğu vardır. Hemşirelerin %65'i lisans mezunudur.

Hemşirelerin %55,1'i çocuk servisinde, çalıştığı, hemşirelerin çoğunluğunun servis hemşiresi olduğu ve %42,9'unun 1-5 yıldır hemşire olarak çalıştığı belirlendi. Hemşirelerin yarısının 1-5 yıldır çocuklarla çalıştığı, hemşirelerin %49,7'si haftada 40-48 saat ve %87,4'ünün nöbet sistemi ile çalıştığı belirlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ ve alt boyut önemlilik puan ortalamaları incelendiğinde; toplam ölçek puanı 319,93±33,931, yeterlilik puan ortalamaları toplam ölçek puanı 291,01±42,360; uygulanabilirlik puan ortalamaları toplam ölçek puanı 267,29±53,673; olarak belirlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin *BOHHEÖ-Önemlilik puan ortalamaları* ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; yaş grupları ile anlamlı ($p<0,05$); cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı ve mezuniyet durumları ile istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin *BOHHEÖ-Yeterlilik puan ortalamaları* ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı ile istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulundu ($p>0,05$). Yaş ve mezuniyet durumlarının ise BOHHEÖ-Yeterlilik puan ortalamasını etkilediği belirlendi ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin *BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puan ortalamaları* ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; medeni durum dışında ($p<0,05$) cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı ve mezuniyet durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulundu ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin *BOHHEÖ-Önemlilik puan ortalamaları* ile çalışma özellikleri karşılaştırıldığında; görevi, haftalık çalışma saati ve çalışma şeklinin hasta-hemşire etkileşimi önemlilik puanını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$). Çalıştıkları bölüm, meslekte çalışma yılları ve pediatri hemşiresi olarak çalışma yıllarının ise önemlilik puanını etkilediği belirlendi ($p<0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin *BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puan ortalamaları* ile çalışma özellikleri karşılaştırıldığında; çalıştığı bölüm, görevi, çalışma yılı, çocuk hasta ile çalışma yılı, haftalık çalışma saati ve çalışma şeklinin hasta-hemşire etkileşimi uygulanabilirlik puanını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Hemşirelerin Çocuk Sevme Ölçeği puan ortalaması $85,80\pm 13,74$ olarak belirlendi.

Hemşirelerin çocuk sevme puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, çocuğu olanların çocuk sayısı ve mezuniyet durumları arasında anlamlı fark olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Çocuk Sevme Ölçeği puan ortalamaları hemşirelerin çalıştıkları servise göre incelendiğinde; çocuk yoğun bakımda çalışan hemşirelerin çocuk sevme puanlarının daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$). Çalıştıkları servisteki görevleri, hemşire olarak çalışma yılı, pediatri hemşiresi olarak çalışma yılı, haftalık çalışma süresi ve vardiya şekillerinin çocuk sevme puan ortalamalarını etkilemediği belirlendi ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları bölümlerin Çocuk Sevme Ölçeği puan ortalaması için anlamlı bir yordayıcı olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları, çalıştıkları bölüm, çalışma yılı, pediatri hemşiresi olarak çalışma yılı ve haftalık çalışma sürelerinin BOHHEÖ-Önemlilik puan ortalaması için anlamlı yordayıcılar olduğu belirlendi. En güçlü yordayıcı %25'lik varyansla yaş olduğu belirlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaşları, mezuniyet durumu, çalışma yılı ve pediatri hemşiresi olarak çalışma yıllarının BOHHEÖ-Yeterlilik puan ortalaması için anlamlı yordayıcılar olduğu belirlendi. Yine yaş %27'lik varyansla en güçlü yordayıcı olarak belirlendi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin medeni durumlarının BOHHEÖ-Uygulanabilirlik puan ortalaması için anlamlı bir yordayıcı (%15) olduğu saptandı.

Araştırmaya katılan hemşirelerin Çocuk Sevme Ölçeği toplam puanının BOHHEÖ önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik puanlarının üzerinde anlamlı yordayıcılar olduğu saptandı. Sonuç olarak, BOHHEÖ-Önemlilik puanı (%35) Çocuk Sevme Ölçeği toplam puanının en güçlü yordayıcısı olduğu belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hastane yönetimi tarafından çocuk hastaya bakım veren hemşire için; hemşire çocuk ve ebeveyn etkileşimindeki olumlu tutum ve davranışları geliştirmek ve iyileştirmek amaçlı interaktif eğitimlerin planlanması,
- Pediatri hemşireleri ile çocuk ve aileyi de kapsayan; tüm yönlerden bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin gereksinimleri ve görüşleri belirlemeyi amaçlayan nitel araştırmaların planlanması ***önerilebilir.***

KAYNAKLAR

1. Özcan A. *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*, Sistem Ofset Yayınları, Ankara, 2006.
2. Atar NY, Aştı T. “Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerliği”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2012, 2(20): 129-139.
3. Çavuşoğlu H. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*, Sistem Ofset Basım Yayın, Ankara, 7. Baskı, 2002.
4. Yurt SA. *Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi (Tez)*. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1999.
5. Velioglu P. *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*, Akademi Basım ve Yayıncılık, 2. Baskı, İstanbul, 2012.
6. Törüner EK, Büyükgönenç L. *Çocuk Sağlığı, Temel Hemşirelik Yaklaşımları*, Göktaş Yayıncılık, 2015.
7. Kara S. *Kocaeli İlinde Çocuklarla Çalışan Hemşirelerin Çocukları Sevme Durumlarının İletişim Becerilerine Etkisi (Tez)*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi; 2014.
8. Beytut Ş, Bolşık B, Solak U, Seyfioğlu U. “Çocuklarda Hastaneye Yatma Etkilerinin Projektif Yöntem Olan Resim Çizme Yoluyla İncelenmesi”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2(3): 35-44.
9. Biket PA. *Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Tasarım Rehberi ve Tasarım Destek Modeli (Tez)*. Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Mimarlık Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2012.
10. Eren N, Uyer G. *Sağlık Meslek Tarihi ve Ahlakı*, Hatiboğlu Yayınevi, 4. Basım, Ankara, 1991.
11. Tokat G. *Pediyatrik Kardiyovasküler Cerrahi Yoğun Bakım Ünitelerinde Ebeveyn Memnuniyetinin Değerlendirilmesi (Tez)*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
12. Ovacık ÖN. *Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Çocuğu Yatan Ebeveynlerin Tanımladığı Gereksinimlerin Hemşire ve Hekimler Tarafından Algılanması*

- (Tez). Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2012.
13. Uludağ A. *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkmada Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi (Tez)*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2008.
 14. Al-Ma'aitah R, Gharaiheh M. “Perceptions of Jordanian Children About Nurses”, *Pediatric Nursing*, 1996, 22(2): 126-129.
 15. Akkavak DT. *Hastanede Yatan Okul Çağı Çocukların Hemşireyi ve Hastaneyi Algılama Durumlarının İncelenmesi (Tez)*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek lisans Tezi; 2015.
 16. Erdemir F, Pınar G. “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersi Uygulamasındaki Deneyimlerin Çocuk Hemşireliğinin Çağdaş Rol ve İşlevlerine Uygunluğu”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2004, 7(2): 66-75.
 17. Babadağ K. *Hemşirelik ve Değerler*, Alter Yayıncılık, Ankara, 2010.
 18. Atar NY. *Hemşirelik Öğrencilerinin Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları (Tez)*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Tezi; 2012.
 19. Dinç L. “Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu”, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010: 74–82.
 20. Fortuno AF, Oco DB, Clores MA. “Influential Components of Caring Nurse-Patient Interaction (CNPI) in A Tertiary Hospital in The Philippines: Towards Improving Health Outcomes of Patients”, *International Journal of Nursing Science*, 2017, 7(4): 84-90.
 21. Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B. “Bakım: Kavram Analizi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4(3):137-140.
 22. Uyer G. “Hemşire-Hasta İletişimi ve İletişimin Hasta Yönünden Önemi”, *T Klin J Med Ethics*, 2000, 8: 90-94.
 23. Babadağlı B, Erim SE, Erdoğan S. “Hekimlerin ve Hemşirelerin Hastayla İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi”, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1(3): 52-69.
 24. Birol L. *Hemşirelik Süreci*, Etki Yayınevi, İzmir, 2007.

25. Manav Aİ. *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Becerilerinin Değerlendirilmesi (Tez)*. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
26. Loghmani L, Borhani F, Abbaszadeh A. “Factors Affecting The Nurse-Patients’ Family Communication in Intensive Care Unit of Kerman: A Qualitative Study”, *Journal Caring Sciences*, 2014, 3(1): 67-82.
27. Maskor NA, Krauss SE, Muhamad M, Mahmood NHN. “Communication Competencies of Oncology Nurses in Malaysia”, *Asian Pacific Journal Cancer Prev.*, 2013, 14(1): 153-158.
28. Yurt SA. *Hemşirelik Hizmetlerinin Hasta Doyumu Üzerine Etkisi (Tez)*. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1999.
29. Gede F. *Cerrahi Servislerinde Hasta-Hemşire İlişkisinin Değerlendirilmesi (Tez)*. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi; 2005.
30. Çiftçioğlu N. *Çocuk Gelişimi ve Ergenlik Dönemi*, Çıra Yayınları, İstanbul, 2007.
31. Yörükoğlu A. *Çocuk Ruh Sağlığı*, Özgür Yayınları, 32. Basım, İstanbul, 2012.
32. Mcallister DJ. “Affect and Cognition-Based Trust as Foundations for Interpersonal Cooperation in Organizations”, *Academy Of Management Journal*, 1995, 38(1): 24-59.
33. Yılmaz RH. *Takım Üyelerinin Güven Duygusu ve Verimlilik Arasındaki İlişkiler (Tez)*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
34. Rortveit K, Hansen BS, Leiknes I, Joa I, Testad I, Severinsson E. “Patients’ Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship-A Systematic Review of Qualitative Studies”, *Open Journal of Nursing*, 2015, 5: 195-209.
35. Orlando IJ. *Hemşire Hasta İlişkisinde Kişiler Arası Süreçler*, (Çeviren; Özcan A, Nurgül P.) Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1984.
36. Kılıç M. *Sağlık Kurumlarında İletişim: Hasta-Sağlık Personeli İletişimi (Tez)*. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi ABD Yüksek Lisans Tezi; 2014.
37. Pala A. “Öğretmen Adaylarının Empati Kurma Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2008, 23(1): 13-23.

38. Üstün B. “Çünkü İletişim Çokşeyi Değiştirir!”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8(2): 88-94.
39. Serimoğlu N. *Etkili İletişim*, Cinius Yayınları, İstanbul, 2013.
40. Khemesh S. *Effective Communication Techniques*, 2017, https://www.academia.edu/32002359/ETK%C4%B0L%C4%B0_%C4%B0LET%C4%B0C5%9E%C4%B0M_TEKN%C4%B0KLER%C4%B0.pdf, Erişim: 22 Eylül 2017.
41. Terakye G. *Hasta Hemşire İlişkileri*, Aydoğdu Ofset, 4. Basım, Ankara, 1995.
42. Balıkcı NE. *Hemşire Hasta İlişkilerinde İletişim Problemi ve Nedenleri Hakkında Hemşire Görüşleri Ç.Ü. Balcalı Hastanesi (Tez)*. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2001.
43. Petrie P. *Communication Skills for Working With Children and Young People*, By Jessica Kingsley Publishers, London, 2011.
44. Seden J. *Communicate and Engage: Relevant Counselling Skills*, Editor: Barrett S, Komaromy C, Robb M, Rogers A. *Communication, Relationships and Care A Reader*, Routledge, London, 2004: 215-219.
45. Okay A. *Sağlık iletişimi*, Mediacat Kitapları, 2. Baskı, İstanbul, 2012.
46. M.E.B. *Hasta ve Yaşlı Hizmetleri*, Engelli Bakım Hizmetlerinde İletişim. Ankara, 2013.
47. Tuna Hİ. *Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Hemşire Hasta İletişimine Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi (Tez)*. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
48. Çelik F. *Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ve Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma (Tez)*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
49. Kömürcü N. *Perinatoloji Hemşireliği*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul Sağlık Müdürlüğü, 1. Baskı, İstanbul, 2010.
50. Yıldırım NK. *Sağlık Bakım Profesyonelleri ile Sağlık ile Hasta İletişimi*, Editör: Sabuncu N, Ay FA, Klinik Beceriler: Sağlık Değerlendirilmesi, Hasta, Bakım ve Takibi, Nobel Tıp Yayınları, İstanbul, 2010: 161-195.

51. Zivanovic D, Ciric Z. "Therapeutic Communication in Health Care", *SF Nurs Heal J*, 2017,1(2).
52. Başar G. *Hemşirelerde ve Hemşirelik Öğrencilerinde Problem Çözme ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi (Tez)*. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2011.
53. Kaya F. *Hemşirelerin İletişim ve Empatik Beceri Düzeyleri ile Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılamalarının Karşılaştırılması (Tez)*. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans Tezi; 2011.
54. Cüceloğlu D. *İletişim Donanımları*, Remzi Kitabevi, 54.Basım, İstanbul, 2017.
55. Özmen A. *Zübeyde Hanım Doğumevi Hastanesine Başvuran Gebelerin Empatik İletişim Açısından Sağlık Personelinden Beklentileri (Tez)*. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2006.
56. Eroğlu E, Ataizi M, Yüksel A, Yüksel HA. *Etkili İletişim Teknikleri*, Editör: Eroğlu E, Yüksel HA, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayını, Web-Ofset Tesisleri, Eskişehir, 2013.
57. Bulduklu Y. *Hastalarla İletişim*. Çizgi Kitabevi, Konya, 2015.
58. Baltaş A, Baltaş Z. "Beden Dili Çok Önemlidir", *Yönetim*, 1993, 14: 15-21.
59. Barry PD. *Mental Health & Mental Illness*. New York, Lippincott, 2002, https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=LIUrprTgHhIC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Mental+Health+%26+Mental+Illness&ots=ir8dXsvOvF&sig=MRGX4m11kjRlhMxxUS36wZblrDQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false, Erişim Tarihi: 10 Ekim 2017.
60. Çetinkaya AU. *Çocuklarla İletişim ve Oyun*. P Kitap Yayıncılık, İstanbul, 2017.
61. Rogers CR. "Empatik Olmak, Değeri Anlaşılmamış Bir Varoluş Şeklidir" (Çeviren: Akkoyun F.) *The Counseling Psychologist*, 1975, 5(2): 103-124.
62. Crowe CA. *Communication*, Editör: Potter PA, Stockert PA, Perry AG, Hall AM, *Fundamentals of Nursing*, Elsevier, 9nd ed., United State of America, 2017: 316-335.
63. Şentürk SE. *Hemşirelik Tarihi*, Nobel Tıp Kitabevi, 2. Baskı, İstanbul, 2014.
64. Türk Dil Kurumu (TDK), <http://www.tdk.gov.tr>, Erişim Tarihi: 23 Ekim 2017.
65. Atar NY, Aştı T. "Hemşire-Hasta Etkileşimi", *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2011, 19(1): 54-59.

66. Shattell M. "Nurse–Patient Interaction: A Review of The Literature", *Journal of Clinical Nursing* 2004, 13: 714-22.
67. Tutuk A, Al D, Doğan S. "Hemşirelik Öğrencilerinin İletişim Becerisi ve Empati Düzeylerinin Belirlenmesi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2002, 6 (2): 36-41.
68. Dökmen Ü. *Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati*, Remzi Kitabevi, 43. Basım, İstanbul, 2010.
69. Acar NV. *Terapötik İletişim, Kişilerarası ilişkiler*, US-A Yayıncılık, 4. Baskı, Ankara, 2003.
70. Özkaynak ÖA. *Çocuk ve Ergenle Doğru İletişim*, Ekinoks Yayınevi, İstanbul, 2013.
71. Kaya H, Atar NY, Eskimez Z. *Hemşirelik Model ve Kuramları*, Editör: Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları, Akademi Basım ve Yayıncılık, 2014.
72. Nursing Theory, Jean Watson Nursing Theory, <http://www.nursing-theory.org/theories-and-models/watson-philosophy-and-science-of-caring.php> , Erişim Tarihi: 14 Kasım 2017.
73. Current Nursing, Jean Watson's Philosophy of Nursing, 2012, http://currentnursing_theory/watson.html , Erişim Tarihi: 14 Kasım 2017.
74. Cara C. "A Pragmatic View of Jean Watson's Caring Theory", *Int Assoc For Human Caring*, 2003, 7(3): 51-61.
75. Pajnikhar M. "Is Caring A Lost Art In Nursing?", *International Journal Of Nursing Studies*, 2008, 45(5): 807-808.
76. Özkan İA, Okumuş H. "Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli", *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 2012, 2: 61-72.
77. Watson J. "Watson's Theory of Human Caring and Subjective Living Experiences: Carative Factors/ Caritas Processes as a Disciplinary Guide to The Professional Nursing Practice", *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 2007, 16(1): 129-135.
78. Watson J. 10 Caritas Processes, Watson Caring Science Institute, Copyright, 2017, <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/10-caritas-processes>, Erişim tarihi: 14 Kasım 2017.
79. Watson J, Browning R. Viewpoint: "Caring Science Meets Heart Science: A Guide to Authentic Caring Practice", *American Nurse Today*, 2012, 7(8),

<https://www.americannursetoday.com/viewpoint-caring-science-meets-heart-science-a-guide-to-authentic-caring-practice/>, Erişim tarihi: 14 Kasım 2017.

80. Çevik AB, Erkoç A, Olgun N. “Diyabetik Ayak Enfeksiyonlu Hastada Taburculuk Eğitimi”, *Türkiye Klinikleri*, 2014, 6(2): 129-134.
81. Varoluşçu Terapi, Varoluşçu Terapi Nedir? <http://www.varoluscuterapi.com/varoluscu-terapi-nedir>, Erişim Tarihi: 16 Kasım 2017.
82. Watson J, Foster R. “The Attending Nurse Caring Model: Integrating Theory, Evidence and Advanced Caring–Healing Therapeutics for Transforming Professional Practice”, *Journal of Clinical Nursing*, 2003, 12: 360–365.
83. Watson J. “Caring As The Essence and Science of Nursing and Health Care”, *O Mundo Da Saúde São Paulo*, 2009, 33(2):143-149.
84. Uran BNÖ, Özer S, Yıldırım Y. “Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Bir Örnek: Kalp Yetersizliği Olgusu”, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşireliği Dergisi*, 2015, 6(11): 183-198.
85. Er M. “Çocuk, Hastalık, Anne-Babalar ve Kardeşler”, *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2006, 49: 155-168.
86. Başbakkal Z, Sönmez S, Celasin NŞ, Esenay F. “3-6 Yaş Grubu Çocuğun Akut Bir Hastalık Nedeniyle Hastaneye Yatışa Karşı Davranışsal Tepkilerinin Belirlenmesi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2010, 7(1): 456-468.
87. Mesleki Eğitim ve Öğretim Sisteminin Güçlendirilmesi Projesi (MEGEP), *Çocuk Gelişimi ve Eğitimi, Çocuğun Gelişimi*, Millî Eğitim Bakanlığı, Ankara, 2009.
88. Yavuzer H. *Çocuk Eğitimi El Kitabı*, Remzi Kitabevi, 36. Basım, İstanbul, 2017.
89. Bilgiz M. *Çocuk Eğitiminde Sevgi*, Beyan Yayınları, İstanbul, 2006.
90. Rostami F, Suandi T, Yaghmai F, Ismaeil SB. “Effects of Family-Centered Care on The Satisfaction of Parents of Children Hospitalized in Pediatric Wards in A Pediatric Ward in Chalooos in 2012”, *Electron physician*, 2015, 7(1): 1078-1084.
91. Arslan BŞ, Buldukluoğlu K. “Çocukla Terapötik Görüşmenin Hemşirelik Sürecine Göre İncelenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2015, 1(2): 657-663.
92. Güneş A. *Güvenli Bağlanma*, Timaş Yayınları, 3. Baskı, İstanbul, 2014.
93. Ünver S, Yıldırım M. “Cerrahi Girişim Sürecinde Çocuk Hastaya Yaklaşım”, *Güncel Pediatri*, 2013, 11:128-33.

94. Soysal Ş, Ergenekon E, Aksoy E. “Yenidoğan Döneminde Hastanede Uzun Süreli Tedavi Görmenin Bağlanma Örüntüsü Üzerindeki Etkileri: Bir Olgu Sunumu”, *Klinik Psikiyatri*, 1999, 2: 266-270.
95. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. “Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış”, *Klinik Psikiyatri*, 2005, 8: 88-99.
96. Yiğit R. *Çocukluk Dönemlerinde Büyüme ve Gelişme*, Sistem Ofset Yayıncılık, Ankara, 2009.
97. Berk LE. *Child Development*, Çeviren: Dönmez A. İmge Kitabevi, 1. Baskı, 2013.
98. Boccia ML, Laudenslager ML, Reite ML. “Intrinsic and Extrinsic Factors Affect Infant Responses to Maternal Separation”, *Psychiatry*, 1994, 57: 43-50.
99. Alak V. *Hastaneye Ameliyat Olmak Üzere Gelen 7-14 Yaş Grubu Çocukların Korkuları ve Hemşirelik Bakımı (Tez)*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Doktora Tezi; 1993.
100. Altay NC. “Çocuklarda Ameliyat Öncesi Hazırlık”, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2008: 68-76.
101. Atay G, Eras Z, Ertem İ. “Çocuk Hastaların Hastane Yatışları Sırasında Gelişimlerinin Desteklenmesi”, *Çocuk Dergisi*, 2011, 11(1): 1-4.
102. Güneş G, Erkan S. “Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Öğrenme Stillerinin İncelenmesi”, *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2017, 13(1): 13-24.
103. Leack KM. *Çocuk ve Ailenin Ameliyat Öncesi Hazırlığı* (Çeviren: Bolışık BZ, Gerçeker GÖ.), Editör: Browne NT, Flanigan CA, McComiskey CA, Pieper P. *Nursing Care Of The Pediatric surgical Patient* (Çeviren: Bolışık BZ, Yardımcı F, Didişen NA.), Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık, 3. Basım, Ankara, 2015.
104. Byron T. *Asi Çocuklar*, Boyut Yayıncılık, İstanbul, 2010.
105. Semerci B. *Birlikte Büyüyelim, Çocuk Ruh Sağlığı(0-12 yaş)*, Alfa Basım Yayın Dağıtım, 9. Basım, İstanbul, 2017.
106. Yavuzer H. *Eğitim ve Gelişim Özellikleriyle Okul Çağı Çocuğu*, Remzi Kitabevi, 15. Basım, İstanbul, 2012.
107. Alikashifoğlu M. “Adölesana Yaklaşım”, *Türk Pediatri Arşivi*, 2005, 40: 191-198.
108. Kılıç A. *Gelişim Dönemleri ve Ergenlerde Ruhsal Sorunlar (Tez)*. Newport International University, Davranış Bilimleri Lisans Tezi; 2009.

109. Cihangir N. *Astımlı Adölesanlarda Uyum ve Öz-Bakım Modellerine Göre Geliştirilen Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi (Tez)*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi; 2007.
110. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*. (5. Baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 2004, 66-67.
111. Gelbal S, Duyan V. “Barnett Çocuk Sevme Ölçeği’ni Türkçeye Uyarlama Çalışması”, *Eğitim ve Bilim*, 2008, 33(148): 40-48.
112. Artan A. *Kocaeli İlinde Çocuk Hastalıkları Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuklarda Ağrı Kontrolüne İlişkin Bilgi Durumları (Tez)*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi; 2012.
113. Kostak MA. “Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Çocuk Sevme Durumları, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Çocuk Sevme Durumlarına Etkisi ve Etkileyen Faktörler”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2013, 2(2): 50-56.
114. Boztepe H. “Pediatri Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım”, *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 2009, 1(2): 88-93.
115. Alemu S, Jira C, Asseffa T, Desa MM. “Changes in In-Patient Satisfaction With Nursing Care and Communication at Debre Markos Hospital Amhara Region, Ethiopia”, *American Journal of Health Research*, 2014, 2(4): 171-176.
116. Zaybak A, İsmailoğlu EG, Efteli E. “Hemşirelik Öğrencilerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları”, *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2017, 1(2): 24-37.
117. Bayraktar D, Eşer İ. “Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20(3): 188-194.
118. Büyük ET, Rızalar S, Seferoğlu EG, Oğuzhan H. “Çocuk ve Erişkin Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Çocuk Sevme ve Çocuk Yetiştirme Tutumlarının İncelenmesi”, *The Journal of Pediatric Research*, 2014, 1(3): 130-137.
119. American Academy of Pediatrics Committee on Hospital Care, “Family-Centered Care and The Pediatrician’s Role”, *Pediatrics*, 2003, 112 (3): 690-697.

120. Kalender N, Tosun N, Çınar Fİ, Bağçivan G, Yaşar Z. “Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 2016, 58: 277-281.
121. Yılmaz D, Çınar HG. “Hemşirelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi”, *Journal of Human Sciences*, 2017, 14(4): 3300-3309.
122. Kim YM, Heerey M, Kols A. “Factors That Enable Nurse-Patient Communication in A Family Planning Context: A Positive Deviance Study”, *International Journal of Nursing Studies*, 2008, 45: 1411-1421.
123. Fortuno AF, Oco DB, Clores MA. “Influential Components of Caring Nurse-Patient Interaction (CNPI) in A Tertiary Hospital in The Philippines: Towards Improving Health Outcomes of Patients”, *International Journal of Nursing Science*, 2017, 7(4): 84-90.
124. Aydın A, Hiçdurmaz D. “Kişilerarası Duyarlılık ve Hemşirelik”, *Journal of Psychiatric Nursing*, 2016,7(1);45-49.
125. Contro N, Sounkers B. “Family Perspectives on The Quality of Pediatric Palliative Care”, *Archives Pediatric and Adolescent Medicine*, 2002, 14: 14-18.
126. Egemen A, Karapınar B, İkizoğlu T, Çoşar H. “İntörn Doktor ve Deneyimli Doktorların, İnvaziv Girişim Sırasında Ailelerin Çocuklarının Yanında Bulunmalarına Karşı Yaklaşımları”, *Ege Pediatri Bülteni*, 2006, 13: 37-42.
127. Yıldırım S. *Ebeveyn Katılımlı Tutum Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik Güvenirlik Çalışması (Tez)*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
128. Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. “Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği”, *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 38(1): 49-56.
129. Avcı İA, Altay B, Gökuğur H, Yılmaz A, Güzel N. “Temel Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebelerin İletişim Becerileri”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 15(3): 161-166.
130. Bayrak B. *İç Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Hasta İletişiminde Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması (Tez)*. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi; 2010.

131. Sütçü N. *Bir Klinikte Çalışan Hemşirelerin Empati Becerileri ve Etkileyen Faktörler (Tez)*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2009.
132. Ay FA. *Hemşirelerin Empati Becerilerinin Belirlenmesi (Tez)*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 1999.
133. Pınar G. *Doğum Salonunda Çalışan Ebe/Hemşirelerin Empati Beceri Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler (Tez)*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2004.
134. Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, Radtke J, Sereika S. “Nurse-Patient Communication Interactions in The Intensive Care Unit”, *American Journal of Critical Care*, 2011, 28-41.
135. Sorucuoğlu AY, Tüfekçi FG. “Çocuk Hemşirelerinde Mesleki Profesyonel Değerler”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 6(2): 105-109.
136. Sevimgül G. *Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Empatik Beceri Düzeylerinin İncelenmesi (Tez)*. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi; 2002.
137. Godinez G, Schweiger J, Gruver J, Ryan P. “Role Transition From Graduate To Staff Nurse: A Qualitative Analysis”, *J Nurses Staff Dev*, 1999, 15(3): 97-110.
138. Oermann MH, Garvin MF. “Stresses and Challenges for New Graduates in Hospitals”, *Nurse Educ Today*, 2002, 22(3): 225-30.
139. İleri SG. *Yeni Mezun Hemşirelerin Profesyonel Rollerine Geçiş Süreci Algısı ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi (Tez)*. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Tezi; 2007.
140. Felsmann M, Andruszkiewicz A, Kosobucka A. “The Adaptation of The Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-70) to Polish Conditions on The Basis of Nursing Students Self-Assessment of Their Caring Competencies”, *Medical and Biological Sciences*, 2015, 29(2): 47-55.
141. Erdem Y, Duyan VA. “Determination of the Factors that Affect the Level of Pediatric Nurses’ Liking of Children”, *Turk J Med Sci*, 2011, 41(2): 295-305.
142. Aşçı Ö, Gökdemir F, Altuntaş G. “Hemşirelik Öğrencilerinin Çocuk Sahibi Olmaya Yönelik Görüşleri ve Çocuk Sevme Durumları”, *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2017, 10: 18-35.

143. Gelbal S, Duyan V. “İlköğretim Öğretmenlerinin Çocuk Sevme Durumlarına Etki Eden Değişkenlerin İncelenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2010, 38: 127-137.
144. Saltalı ND, Erbay F. “Okul Öncesi Öğretmenlerinin Konuşma, Dinleme ve Empati Becerilerinin Çocuk Sevme Davranışı Açısından İncelenmesi”, *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2013, 14(1): 159-174.
145. Ceylan EA. *Okul Öncesi Öğretmenlerinin Çocuk Sevme Düzeyleri İle İletişim Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Tez)*. Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İlköğretim Anabilim Dalı, Okul Öncesi Eğitimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2017.
146. Mohammed MA, Dorothy OT. “Evaluation of Patients’ Perception of Nursing Care in Selected Health Institutions in Edo State, Nigeria”, *Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2014, 5(1): 12-19.
147. O’Hagan S, Manias E, Elder C, Pill J, Woodward-Kron R, Mcnamara T, Webb G, Mccoll G. “What Counts as Effective Communication In Nursing? Evidence From Nurse Educators’ and Clinicians’ Feedback on Nurse Interactions with Simulated Patients”, *Journal of Advanced Nursing*, 2013, 70(6): 1344-1356.
148. Kourkouta L, Papathanasiou LV. “Communication in Nursing Practice”, *Mater Sociomed*, 2014, 26(1): 65-67.
149. Parlayan MA, Dökme S. “Özel Hastanelerdeki Hemşire ve Hastaların İletişim Seviyelerinin Değerlendirilmesi: Bir Hastane Örneği”, *KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 2016, 13(2): 265-284.
150. Çoban Gİ. *Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği’nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması (Tez)*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2006.

EKLER

Ek-1

Anket no.....

Bu çalışma pediatri hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını ve çocuk sevme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Sizlerden elde ettiğimiz bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır. Sonuçların doğru hesaplanabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. Çalışmamıza katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Hemşire: Dilek Gündoğan Danışman: Yrd.Doç.Dr.Gülzade UYSAL

1. Cinsiyetiniz? a. Kadın b. Erkek
2. Yaşınız?
3. Medeni durumunuz? a. Evli b. Bekar
4. Çocuğunuz var mı? a. Evet b. Hayır
5. Mezuniyet Durumunuz? a. Lise b. Ön lisans c. Lisans d. Diğer
6. Çalıştığınız bölüm?
 - a. Çocuk servisi
 - b. Çocuk acil
 - c. Çocuk yoğun bakım
 - d. Diğer
7. Bölümdeki göreviniz?
 - a. Sorumlu hemşire
 - b. Servis hemşiresi
 - c. Yoğun bakım hemşiresi
8. Kaç yıldır hemşire olarak çalışıyorsunuz?
9. Kaç yıldır çocuk hastalarla çalışıyorsunuz?
10. Haftalık çalışma saatiniz (ortalama)
11. Çalışma vardiyanız?
 - a. Gündüz
 - b. Gündüz ve gece dönüşümlü
 - c. Diğer.....

BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ ÖLÇEĞİ															Ek-2
<p><i>Değerli meslektaşlar,</i> <i>Klinik deneyimlerinizi göz önünde bulundurarak, hasta çocukların bakımında aşağıda sıralanan tutum ve davranışları ne kadar önemli bulduğunuzu; bu tutum ve davranışlar konusunda kendinizi ne kadar yeterli ve rahat hissettiğinizi; bu tutum ve davranışları ne kadar uygulanabilir bulduğunuzu belirtiniz.</i> <i>Doğru ya da yanlış cevap bulunmamaktadır, sizin kişisel görüşleriniz önemlidir.</i></p> <p><i>1 Hiç, 2 Biraz, 3 Orta Derecede, 4 Çok, 5 Son Derece Anlamındadır.</i></p>															
TUTUM VE DAVRANIŞLAR	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışlar;														
	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece	hiç	Biraz	orta derece	çok	son derece	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece
1- Hümanizm: Hümanistik- Altüristik bir değer sistemi oluşturmak	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
1. Hastayı bir bütün olarak ele almak, sadece sağlık sorunu ile ilgilendiğimi hissettirmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Hastanın bakış açısından bakmaya çalışmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Hastayı önyargıda bulunmadan, olduğu gibi kabul etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Hasta kadar yakınlarına da saygı göstermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Hastayı utandıracak bir tutum içinde olmamak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Hasta ve yakınlarına karşı insancıl ve sevecen olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2- Umud: İnanç ve umut aşılamak	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
7. Hastanın bana gereksinim olduğunda, yanında olacağımı hissettirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Hastayı kendine güvenmesi için cesaretlendirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Hastanın dikkatini, kendisinin ve sağlık durumunun olumlu yönlerine çekmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Hastanın iyileşme çabasını önemsemek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Hastayı umutlu olabilmesi için cesaretlendirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Hastanın iyileşmesi için nedenler bulmasına yardımcı olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Hastanın sağlık durumu hakkında ne bildiğini dikkate almak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3- Duyarlılık: Bireyin kendisine ve diğer bireylere karşı duyar	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
14. Hastaya, bakım uygulamalarına yönelik isteklerini sormak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hasta ve yakınlarına, duygularının anlaşıldığını hissettirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Hasta ile mevcut durumu ve geçireceği aşamaları konuşmak için doğru zamanı planlayabilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Hastanın durumuna yönelik kendi duygularımızı uygun bir şekilde ifade edebilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Hastanın sağlık durumundan yakınlarının nasıl etkilendiği konusunda hastayı bilgilendirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Hasta yakınlarını, hastanın sağlık durumundaki değişimlerden haberdar etmek	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

TUTUM VE DAVRANIŞLAR	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışlar;														
	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece
4- Yardım edici ilişki: yardım edici-güven verici bir bakım ilişkisi geliştirmek	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
20. Hasta ve yakınları konuştuğunda dikkatle dinlemek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Hastaya, isminizi ve görevinizi açıkça ifade ederek kendinizi tanıtmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Hasta size gereksinim duyduğunda en kısa sürede yanıt vermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Yapacağım dediğiniz şeyleri yapmak, güvenilir olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Bakım verirken hastaya ve yapılan uygulamaya odaklanmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Hasta konuşurken sözünü kesmemek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Hastanın düşünce ve davranışlarını olumsuz bir şekilde eleştirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5- Duyguların ifade edilmesi: olumlu ve olumsuz duyguların ifade edilmesini onaylamak ve desteklemek	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
27. Hastayı, duygu ve düşüncelerini özgür bir şekilde ifade edebilmesi için cesaretlendirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Hasta sinirlendiğinde sakin kalabilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Hastanın, durumu ile ilgili duygularının farkında olmasını sağlamak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. Hasta zor anlar yaşadığında yanında olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Hastaya, baş edilmesi güç olan duygularını ifade etmesi için yardımcı olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Hastaya ağrı, üzüntü ve korku gibi duygularını ifade edebilme fırsatı vermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6- sorun çözme: Yaratıcı problem çözme temel alan bir bakım sürecinin sistematik kullanımı	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
33. Hastaya, sağlık durumunu dikkate alan, gerçekçi hedefler belirlemesi için yardımcı olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
34. Hastaya, (genel ya da sağlık durumundan kaynaklanan) stres ile baş edebilmesi için yardımcı olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Hastaya, farklı bir bakış açısından bakabilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Hastaya, sorunlarını etkili bir şekilde çözebilecek yöntemleri öğrenmesi için yardımcı olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Hastanın davranışlarının sonuçlarını, hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Hasta ve yakınlarını, gereksinimlerini karşılayabilecek uygun kaynaklar konusunda bilgilendirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

TUTUM VE DAVRANIŞLAR	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışlar;														
	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece
7- Öğretim: Bireyin bütünlüğüne ve sınırlarına önem veren, gerçek bir öğretme-öğrenme sürecinin geliştirilmesi	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
39. Hastayı, hastalıkları ve tedavi ile ilgili sorular belirlemesi ve ifade etmesi için desteklemek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Hasta ve yakınlarının, yapılan açıklamaları doğru bir şekilde anlayıp anlamadığını kontrol etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Hastanın bilinçli kararlar verebilmesi için gerekli olan bilgiyi sağlamak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42. Hastaya bakım ve tedavilerini uygulamadan önce işlemi açıklamak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Hasta yada yakınlarının anlayamayacağı bir dil yada terim kullanmamak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Hastaya, bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Hastaya bilgi verirken yada sorularını cevaplarken, hastanın anlama düzeyine saygı göstermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46. Hastaya, ilaçlarını nasıl programlayacağını ve hazırlayacağını öğretmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
47. Hastaya tedavilerinin yan etkilerini önlemeye yönelik belirtileri ve uygulanacak yöntemleri anlatmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8- Çevre: Destekleyici, koruyucu ve/veya iyileştirici mental, fiziksel, sosyal ve manevi ortamın sağlanması	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
48. Hasta, yalnız kalmaya gereksinim duyduğunda anlayış göstermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
49. Hastanın rahatlamasını sağlamak (örn: sırt masajıönermek, pozisyonunu değiştirmesine yardım etmek vb.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
50. Hastaya bakım verdikten sonra odayı eski düzenine getirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
51. İlaçların, hastanın şikayetlerini(örn:mide bulantısı, ağrı vb.) hafifletip hafifletmediğini kontrol etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
52. Hastanın mahremiyetine saygı göstermek (Üzerini gereksiz yere açık bırakmamak).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
53. Hastanın yanından ayrılmadan gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını kontrol etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
54. Hastanın, önem verdiği bireylerin getirmesinden hoşlanacağı şeyleri açıklamasına yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

TUTUM VE DAVRANIŞLAR	Aşağıda belirtilen tutum ve davranışlar;														
	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece	hiç	biraz	orta derece	çok	son derece
9- Gereksinimler: Gereksinimlerin karşılanmasına yardım etmek.	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
55.Hastaya, gereksinimlerini karşılayamadığında yardımcı olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
56. Tedavilerin (intravenöz enjeksiyon, sargıvb.) hastaya, nasıl uygulanacağını bilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
57. Hastaa uygulanan özel araç-gereçlerin (pumpmonitör vs) nasıl kullanacağını bilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
58. Planlanan zamanda tedavileri yapmak veya ilaçları vermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
59. Hasta yakınlarını, hastayı desteklemeleri için teşvik etmek (hastaların onayı ile).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
60. Hastanın sağlık durumunu dikkatle izlemek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
61. Hastaya, durumu üzerinde söz sahibi olduğunu hissettirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
62. Hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını bilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
63. Hemşirelik uygulamalarında becerilerin gösterilmesi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
64. Hastanın temel gereksinimlerini dikkate almak(örn:uyku, hijyen).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10- Maneviyat(Spiritüalite): Varoluşsal-fenomenolojik-spiritüel güçleri göz önünde bulundurmak	Ne kadar önemli olduğunu düşünüyorsunuz					Gerçekleştirmesinde kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissediyorsunuz					Ne derecede uygulanabilir olduğunu düşünüyorsunuz				
65.Hastaya kendini iyi hissetmesinde destek olmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
66. Dua, meditasyon vb. yöntemlerin hastanın rahatlamasına yardımcı olacağını bilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
67. Hastaya, yaşamındaki öncelikleri belirlemesi için yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
68. Hastaya, sağlık durumunu nasıl algıladığını ifade edebilmesi için yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
69. Hastaya, yaşamında belirli bir denge kurması için yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
70. Hastanın manevi gereksinimlerini dikkate almak (örn:duaetmek,meditasyon,törenlere katılma vs.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

ÇOCUK SEVME ÖLÇEĞİ

1:Hiç katılmıyorum.....4:Ne katılıyorum ne katılmıyorum.....7:Tamamen katılıyorum

	1	2	3	4	5	6	7
1. Çocukları oyun oynarken izlemekten keyif alırım.							
2. Bir çocuğu tanımaktan mutluluk duyarım.							
3. Çocuklarla konuşmaktan hoşlanmam.							
4. Çocukları kucaklamaktan mutluluk duyarım.							
5. Bir çocuğu gülümsettiğim zaman mutlu olurum.							
6. Etrafımda çocukların olmasından hoşlanmam.							
7. Çocukları parkta oynarken izlemekten keyif alırım.							
8. Çocuklarla birlikteyken zamanın nasıl geçtiğini fark etmem.							
9. Çocukların birbirleriyle konuşmalarını dinlemekten hoşlanırım.							
10. Çocuklar rahatsızlık vericidir.							
11. Bir çocuğun gülümsemesi için çaba harcamaktan keyif alırım.							
12. Onları bir kere tanıdınız mı, bütün çocukları sevimli bulursunuz.							
13. Çocukların bağırması ve etrafta koşuşturması beni rahatsız eder.							
14. Çocukları severim.							

Katılımınız için teşekkür ederiz.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın çalışan,

İnsana doğrudan hizmet veren mesleklerden biri olan hemşirelik bireylerle kurduğu kişiler arası ilişkilere önem veren bir meslektir. Bu doğrultuda duygusal ve fiziksel sağlık gereksinimlerinde hastaya/bireye yardım etme amacıyla, hemşirenin yeteneği, kişilerarası ilişkileri oluşturmada, hemşire-hasta etkileşiminin temelidir. Hemşire-hasta etkileşiminin odağı, hasta bireyin gereksinimlerinin farkedilip, karşılanmasıdır.

Hasta- hemşire etkileşiminde ayrı bir grup olan çocuk hasta- hemşire etkileşiminde de pediatri hemşiresi; çocuğun erişkinden farklı fiziksel, fizyolojik ve psikolojik özellikleri bulunduğunu, algılama sürecinin henüz tam gelişmemiş olduğunu fakat devamlı bir gelişme gösterdiğini, hastalığı algılama ve hastalığa tepkisinin, kronolojik yaş ve gelişimsel özelliklerine göre farklılık gösterdiğini bilmelidir. Bu doğrultuda çocuk hemşirelerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarını, bu tutum ve davranışları etkileyen faktörleri ve çocuk sevme düzeylerini belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Bu çalışmaya katılıp katılmamanız konusunda hiçbir zorunluluk bulunmamaktadır. Bu çalışmada kayıtlar yasaların öngördüğü şekilde ve araştırmacı tarafından toplanacak, veriler güvenli bir şekilde saklanacaktır.

İlginizden ve desteğinizden dolayı teşekkür ederiz.

Dilek Gündoğan

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

Danışman

Yrd. Doç. Dr. GÜLZADE UYSAL

Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Öğretim Üyesi

Yukarıda, araştırma ile ilgili metni okudum. Araştırmaya katılmama hakkı ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğumu biliyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Ad, Soyadı:

İmza:

ETİK KURUL İZİNİ

OKAN ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 01.02.2017

Toplantı Sayısı: 79


Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 01.02.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;


Karar 2. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Dilek GÜNDOĞAN**'ın "Pediatri Hemşirelerinin Hemşire-Hasta Etkileşimlerine Yönelik Tutum-Davranışları ve Çocuk Sevme Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.




Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)




Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)




Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)




Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)




Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Gökçe Aykol Şahin
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan
(Üye)

Evrak Tarihi ve Sayısı: 09.06.2017-19751



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-
Konu : Anket İzni

SAYIN DİLEK GÜNDOĞAN
Cumhuriyet Mah.2255 Sk. No:1 Anadolu Sağlık Merkezi Kocaeli

İlgi : 26/5/2017 tarih ve 31055 sayılı dilekçeniz

İlgi sayılı dilekçe ile tarafımıza başvuruda bulunduğunuz, "Pediatri Hemşirelerinin Hemşire-Hasta Etkileşimlerine Yönelik Tutum ve Davranışları ve Çocuk Sevme Düzeylerinin Belirlenmesi" konulu veri toplamaya yönelik çalışmanızı Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Tesislerimizden,İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve SBÜ Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütme talebiniz ilgili kurumların görüşleri doğrultusunda Genel Sekreterliğimize uygun görülmüştür. Bahse konu araştırmanın tamamlanması halinde bir nüshanın Genel Sekreterliğimize iletilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Yrd.Doç.Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Atapazar / İstanbul
Telefon: 2165787878 - 7767 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: idarihiz.egitim@ihakb.gov.tr
Evrakın Doğrulması İçin : <http://85.111.55.22:805/eaVision/Doğrula/GENLVSP>

Ayrıntılı bilgi için iribab: Gölşemin FİLİZ



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Sayfa 1 / 1



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Anadolu Güney Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ
BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - İSTANBUL İLİ
ANADOLU GÜNEY KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
30/06/2017 15:43 - 35778018 - 774.99 - E.12847
0048044866

Sayı : 35778018-774.99
Konu : Bilimsel Araştırma
(Dilek GÜNDOĞAN)

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Yüksek Lisans öğrencisi Dilek GÜNDOĞAN'ın, Yrd. Doç. Dr. Gülzade UYSAL danışmanlığında "Pediatrik Hemşirelerin Hemşire-Hasta Etkileşimlerine Yönelik Tutum ve Davranışları ve Çocuk Sevme Düzeylerinin Belirlenmesi" başlıklı çalışmada kullanacakları anketi Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulama talebi Bilimsel Araştırma ve Değerlendirme Komisyonumuzca değerlendirilmiş olup, 20/06/2017 tarihli komisyon toplantısında alınan kararla çalışmanın Sağlık Bakanlığı Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması uygun görülmüştür. Söz konusu çalışmanın onay tarihinden itibaren 2 (iki) ayda tamamlanması ve çalışmanın bitiminde bir nüshasının tarafımıza gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Uz. Dr. Habip YILMAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

İSTANBUL İLİ ANADOLU GÜNEY KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ
İDARİ HİZMETLER BAŞKANLIĞI
İbrahim ALP
Güvenli Elektronik İmza
2017

Başbüyük Mah. Atatürk cad. No:1 Maltepe İSTANBUL

Faks No:02164210005

e-Posta:fatma.kartaltepe@saglik.gov.tr İnt.Adresi: fatma.kartaltepe@saglik.gov.tr

Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden a7a77246-51c9-432a-b509-3ed0f7f0a51b kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Fatma KARTALTEPE

Unvan:EBE

Telefon No:(0216) 4212626-(1321)

Dilek Gundogan <dilek.gundogan88@gmail.com> şunları yazdı (4 Eki 2016 12:14):

Hocam merhaba,

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde yüksek lisans yapıyorum. Tezim için araştırma yaparken, sizin geçerliliğini ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz " Bakım Odaklı Hasta - Hemşire Etkileşimi Ölçeği" ni, izniniz olursa kullanmak istiyorum. Bir de ölçeği pediatri hemşirelerinde uygulamam sizce uygun olur mu? Sizin görüş ve önerileriniz benim için çok önemli. Yardımcı olabilirsiniz sevinirim.

Saygılar.

İyi çalışmalar.

5 Ekim 2016 22:32 tarihinde NURDAN YALCIN <yalcinnur@yahoo.com> yazdı:

Merhaba ölçeği kullanabilirsiniz. Ölçeğin orjinalinde bir dal ayrımı yok ancak size uygunluğunu danışmanınızla değerlendirirseniz sizin için daha iyi olur. Kolaylıklar diliyorum...

Dilek Gundogan <dilek.gundogan88@gmail.com> şunları yazdı (4 Kas 2016 23:35):

Nurdan hocam merhaba,

Geçerliliğini ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz " Bakım Odaklı Hasta - Hemşire Etkileşimi Ölçeği" ni tezimde kullanma kararı aldım. Tezimin içinde izin yazısı olarak kullanabilmem için 'izin yazısı' yazabilirmisiniz.

Teşekkür ederim.

İyi çalışmalar.

Dilek Gündoğan

0535 405 10 18

6 Kas 2016 20:30 tarihinde "NURDAN YALCIN" <yalcinnur@yahoo.com> yazdı:

Geçerliliğini ve güvenilirliğini yapmış olduğum " Bakım Odaklı Hasta - Hemşire Etkileşimi Ölçeği" ni tezinizde kullanabilirsiniz.

Dilek Gundogan <dilek.gundogan88@gmail.com> şunları yazdı (6 Kasım 2016 21:32):

Merhaba hocam,

Teşekkür ederim.

İyi akşamlar.

Dilek Gundogan <dilek.gundogan88@gmail.com> şunları yazdı (4 Eki 2016 10:14):

Hocam merhaba,

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik Ana Bilim Dalında yüksek lisans yapıyorum. Sizin geçerliliğini ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz "Barnett Çocuk Sevmeye Ölçeği" ni araştırmamda kullanabilirmiyim. Yardımcı olabilirsiniz sevinirim.

Saygılarımla.

İyi çalışmalar.

Dilek Gündoğan

Veli Duyan <duyanveli@yahoo.com> şunları yazdı (5 Eki 2016 15:11):

Merhaba Dilek,

Ölçeği çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım. İyi günler, iyi çalışmalar. Prof. Dr. Veli Duyan

Dilek Gundogan <dilek.gundogan88@gmail.com> şunları yazdı (5 Eki 2016 16:05):

Hocam merhaba,

İlginiz için teşekkür ederim.

İyi çalışmalar.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	DİLEK	Soyadı:	GÜNDOĞAN
Doğ. Yeri	Beypazarı	Doğ. Tar:	01.06.1988
Uyruğu	T.C.	Tel:	05354051018
E-mail:	dilek.gundogan88@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans		
Lisans	Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Yüksekoklu	2012
Lise	Beypazarı Lisesi	2005

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl- Yıl)
Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Hemşiresi	Medicana International Ankara	3 ay (2012)
Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Hemşiresi	Anadolu Sağlık Merkezi	5 yıl 4 ay (2012 - 2018)

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	KPDS/ÜDS/ YDS Puanı	(Diğer) Puan
İngilizce	İyi	İyi	Orta	-	ALES: 71