

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLİŞKİ TEMELLİ BAKIM ÖZ DEĞERLENDİRME
ARACININ TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE
GÜVENİRLİLİĞİNİN YAPILMASI VE BİR HASTANE
UYGULAMASI

BELKIS GÜLLÜ GÜCÜYENER

Tez Danışmanı
YRD. DOÇ. DR. ESRA UĞUR

İSTANBUL-2016

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLİŞKİ TEMELLİ BAKIM ÖZ DEĞERLENDİRME
ARACININ TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE
GÜVENİRLİLİĞİNİN YAPILMASI VE BİR HASTANE
UYGULAMASI

BELKIS GÜLLÜ GÜCÜYENER
ÖĞRENCİ NO: 122038008

Tez Danışmanı
YRD. DOÇ. DR. ESRA UĞUR

İSTANBUL-2016

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ



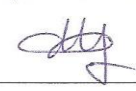
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Belkis Güllü Gücüyener Öğrenci No : 122038008
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 24.11.2016
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Esra Uğur Tez Savunma Saati :14.00

Tez Konusu : "İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının Türkçe Geçerlik ve Güvenirliğinin Yapılması ve Bir Hastane Uygulaması"

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

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Esra Uğur (Acıbadem Üniv.)	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım Gülhan	Kabul	
Yrd. Doç. Dr. Özlem Yazıcı	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Derya Beydağ		

ÖZET

İlişki temelli bakım kavramı ülkemizde önemi yeni anlaşılmış ve bu nedenle saha çalışmalarının yeterli düzeyde olmadığı bir bakım modelidir. İlişki temelli bakım uygulamaları için geliştirilen ölçüm araç ve gereçlerinin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmamış olması ve dolayısıyla hali hazırda kullanılabilecek bir ölçeğin olmaması yapılan bu çalışmanın önemini ve gerekliliğini göz önüne koymaktadır.

Araştırma, İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı'nın Türk kültürüne uyarlanması ve özel bir hastanede İlişki Temelli Bakıma yönelik bir öz değerlendirme yapılması amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Birinci aşama ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışmasına yönelik Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleştirildi. İkinci aşama ise Kocaeli ili sınırları içerisinde bulunan Özel Anadolu Sağlık Merkezi'nde gerçekleştirildi. Her iki aşamanın evrenini hemşire, doktor, fizyoterapist, diyetisyen, hasta danışmanı, hasta bakım teknisyeni ve teknikerinden oluşan sağlık bakım personeli oluşturdu. Araştırmada tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanıldı. Dışlama kriterleri olarak doğum izni, yıllık izin, 1 yıldan kısa süredir kurumda çalışıyor olmak ve araştırmaya katılmayı kabul etmeme olarak belirlendi. Araştırma verileri Katılımcı Tanıtım Formu ve İlişki Temelli Bakım Kurumsal Öz Değerlendirme Formu kullanılarak toplandı. Çalışmadan elde edilen sonuçlar "SPSS Statistics 20,0" istatistik programına kaydedildi ve analizi yapıldı. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının Türk toplumuna uyarlanabilmek üzere geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu, ancak farklı disiplinleri bir arada bulunduran bir örneklem grubunda ölçeğin çok faktörlü yapısının korunamadığı, dahili servislerde çalışan sağlık personelinin ilişki temelli bakımı algılamada daha istekli ve pozitif geri bildirimlere sahip oldukları, lisans mezunu olanların ön-lisans mezunlarına oranla ilişki temelli bakımı kavramada daha başarılı olduğu, düzenli komitelerde çalışan personelin ilişki temelli bakımı algılamada ve yürütmede daha başarılı olduğu saptandı.

İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının sağlık sistemimize uyarlanabilmesi için çalışmalara devam edilmeli ve özellikle ölçeğin ana hedef grubu olan hemşireler ile geçerlik ve güvenilirlik çalışması tekrarlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İlişki Temelli Bakım, Geçerlik ve Güvenirlik, Hemşire

ABSTRACT

RELEVANCE AND RELIABILITY OF RELATIONSHIP BASED CARE SELF EVALUATION IN TURKISH: A HOSPITAL PRACTICE

Relationship-based care is a care model whose importance is only recently understood in our country. Because of this, there are not enough field studies related to it. The lack of validity and reliability studies of the assessment tools for relationship-based care applications in our country, and the lack of any scale to be used, proves the importance and necessity of this study.

This study was conducted as a descriptive and methodological study to adapt a relationship-based care self-assessment tool into Turkish culture and to make self-assessment of relationship-based care applications standardized in a private hospital. The first part of the study included the assessment of validity and reliability of the scale and was performed at Kocaeli University Training and Research Hospital and Yeditepe University Hospital. The second part of the study was conducted at Private Anadolu Health Center, which is within the borders of Kocaeli. The subjects of both studies consisted of health care personnel including nurses, doctors, physiotherapists, dietitians, patient consultants, patient care technicians and technicians. Stratified randomization method was used in the study. The exclusion criteria included maternity leave, annual leave, working at the institution less than 1 year and those not consenting to the study. The data were collected by using a Participant Description Form and a Relationship-Based Care Institutional Self-Assessment Form. The study results were entered 'SPSS Statistics 20.0' and analyzed. It was found that the validity and reliability of a relationship-based care self-assessment tool for the Turkish population were high, but the multifactorial structure of the scale could not be protected in a sample consisting of different disciplines. For example: health personnel working at internal medicine services were more enthusiastic to understand relationship-based care and had more positive feedbacks; university graduates were more successful in understanding relationship-based care compared to associate degree graduates; personnel working regularly at committees were more successful to understand and implement relationship-based care.

To adapt a relationship-based care self-assessment tool into our health system, studies should be continued and the validity and reliability of the scale should be studied again in nurses, who are the main target population of the scale.

Keywords: Relationship-based care, validity, and reliability, nurse

ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince bana her zaman büyük bir ilgi ve hoşgörü ile destek olan, bilgi ve deneyimleri ile çalışmamama ışık tutan danışmanım **Sayın Yrd. Doç. Dr. Esra UĞUR' a,**

Tez yapım süresi boyunca her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen değerli hocam **Yrd. Doç. Dr. Mustafa OTRAR' a,**

Bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, çalışmamama ışık tutan uzman görüşlerini esirgemeyen **değerli hocalarıma,**

Anlayışı, desteği ve rehberliği ile daima yanımda olan Hemşirelik Hizmetleri Direktörüm **Sayın Uzm. Hem. Elif AKBAL' a,**

Tez çalışmam süresince yardımlarını ve psikolojik desteklerini esirgemeyen **Refika ÇOLAK COŞKUN' a ve Alper YILMAZ' a,**

Bana olan inancı, her konudaki desteği ve verdiği cesaret ile en sıkıntılı zamanlarımda daha iyisini başarma azmi oluşturan değerli eşim **Uzm. Dr. Mehmet Bünyamin GÜCÜYENER' e**

Tüm hayatım boyunca benden destek sevgi ve sabrını esirgemeyen canım annem ve rahmetli babama,

Minicik bedeni ancak kocaman yüreği ve sevgileri ile bana doğduğundan beri anlayış gösteren biricik kızım **Asel'ime** sonsuz teşekkür ederim.

Belkıs GÜLLÜ GÜCÜYENER

ARALIK 2016

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

12.11.2016

Belkıs GÜLLÜ GÜCÜYENER



İÇİNDEKİLER

Tez onay sayfası.....	ii
Özet.....	iii
Abstract.....	iv
Önsöz.....	v
Beyan.....	vi
Tablolar listesi.....	ix
Şekiller listesi.....	xii
Semboller/Kısaltmalar listesi.....	xiii
1. Giriş.....	1
2. Genel Bilgiler.....	4
2.1. Hemşirelik Bakımı.....	4
2.2. İlişki Temelli Bakım.....	8
2.3. Hasta Merkezli Bakım Yöntemi.....	11
2.4. Yardımsever Ve İyileştirici Çevre.....	14
2.5. Liderlik.....	16
2.6. Ekip Çalışması.....	17
2.7. Hastaya Yetki Verme.....	18
2.8. Erişime Açık Tıbbi Kayıtlar.....	19
2.9. Hastaların Aileleri İle Ortaklık Kurulması.....	20
2.10. Hasta Bakım Hizmetinin Temeli Olan Şefkat.....	23
2.11. Profesyonel Hemşirelik Uygulaması.....	25
2.12. Hasta Bakımının Uygulanması.....	26

3.	İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının Türkçe Geçerlilik Ve Güvenirliliğinin Yapılması.....	29
	3.1. Gereç Ve Yöntem.....	29
	3.1.1. Araştırmanın Şekli.....	29
	3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	29
	3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
	3.1.4. Veri Toplama Araçları.....	34
	3.1.5. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları.....	37
	3.1.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	39
	3.1.7. Verilerin Toplanması.....	40
	3.1.8. Veri Analiz Araçları.....	40
	3.1.9. Araştırmanın Hipotezleri.....	40
	3.2. Bulgular.....	41
	3.3. Tartışma.....	95
	3.4. Sonuçlar.....	105
4.	İlişki Temelli Öz Bakım Değerlendirme Aracı'nın Bir Özel Hastanede Uygulanması.....	106
	4.1. Gereç Ve Yöntem.....	106
	4.1.1. Araştırmanın Şekli.....	106
	4.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	106
	4.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	106
	4.1.4. Veri Toplama Araçları.....	109
	4.1.5. Araştırmanın Etik Yönü.....	109
	4.1.6. Verilerin Toplanması.....	109
	4.1.7. Veri Analiz Araçları.....	109
	4.1.8. Araştırma Soruları.....	110
	4.2. Bulgular.....	111
	4.3. Tartışma.....	124
	4.4. Sonuç Ve Öneriler.....	131
5.	Kaynaklar.....	133
6.	Ekler.....	150

TABLolar LİSTESİ

	SAYFA NO
Tablo 1. Çalışmaya katılan kurumlardaki personel sayısı.....	30
Tablo 2. Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaya katılan personelin dağılımı....	32
Tablo 3. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaya katılan personelin dağılımı...33	33
Tablo 4. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının cronbach's alpha değerleri...36	36
Tablo 5. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının geçerlilik yöntemleri ve uygulanan istatistiksel analizler.....	37
Tablo 6. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının güvenilirlik yöntemleri ve uygulanan istatistiksel analizler.....	39
Tablo 7. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına ait tanıtıcı bilgiler.....	42
Tablo 8. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum için kaiser-meyer-olkin (KMO) ve bartlett's test sonuçları.....	43
Tablo 9. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum için temel bileşenler analizi ortak yük (communalities) değerleri.....	44
Tablo 10. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum faktör analizi sonuçları.....	48
Tablo 11. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum yinelenen temel bileşenler analizi ortak yük (communalities) değerleri.....	50
Tablo 12. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum tekrarlanan faktör analizi sonuçları.....	54
Tablo 13. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum döndürülmemiş (unrotated) bileşenler matriksi.....	56
Tablo 14. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum iç tutarlık için yapılan cronbach's alfa katsayıları.....	59
Tablo 15. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum maddelerinin ayırt ediciliklerini belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonuçları.....	63
Tablo 16. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum madde-toplam (Item-Total) ve madde kalan (Item-Reminder) korelasyon sonuçları.....	66
Tablo 17. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum kaiser-meyer-olkin (KMO) ve bartlett's testi değerleri.....	67

Tablo 18. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum yapı geçerlilik faktör analiz sonuçlarının ortak yük (communalities) değerleri.....	68
Tablo 19. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum yapı geçerlilik faktör analizi sonuçları.....	72
Tablo 20. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum yinelenen kaiser-meyer-olkin (KMO) ve bartlett's testi değerleri.....	73
Tablo 21. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum yinelenen faktör analizi sonuçları ortak yük (communalities) değerleri.....	74
Tablo 22. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum eleme sonrası kaiser-meyer-olkin (KMO) ve bartlett's testi değerleri.....	77
Tablo 23. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum eleme sonrası ortak yük (communalities) değerleri.....	78
Tablo 24. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum eleme sonrası faktör analizi sonuçları.....	81
Tablo 25. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum eleme sonrası döndürülmemiş (unrotated) bileşenler matrisi.....	83
Tablo 26. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum iç tutarlık için yapılan cronbach's alfa katsayıları.....	86
Tablo 27. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum maddelerinin ayırt ediciliklerini belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonuçları.....	90
Tablo 28. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum madde-toplam (Item-Total) ve madde kalan (Item-Reminder) korelasyon sonuçları.....	93
Tablo 29. Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi'ndeki personelin Sayısı.....	107
Tablo 30. Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi'nde çalışmaya katılan personelin dağılımı.....	108
Tablo 31. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı çalışmasına katılan kişilerin sosyo-demografik özellikleri	111
Tablo 32. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarına ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri.....	112
Tablo 33. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının yaş değişkenine göre karşılaştırılması.....	113
Tablo 34. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının çalıştığı bölüm değişkenine göre karşılaştırılması.....	114

Tablo 35. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının çalışma düzeni değişkenine göre karşılaştırılması.....	115
Tablo 36. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının kurumdaki pozisyonu değişkenine göre karşılaştırılması.....	116
Tablo 37. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre karşılaştırılması.....	117
Tablo 38. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan scheffe testi sonuçları.....	118
Tablo 39. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının mesleki kıdem değişkenine göre karşılaştırılması.....	119
Tablo 40. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının mevcut çalışma süresi değişkenine göre karşılaştırılması.....	120
Tablo 41. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının düzenli çalışan komitelerde görev alma değişkenine göre karşılaştırılması.....	121
Tablo 42. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının ilişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olma değişkenine göre karşılaştırılması.....	122
Tablo 43. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının ilişki temelli bakım hakkında eğitim alma değişkenine göre karşılaştırılması.....	123
Tablo 44: İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının uzman görüşleri arasındaki tutarlılığın/uyumun belirlenmesi.....	174

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: İlişki temelli bakım kurumsal öz değerlendirme aracı alt boyut örneği.....34



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESMO: European Society of Medical Oncology (Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği)

HIPAA: Health Insurance Portability and Accountability (Federal Sağlık Sigorta Taşınabilirlik Ve Sorumluluk Yasası)

IOM: International Organization for Migration

ILO: International Labour Organization (Uluslararası Çalışma Örgütü)

ICN: International Council of Nurses (Uluslararası Hemşirelik Birliği)

JCL: Junior Chamber International

KEA: Kıyaslama Etkinlik Araştırması

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Örgütü)

1. GİRİŞ

Bakım terimi günlük yaşantımızda birçok kez kavramsal içeriğini hiç düşünmeden herhangi bir şeyi adlandırmak ya da nitelendirmek üzere sık kullanılabilir. Bakım terimi, Türk Dil Kurumu tarafından bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (1).

Emek, insanın istemli olarak belli bir amaca ulaşmak için giriştiği, sonucunda bir değişime yol açan, uzun ve özenli çalışma sürecini ifade eder. Bu nedenle bakım, hem emeğin öznel değeri, hem de emek vermeye değer görülen işin ya da uğraş alanının kendisine özgü bir anlam kazandırır. Bakım terimi “birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak alındığında ise hem öznesi hem de objesi artık kişi ya da canlıdır. Söz konusu canlı insan olduğunda, özne ve objenin değeri insani değerler açısından önemlidir (1).

İnsan, bir kültür çevresinde yaşarken kişilerarası ilişkilerde bulunmak zorundadır. Kişilerarası ilişkiler ise insanın yaşadığı toplumun kültürel yapısı, inanç ve değerlerine göre biçimlenen ve benimsenmiş olan ahlaki ilke ve kurallara uymayı zorunlu kılar. İnsanı diğer canlılar arasında özel kılan en önemli özellik özgür iradeye dayalı düşünebilme, yargıda bulunabilme yeteneği ve buna göre davranışlarını şekillendirebilmesidir. Bu nedenle insan, toplumun kültürel yapısı ve değerlerinden etkilenecek ve yaşadığı toplum içindeki ahlaki kuralları benimseyerek sosyalleşmesine rağmen, benimsediği ve uymak zorunda olduğu kuralları kendi iradesiyle düşünebilme, vicdanı ile muhakeme edebilme, yargıda bulunabilme ve düşünce ile eylem ilişkisini analiz edebilme yetisine de sahiptir (2).

Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi, iki kişinin ilişkisini ve bu ilişkide emek gerektiren bir takım eylemleri içerir. Kuçuradi’ ye göre her eylem, bir etik ilişkinin ürünüdür; etik ilişki ise belirli bütünlükteki bir kişinin belirli bütünlükteki başka bir kişiyle, yani her birimizin diğer insanlarla değer sorunlarının söz konusu olduğu ve eylemde bulunduğu ilişki olarak tanımlanır (3).

Bununla birlikte bu etik ilişki, ‘birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi’ olarak tanımlanan bakım olduğunda çok daha fazla anlam kazanır. Bunun başlıca sebebi, bakım ilişkisinde bakıma gereksinim duyan kişinin kendi

gereksinimlerini karşılayamaması ya da bakım gereksinimini bağımsız olarak karşılayabilecek güç, yetenek, istek gibi becerilerden yoksun olmasıdır (3).

Bakım ilişkisi asimetrik bir güç ilişkisi, ancak güvene dayalı bir ilişkidir. Oysa güven kırılabilir, beslenmediğinde solan bir bitki gibidir. Güven risklidir, istismara açıktır. Bakıma muhtaç olanın savunmasız ve örselenebilir olması güven ile ilgili risk unsurunu daha da önemli kılar. Bu nedenle bakma işinin öznesi ve objesi insan olduğu için insani değerler açısından; bakım ilişkisi eşitsiz bir güç ilişkisine dayandığı ve bakım verilenin güveninin istismar edilme olasılığını içerdiğinden ahlaki açıdan anlamlıdır (4).

Bir başka tanıma göre ise bakım ‘insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şeydir’. Bu tanım, insanın yaşamı ve yaşadığı dünyanın varlığını sürdürebilmesi için gerekli tüm eylemleri bakım kapsamına dahil eder. Sağlık profesyonelleri arasındaki ilişkinin artması, bakımın gelişmesi ve kanıta dayalı uygulamaların artması ilişki temelli bakımın önemini anlaşılmasında temel nedenler olmuştur (5).

Sağlık profesyonelleri, hastaların yaşamları üzerinde anlamlı bir etki oluşturan en önemli meslek üyeleridir. Hastaların mesleki ayrıcalığı olan profesyonellere güvenmesi basit bir iletişim ile başlar. Bu bağlantı sadece birkaç dakika sürer ve sonrasında diğer hastaların bakımı ile devam edebilir. İlişki temelli bakım modeli sağlıkta bakım sistemlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için dizayn edilmiş teorik bir birincil bakım modelidir. Hasta ve yakınları kendi bakımlarına katılmak için isteklidir ve çevresindeki sağlık çalışanlarından her biri buna katkı sağlamalıdır (6). Bu hedefe ulaşmak için İlişki Temelli Bakım (İTB) modeli hasta ve bakım sağlayıcıları arasındaki ilişkiyi geliştirmeye odaklanmıştır. İTB modelinin uygulanmasından sonra hasta memnuniyetinde artma ve hemşire geri dönüşlerinde azalma görülmüştür (7,8). Ülkemizde İlişki temelli bakım; hasta odaklı bakım, hasta merkezli bakım ifadeleri ile de karşımıza çıkmaktadır.

Bakım sunum modelinin hastane ortamında kültür haline getirilmesi organizasyonun yanı sıra hemşirelik felsefesini yansıtan çerçevenin tanımlanması ile başlar. Çalışmalar, hemşirenin çalışma ortamı, kalıcılık, hemşire ve hasta memnuniyeti ve hasta sonuçlarına ilişkin bakım modellerinin uygulanmasından olumlu bir etki elde edildiğini göstermiştir (9-13). Etkili bir bakım iletim modelinin kaynak tahsisi, rehber yönetimi ile klinik karar verme için destek oluşturması ve ekip üyelerinin rollerini ve

katkılarını vurgulaması gerekir (14-16). Bakım modeli kültürün bir parçası olarak kabul edildiğinde, hasta ve kalite çıktılarının yüksek düzeyde tutarlılık yansıtması gerekir. Bakım sunum (care delivery) sisteminin hastalarla, hasta aileleri ve diğerleri ile tedavi edici ilişkilerin oluşturulması için altyapı sağlaması gerekir (14-16). Bakım modelinin hemşirelik ile sınırlı olup olmayacağına veya diğer alanlara genişleyip genişlemeyeceğinin değerlendirilmesine organizasyon liderlerinin yardımı ile planlama aşamasının başlarında karar verilmesi gerekir (17).

İlişki temelli bakım kavramı ülkemizde önemi yeni anlaşılmış ve bu nedenle saha çalışmalarının yeterli düzeyde olmadığı bir bakım modelidir. Bu alanda yurtdışında yapılan çalışmalar olmasına rağmen maalesef ülkemizde yayınlanan kapsamlı bir çalışma mevcut değildir. İlişki temelli bakım uygulamaları için geliştirilen ölçüm araç ve gereçlerinin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmamış olması ve dolayısıyla hali hazırda kullanılabilir bir ölçeğin olmaması yapılan bu çalışmanın önemini ve gerekliliğini göz önüne koymaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik merkezinde insan olan ve hemşirelik bakımına temellenmiş bir meslektir. Bakım yalnızca hemşireliğe özgü değildir, ancak bakım hemşirelik için özgündür. Leininger bakımı antropolojik açıdan ele almış ve insanın içinde yaşadığı kültürden ayrı düşünülmemeyeceğini ifade etmiştir. Ona göre bakım hemşireliğin özüdür ve herhangi bir toplumun kültürü ile yakından ilintili bir kavramdır. Leininger bakımı ‘mevcut (belirgin) ya da olası gereksinimleri olan bir başka kişi ya da grubun yaşamını insanca sürdürebilmesi veya geliştirebilmesine ya da ölümle yüzleşebilmesine yardım edilmesi ya da desteklenmesi’ olarak tanımlamıştır (18).

Bakım kavramına açık olarak yer vermemekle birlikte Virginia Henderson hemşirelik tanımını yaparken hastanın güçsüz ve bağımlı konumunu ve hemşirenin yardım edici rolünü vurgular. Henderson’a göre *“Hemşirenin temel ve benzersiz görevi, sağlam veya hasta bireylere sağlıklarını korumaları veya tedavileri sırasında veya huzur içinde ölmeleri için yardım etmektir. Hemşire bu yardımı, birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar sürdürür”* (19).

Hemşirelik bakımının ilişkisel yönü ve hemşirenin yardım edici rolü, bakım kavramı ile ilgili yapılan bazı metaanaliz ve çalışmalarının sonuçlarında da görülmektedir. Örneğin, Cortis ve Kendrick hemşirelik bakımı ile ilgili yazın çalışmasında bakımı niteleyen özellikleri insana özgü bir özellik, bir duyuş, kişilerarası dinamik, tedavi edici bir süreç ve ahlaki yükümlülük olarak belirlemiştir (20). Finfgeld-Connett bakım ile ilgili meta-analiz çalışmasında bakımın bağlamsal özelliği olan ve duyarlılık, yakın ilişki ve uzman hemşirelik uygulaması ile karakterize kişilerarası bir süreç olduğu sonucuna varmıştır (21). Sherwood ise 16 niteliksel araştırmayı içeren meta-analiz çalışmasında bakım kavramını hastalar açısından değerlendirmiştir. Bu çalışmada bakım hastalar tarafından, iyileştirici bir etkileşim, hemşirelerin bilgi ve becerisi, yardım edici girişimlerde bulunulması, fiziksel ve duygusal sorunların çözümlenmesine yönelik tedavi edici sonuçlar içeren bir olgu olarak görülmüştür (22).

Bakım hemşirelik alanında üzerinde en çok tartışılan ve hemen her gün kullanılan bir terim olmasına rağmen, hemşirelik tarihinde bakım kavramı konusunda üzerinde karar kılınmış ortak bir tanım yoktur. Bununla birlikte bakım ile ilgili çeşitli tanım ve görüşler

bakımın kişilerarası ilişkiyi esas alan, insani ve ahlaki bir olgu olduğu konusunda birleşmektedir. Bakım temel olarak toplumdaki her bireye ahlaki bir sorumluluk yüklemekle birlikte, hemşirelik için özgün ve vazgeçilmez bir kavram olduğundan hemşirelere ayrı bir ahlaki sorumluluk yükler (23). Bunun başlıca nedenleri şunlardır:

- Bakım materyal bir nesnenin üretim işi değil, bir öznenin başka bir öznenin ihtiyaçlarına yanıt vermesini içeren, amaçlı, sistemli ve etkileşimsel bir süreçtir (24). İnsanın ihtiyaçlarına yöneliktir ve bir başkasının korunması ve geliştirilmesine özen gösterilen, bir başkası için 'iyi' olana yönelik ahlaki bir uygulamadır (25).
- Hemşireler her yaştaki sağlıklı ya da hasta bireylerin bakımından sorumludur. Ancak bakıma gereksinim duyan kişi ve gruplar çoğunlukla hastadır. Hasta olmak, hastalığın yol açtığı ruhsal, fiziksel ve toplumsal sorunların yanı sıra korku, endişe vb. duygularının da hissedilmesine de yol açmaktadır. Bilinci kapalı, konfüze ya da psikolojik rahatsızlığı olan, fiziksel tecritteki hastalar, düşkün yaşlılar, küçük çocuk ve bebekler ise tamamen sağlık personeline bağımlı ve bakıma muhtaç, savunmasız ve kolay örselenebilir konumdadır. Bu özellik, bakım verilenin korunmasını, bakım verenin ise ahlaki sorumluluğunun bilincinde ve duyarlı olmasını gerektirir (23).
- Sağlık meslek üyeleri içinde hasta ile en uzun süre ve en yakın iletişim içinde olan hemşirelerdir. Bakım fiziksel ve psikolojik yönüyle yakın ilişkiyi gerektirdiği için hemşireler hastalarının en zayıf ve mahrem yönlerini bilmekte; onların acı, özlem, umutsuzluk gibi tüm insani duygularına tanık olabilmektedirler. Böylesine fiziksel yakınlığın ve tanıklığın bir bedeli vardır. Bu bedel, kimi zaman hastalar ile ilgili vicdani yükü olan güç kararlar almak, kimi zaman da uygun olmayan seçenekler arasında karar verememek ve ikilemde kalmaktır (26,27). Örneğin hekim tarafından tanı ve klinik gidişatı hakkında yeterince bilgilendirilmeyen hastaların kaygılı ve meraklı soruları çoğu zaman günün hemen her saatinde gördükleri hemşirelere yöneltilmektedir. Ne yazık ki *'bu konuyla ilgili sorularınızı doktorunuz yanıtlayacak ve sizi aydınlatacaktır'* şeklindeki klişeleşmiş yanıtlar hastaların endişelerine ilaç olmamaktadır. Daha da önemlisi bu tür bir klişe yanıt, doğru olanı bilen, ancak bildiğini hastasından saklamak zorunda kalan hemşirenin kendisini güçsüz ve yetersiz bir konumda hissetmesine yol açabilmektedir. Bu tür duygular zaman içinde hasta ile yakın iletişim

kurmaktan kaçınma, hastanın hislerine karşı duyarsızlaşma ile ya da hemşirenin kendisini hastanın yerine koyarak onu anlaması, yani empati yapabilmenin ötesine geçmesi ve hastanın tüm hislerine ortak olarak onunla birlikte hüzün ve keder yaşamasıyla sonuçlanabilmektedir (23).

- Bakımın ahlaki yönü aynı zamanda hemşirelerin bir meslek üyesi olarak topluma karşı sorumluluğu ile ilişkilidir. Hemşireler topluma karşı yeterli ve nitelikli bakım verme sorumluluğunu üstlenmişlerdir. Bunun karşılığında ise toplum hemşirelere yetki, hizmetin karşılığında ücret, vb. ayrıcalıklar, mesleğe ise toplum için belirli bir mevki tanımlamıştır. Hemşirelik ile toplum arasındaki bu sözleşme dinamiktir ve sunulan hizmetin yeterliliği ve niteliğine göre sözleşmenin yapısı etkilenebilir ve değişebilir. Hemşirelik bakımının yeterli ve nitelikli olması temelde sağlık politikaları, sağlık sisteminin yapısı, sağlık kaynaklarının dağılımı, çalışılan kurumun örgütsel yapısı ve işleyişi, ekip iletişiminin niteliği gibi sağlık hizmetlerinin sunulduğu ile ilgili pek çok faktöre bağlıdır. Ancak hemşirelik bakımında primer sorumluluk hemşirelere aittir (23).

Hemşirelik, mesleki bağımsızlığı henüz yeterince tamamlanmamış, bu nedenle de saha uygulamaları konusunda özdenetim ve yönetimi kısıtlı olan, ancak zorlu bir eğitim sürecine, mesleğe özgü bilimsel bilgi birikimi ve becerilere dayalı bir meslektir. Bu yönüyle hemşirelik bakımı, bakım ile ilgili herhangi bir işin etkinliğinden ayrılır. Hemşirelik bakımını özel kılan en önemli gerçek hemşirelik bakımının bel kemiğini oluşturan hasta-hemşire ilişkisidir. Bu temel bel kemiği incinecek ya da kırılacak olursa bakım artık hemşirelik için özgün olamaz, çünkü evrensel ve insana özgü olan bakım, hemşirelik olmadan da varlığını sürdürebilir. Fakat hemşirelik bakımı olmaksızın sürdürülen bakımın bilişsel, duyuşsal, ahlaki ve psikomotor alanları arasındaki organik bağı kopabilir. Bakım, içi boşaltılmış bir kavram ya da teknik becerilerden ibaret bir hizmet olarak kalır (23).

Hastaların bakım algılarının etkilenmesinde hemşireler önemli bir rol oynamaktalar. Hastaların hemşire bakımı derecelendirmesi bakım ve hizmetin genel kalitesinin değerlendirilmesi üzerinde en fazla doğrudan etkiye sahiptir (28). Daha iyi hasta sonuçları için hemşirelik görevi önemlidir. Ancak, hemşirelerin hastalarla belirli türde kişisel etkileşimler kabullenmeleri ve yürütmeleri hemşirelik görevi için engellerden biridir (29). Bir hasta ve bir hemşire arasındaki hasta merkezli anların artırılması gerekmektedir; onların günlük kültürel normlar olması gerekir. İlişki temelli

bakım uygulamasını etkileyen uygulama nitelikleri; işyeri kültürünü, kültür ve fiziksel ortamın öğrenilmesini içerir (30). Mevcut ilişki temelli bakım üzerinde odaklanma, tıbben egemen, hastalık odaklı ve parçalara ayrılmış bakımdan işbirlikçi, ilişki odaklı ve tüm hastaları dikkate alan bakıma doğru yönelme ihtiyacı sonucu ortaya çıkmıştır (31). İlişki temelli bakımın başarılı tasarımı ve yıllarca uygulanması geliştirilmiş hasta memnuniyeti, hemşire memnuniyeti ve geliştirilmiş kalite sonuçları ile sonuçlanmıştır (32).

İlişki temelli bakım; insancıl ve şefkatli sağlık bakımı sunulması için üç önemli ilişki üzerine odaklanır. Bu üç ilişki hastanın ailesiyle, iş arkadaşlarıyla ve kendisiyle ilişkilidir. İlişki temelli bakım kurumsal kültür dönüşümü için bir çerçeve işlevi görür, hemşireler veya diğer sağlık profesyonelleri ile hastalar/aileleri arasındaki ilişki için bir bakım modeli sunar. Bakım davranışlarını şekillendiren ilkeleri oluşturur ve bir ilişkide o anda orada bulunmanın bir yoludur (33).

Modelin temel dayanağı, hemşirenin benlik bilgisi ve öz bakımının kaliteli hasta bakımı, sağlıklı kişisel ve mesleki ilişkiler için temel olmasıdır.

İlişki temelli bakımın ilk boyutu kişinin kendisi ile ilişkidir. Bu, kişinin kendisini tanımasını ve derin öz farkındalığı içerir. Kişinin kendisini tanıması, kişisel değerler ve inançlarını ne şekilde dengeleyeceğini anlaması, kişisel gelişimi desteklemesi için ihtiyaçlarını ne şekilde ifade edeceğini anlamasını gerektirir. Bu gelişme mesleki uygulamaya yansıtılır (34).

İlişki Tabanlı Bakım Yaratıcı Sağlık Bakım Yönetimi (©2010 Creative Health Care Management) tarafından Watson'un İnsan Bakımı Teorisi (35), Swanson'un Orta Aralıklı Bakım Teorisi (36) ve Dingman ve diğerlerinin Bakım Modeline (37) dayalı olarak geliştirilen bir modeldir. Model tarafından tanımlanan bakım iletimi hasta merkezlidir ve altı alt boyutu içermektedir: liderlik, ekip çalışması, profesyonel hemşirelik uygulaması, bakım iletimi, kaynak odaklı bakım ve sonuç ölçümleri. Buna ek olarak, sonuçların iyileştirilmesi için işbirlikçi ilişkiler bütünü ayrılmaz bir parçasıdır (6).

2.2. İlişki Temelli Bakım

Bakım, hemşireliğin esasını oluşturmaktadır ancak hemşirenin hastalarla ilişki kurmaktan ziyade gereksinimlerin karşılanması için çok fazla zaman harcadığı görülmektedir. İlişki temelli bakım, hemşireliği göreve odaklanmaktan alıp hasta ile ilişkiye odaklanmaya yönlendirmek için tasarlanmıştır. Bu çerçevede bakım kalitesinin geliştirilmesi, bakıcılar arasında ekip çalışmasının geliştirilmesi, çalışma ortamının geliştirilmesi, sürekliliğin sağlanması, daha da önemlisi hasta ve ailesini merkeze alan hasta ve aile ilişkisinin oluşturulması üzerine odaklanarak olayların yapılma şekli ile ilgili önerilmiş bir yapı sunmaktadır. İlişki temelli bakım üç önemli ilişkiden oluşur; hasta ve aileleri ile ilişki, kişinin kendisi ile ilişki ve iş arkadaşları ile ilişki. İlişki temelli bakımın amacı liderliğin, ekip çalışmasının, bakım iletiminin, profesyonel hemşirelik uygulamalarının, kaynakların ve sonuçların diğer boyutlarını destekleyen bakım ve iyileştirme ortamı sağlamaktır (38).

İlişki temelli bakım her bir bölümün kendi model tasarımını planlaması için bir çerçeve sunmaktadır. İlişki temelli bakımın temel değerleri bu ilkeler içerisine gömülüdür; bakım ve iyileştirme ortamı, bireysel ilişki ve bakım planı sorumluluğu, iş tahsisi, programlar ve ödevler, iletişim, liderlik ve süreç geliştirmesi. İlişki temelli bakımın kalbi, hemşirenin, hastanın alacağı hemşirelik bakımı miktarı ve türünün belirlenmesi, diğer bakıcılara ne kadar görev devredileceği, bakım gerektiren çalışma ve bu çalışmanın ne kadar dikkat ve zaman gerektirmesi ile ilgili tam yetkisinin olmasıdır (39). Hasta atamaları ilişkinin sürekliliğine, gerekli bakımın karmaşıklık düzeyine ve bakıcının beceri ve bilgisine dayanmaktadır (39). Yönetici, kayıtlı hemşirelerin bağımsız karar vericiler ve yaratıcı problem çözücüler olduğu profesyonel hemşirelik uygulamasını destekleyen bir ortam yaratmaktadır (39). İlişki temelli bakım modeli, hastayı faaliyet merkezine koyarak altı temel boyutların belirlenmesi yoluyla sorumluluk, yetki ve hesap verebilirlik kavramlarını kullanıma hazır hale getirmektedir (40). Ortak vizyon, misyon, değerler ve hedeflere dayalı hasta odaklı çalışmalar sayesinde sağlık hizmetlerinde mükemmellik elde edilebilir. İlişki temelli bakım esnekliği, birim veya hastane kültürünün ve önceliklerinin daha da iyi bir şekilde yapılmasını sağlamaktadır (40).

İlişki temelli bakımın tanımlanan bazı bileşenleri;

- Bilgi paylaşımı
- Pozisyon değiştirme
- Ağrının giderilmesi
- Hastanın ihtiyaçlarını kestirmek amacıyla saatlik değerlendirme
- Bir hemşirenin kabulden taburculuğa kadar birincil hemşire/hemşire yardımcısı olduğu ve hasta için destek ve bakım koordinatörü olarak görev yaptığı yerlerde ilkeleri yerleştirme
- İletişim için hasta odalarında beyaz tahtaların kullanımı
- Bakımın devamlılığında işbirliği için disiplinler arası istişare ve hemşirenin ve hemşire teknisyeninin nöbeti sırasında bilgi paylaşımı (38,40-43)

İlişki temelli bakım sonuçlarının karşılanması için hemşire ve hasta arasında karşılıklı bakımı teşvik eden bir ortam geliştiren klinik bir yönetici gerekmektedir. Hastalarla ortaklık yapma yeteneği, kendi bakımına tamamen katılan hastalarla çalışmak için anlayış ve kişilerarası beceriler geliştirme mentorluğu gerektirir. Hastalar kendilerinden beklenen şeylerin ve bakım modelindeki rollerinin ne olduğunu bilmek isterler. Bakım ortakları olmak memnuniyetin ve bakım sonuçlarının gelişmesine yardımcı olacaktır (32).

Toplum sağlık yönetimi, birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hizmet alan hastaların rolleri dikkate alınarak sağlık bakımı sunma, kullanma ve sonuçlarına odaklıdır. Ayrıca, toplum sağlık yönetim faaliyetleri, belirli bir hasta grubundaki analitik tabakalandırma ve bakım yönetim faaliyetlerinin kullanımında toplumun genel çerçevesinin bir parçası olarak uygulanmalıdır. Bu faaliyetler, kapsamlı bir bakım ekibinden hedefe yönelik hizmetler alan yüksek riskli hastalarda gerçekleştirilirken, düşük riskli hastalar kendi kendine yönetim desteği ile güçlendirilen hekim hizmetleri almaktadır. Bu toplum sağlık yönetim hizmetlerinin merkezine sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından geliştirilmesi ve sürdürülmesi gereken kapsamlı bir ilişki konulmalıdır. İlişki temelli bakım, sağlayıcının sunduğu hizmetlerde odaklanması gereken dört ilişki tipini tanımlamaktadır: hasta ile olan ilişki, diğer sağlayıcılarla olan ilişki, toplumla olan ilişki ve sağlayıcının kendisi ile olan ilişkisi (44).

İlişki temelli bakım toplum sağlık yönetim hizmetlerinin verilmesindeki tüm aktörlerle ilişkilidir. Hasta ile olan ilişki, hasta merkezli bakım teorisi ve uygulaması ile

tamamen uyumlu bir şekilde en önemli role sahiptir. Ayrıca, sadece hekimi değil, aynı zamanda hemşireyi, bakım koordinatörünü, sağlık koçunu ve diğer sağlayıcılarla birlikte kliniği ve tüm sağlık hizmetleri sağlama sistemini de kapsar. Benzer şekilde, aile ve akran hasta desteği ile birlikte toplum sağlığı kaynakları dahil olmak üzere hasta dışında topluma kadar uzanmaktadır. Son olarak, sağlayıcının tıp alanında çalışan biri olarak genel farkındalığı ile birlikte profesyonel ve kişisel gelişimi açısından kendisiyle olan ilişkisini de kapsar (45).

Geleneksel olarak, bakımın koordinasyonu, birinci basamak hekimleri, klinik ekibi, hastane doktorları ve uzmanlarla birlikte aile üyelerinin önemli rolü dahil olmak üzere hekimler üzerine odaklanmıştır. Toplum sağlığı yönetimi açısından, koordinasyon hemşire bakım yöneticileri, eczacılar, beslenme uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, sağlık koçları ve geleneksel sağlık hizmeti verenler dahil uzamış bakım ekibi üyelerini kapsamalıdır. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin dahil olduğu bakım koordinasyonu, hastalar ve aileleri için potansiyel olarak sanal ve online ağlar dahil olmak üzere akran destek ağları yoluyla gereklidir. Sonuç olarak, elektronik sağlık kayıtları dahil sağlık bilgi sistemlerinin rolü bakımın devamlılığı için gerekli bir bileşen olmaktadır (45).

Kişinin kendisiyle olan ilişki, ilişki temelli bakımın en az anlaşılan bileşenidir. İlişki temelli bakımın başlangıcı olan Pew-fetzer Görev Gücü raporu, kişinin kendisiyle olan ilişkisinin önemini aşağıdaki gibi ifade etmiştir: "Karşı karşıya olduğumuz en büyük psikososyal sorun, kendi içimizde değişikliği anlamak ve teşvik etmek için kendi kişisel dönüşümümüzün gerekliliği olabilir (46)". Bu açıdan bakıldığında, öz farkındalık, liderlik ve sürekli öğrenme, toplum sağlığını desteklemekle birlikte stresi, yıpranmayı ve kaybı önlemenin önemli etkenlerinden biridir (47). Sağlık hizmetleri ekibinin bir parçası olarak bireysel öğrenme ve değişim kültürü, sağlık sistemini öğrenmenin başlıca taraflarından biridir. Bununla birlikte, ilişki temelli bakım diğer modellere uygundur ve halk sağlığı yönetimine ilave destek sağlar (48).

İlişki temelli bakım sadece teorik bir kavram değildir, aynı zamanda başarılı toplum sağlığı yönetim stratejilerinin ve birinci basamak uygulamasının geniş oranda dönüşümü açısından önemli bileşenler için dikkat çeken bir çerçevedir (45). Alaska'daki Nuka Bakım Sistemi (49,50) ve Stanford Koordineli Bakım Programı (51,52) gibi iki örnek uygulama, uygulamanın dönüşümünde başarılı uygulamalar olarak geniş ölçüde kabul edilmektedir.

Bireylerden topluluklara doğru gittiğimizde, sağlayıcıların sadece hastalarla değil, aynı zamanda doktorlar, uzmanlar, klinikler, hastaneler ve klinik duvarları dışında oturanlar dahil olmak üzere diğer doktorlarla ve uzamış bakım ekibiyle ilişkilerini güçlendirmemiz gerekir. Hastalarla çalışma açısından, evde bakıma daha fazla vurgu yapılacak ve hasta merkezli bakım örneği daha geniş tutulacaktır. Hasta merkezli evde bakım, hastanın hizmet sağlayıcılarıyla evde olan ilişkisinin yüksek kalitede bakım açısından çok önemli olduğu fikrine dayanmaktadır. Sonuç olarak, sağlık çalışanının hasta ile ilişkisini ele alan ilişki temelli bakım hasta merkezli bakım örneğine mükemmel uymaktadır (45).

Son yirmi yılda yaşanan önemli yenilik hasta merkezli bakım çerçevesinin gelişimi olmuştur. Tarif edildiği gibi, ilişki temelli bakım ve hasta merkezli bakım tam uyumlu ve birbiriyle sinerjiklerdir. Değer bazlı bakıma doğru ilerledikçe ilişki temelli bakım ve hasta merkezli bakım kombinasyonunun sağlık hizmetleri yönetiminde ve bu hizmetlerin sunumunda temel olarak kabul görülmesi gerekir (45).

2.3. Hasta Merkezli Bakım Yöntemi

Geleneksel olarak tıp fakültelerinde eğitim, temel olarak biyomedikal orijindir. Biyomedikal yöntem temelinde hekimler “hekim-hastalık merkezli” yaklaşıma göre yetişmektedirler. Bu çerçevede hekimin görevi, hastalıkların tanımlanması, açıklanması, nedeninin belirlenmesi ve sonrasında bunların önlenmesi ve tedavi edilmesi şeklinde olup, dolayısıyla hasta ile yapılan görüşmeler hastalığın tanısının konulmasını amaçlamaktadır (53). Hekim-hastalık merkezli yaklaşımda, hastayla yapılan görüşmede lider hekimdir ve hastanın öyküsünü kapalı uçlu sorularla kesmektedir. Hastanın vereceği bilgilerden hangisinin önemli olduğu hakkında karar veren de hekimdir. Hekim daha önceden edindiği bilgi ve birikimlerinin ışığında, kendisine başvuran hastasını muayene eder, tanı ve tedavi için gerekli gördüğü girişimleri planlar ve hastadan bunlara tam bir itaat ister (54).

Hasta merkezli tıp uygulamasında ise, hasta, hekim otoritesi gölgesinde kalmaktan korunmuştur. Hastalara sorunlarını rahatça ifade edebilmeleri için yeterli süre verilir; kafalarındaki her türlü soruyu sormaları için cesaretlendirilir; yakınmaları ve sağlığı hakkında ayrıntılı sorular sorularak hastanın hastalığıyla ilgili tüm algı, düşünce ve yorumları öğrenilir. Hekim bir taraftan hastalığın ne olduğu sorusuna yanıt ararken; diğer taraftan hastalığın hasta tarafından nasıl algılandığını ve hastanın yaşamında ne tür

değişiklikler meydana getirdiğini, onun için ne anlam taşıdığını öğrenmeye çalışır. Çünkü hasta merkezli tıpta, hekimin görevi hastalığı tedavi etmek değil, hastayı tedavi etmektir (54).

Uluslararası Hasta Örgütleri Birliği'ne göre, hasta merkezli bakım için yapılan tanımlarda yer alan en yaygın unsur, hastanın isteklerine, tercihlerine, değerlerine ve ihtiyaçlarına saygıdır (55). Mc Whinney hasta merkezli yaklaşımı “hekimin, hastalığı, hastanın gözünden görmek için, hastanın dünyasına girme çabası” olarak tarifler (56). Stewart hasta merkezli yöntemin, hastanın sadece biyomedikal değil, hastanın hekime getirdiği tüm sorunlara kapsamlı olarak dahil olma isteğinin gerektiğini savunur (57). Grol'e göre ise hasta merkezlilik, hekimin sorunun tıbbi olmayan yönleriyle de ilgili olması, kendisini sorumlu hissetmesidir (58). Kısaca hasta merkezlilik kavramı, tıbbın; organik hastalıklardan, disfonksiyonel durumlara kadar büyük bir alana genişletilmesi olarak görülebilir (59). Görüldüğü gibi birçok yazar, hasta merkezli bakım kavramını ifade etmesine rağmen, tanımları genellikle farklıdır. Aile hekimliğinde en sık Stewart ve arkadaşlarının geliştirdiği model kullanılır.

Kaynak Odaklı uygulama; personel, zaman, öncelikler, ekipman, sistemler ve finansman gibi kullanıma açık olan tüm kaynakları maksimize eder. Yüksek kaliteli ürün elde etmek, şefkatli ve uzman hasta tedavi hizmet sunumunu güvenceye almak için yapılır. Kaynak odaklı uygulamada, yöneticiler ve klinik çalışanları kaynakların en iyi şekilde kullanımıyla görevlidirler. Kurum bütününe parametreleri içinde sağlık hizmeti sunumunda mükemmel sonuçlara ulaşmak için kaynakları tasarlamak ve kullanmak üzere sorumluluk, yetki ve yükümlülük sahibidirler. Kaynak odaklı zihniyet, ihtiyaç odaklı zihniyetten farklıdır. Bunun anlamı klinik çalışanlarının sadece hasta bakımında nelerin gerekli olduğunu değil, aynı zamanda nelerin artık yapılmaması veya daha farklı yapılması gerektiğini de tanımlamaları gerektiğidir (33).

Yapılan çalışmalarda, hasta merkezli yaklaşım bazı olumlu sonuçlar ile ilişkilendirilmiştir. Bunlar, maddi kaynakların etkin kullanımı ve daha düşük maliyet, hasta memnuniyetinde artma, tedaviye daha iyi uyum ve daha iyi sağlık sonuçları, hekim memnuniyetinde artma ve malpraktis şikayetlerinde azalmadır (59,60,64,65). Stone tarafından yapılan bir çalışmada, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'nde iki benzer hastanede beş yıllık süre içinde yatan hastaların verileri incelenmiştir. Bir hastanede hasta merkezli bakım uygulanırken, diğerinde olağan uygulamaya devam edilmiştir. Çalışmanın sonucunda, hasta merkezli bakım uygulanan hastanede, ortalama hasta yatış

süreleri daha kısa olup hasta başına düşen sağlık giderleri anlamlı olarak azalmış, ortalama hasta memnuniyet puanları ise daha yüksek tespit edilmiştir (66).

Benzer şekilde Lucano'da aynı yöntemi kullanarak 12 hastanede yaptığı çalışmada, hasta merkezli bir yaklaşım uygulandıktan sonra hasta memnuniyet oranlarında artış olduğunu göstermiştir. Yapılan çalışmalara göre hasta merkezli bakım, kalp hastalarının uzun dönem sonuçlarında düzelme ile ilişkili bulunmuştur. Kronik rahatsızlıkları olan hastaların bakımında da, hasta merkezli yaklaşımlar, hastalığın yönetimini kolaylaştırabilir, hasta ve hekimin memnuniyetini artırabilir, hasta katılımını ve sorumluluk alma kapasitesini arttırabilir, hastanın anksiyetesini azaltabilir ve yaşam kalitesini iyileştirebilir (54).

Hasta merkezli bakım, aynı zamanda daha az tanısal test ihtiyacı ve gereksiz sevkleri önleme yoluyla hastaneye başvuru oranlarını azaltarak verimliliği arttırmaktadır (54). Stewart'ın yaptığı çalışmada, hasta katılımının arttığı hasta merkezli yaklaşım, hastanın anksiyetesini azaltmakta ve ileri tetkik ve sevk konusundaki ihtiyaçları azaltmaktadır. Hastalar, hekimin, onun hastalığını ve hayatını nasıl etkilediğini anladığını düşündüklerinde hekime daha fazla güvenmekte, dolayısıyla ileri tetkik ve sevk talepleri sınırlanmaktadır. Aksine, hasta eğer hekimi tarafından anlaşılmadığını düşünürse sözlü ya da sözsüz olarak hoşnutsuzluğunu ifade etmekte, bu da hekimin anksiyetesini arttırmakta, durum hekimin teşhisten kuşku duymasına, ileri tetkiklere başvurmasına ya da hastayı sevk etmesine yol açmaktadır (64). Bertakis ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada, daha az hasta merkezli bakım alan hastaların yıllık sağlık hizmeti giderleri 1435 \$ iken, daha fazla hasta merkezli bakım alan hastaların yıllık sağlık hizmeti giderleri 948 \$ olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, hasta merkezli yaklaşımla hastaların; acil hizmetleri, birinci basamak hizmetleri, uzman hekim muayenesi, hastaneye yatış ve tanı testlerini içeren beş kategorideki sağlık hizmetlerinden bir yıl boyunca ne kadar faydalandıkları arasındaki ilişki incelenmiştir. Hasta merkezli bakım ile bir yıllık sürede daha az uzman kliniklerine başvuru, daha az hastane yatışı ve daha az tanısal test ve laboratuvar hizmetlerinin kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışmada, hasta merkezli bakım skorunda %1'lik bir artış, uzmana başvuruda %3 azalmayla sonuçlanmıştır (64).

Hasta merkezli bakımın diğer faydaları; mortalitede ve acil servise başvuruda azalma, daha az tedavi hataları, daha düşük enfeksiyon oranları, daha yüksek fonksiyonel durum, daha gelişmiş sağlık bakımı ve daha fazla hasta sorumluluğu olarak sayılmaktadır (67). Hasta merkezli yaklaşım ile artan hasta memnuniyetinin yanı sıra çalışan personelin

memnuniyetinin de arttığı düşünölmektedir. Bu durum, personelin sağlık kurumunda kalıcı olmasını, dolayısıyla hasta merkezli bakım sunumunun devamlılığını sağlamaktadır. Charmel ve Frampton'a göre hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyeti arasındaki bağlantı hasta merkezli bakımın felsefesini yansıtır (68). 2001 yılında Tıp Enstitüsü (IOM) halkın sağlığının iyileştirilmesi için yeniden yapılandırma eylem planına göre, kaliteli sağlık bakımına ulaşmada gerekli altı anahtardan ilkinin hasta merkezli yaklaşım olduğunu ifade etmiştir (33). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)'ne üye devletler olan Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere, Kanada ve Avustralya'da "hasta merkezli bakım", ulusal belge ve çerçeve dokümanlarında sağlık kalitesinin bir boyutu olarak yer almakta olup, günümüzde hastalara verilen bakımda bu yaklaşımın önemi konusunda büyük bir görüş birliği vardır (54).

2.4. Yardımsever Ve İyileştirici Çevre

Hastalar ve hasta yakınları sağlık kuruluşlarının var oluş sebebidir. Bakım ve şekati hastalar ve ailelerine odaklama becerimiz, kendi farkındalığımız, ekip ve ekip üyeleriyle ilişkilerimiz, değerlerimiz ve vizyonumuz, liderlik davranışlarımız, altyapı ve bakım hizmeti sunma biçimimiz gibi faktörleri kapsayan kurumsal kültür tarafından etkilenir (33).

Hasta ve ailesi, hastaneye ilk geldiğinde hastalık ve hastane hakkında fazla bilgiye sahip olmadığından huzursuzluk hissedip korku duyabilir. Hemşire, hastanın ve ailesinin temel ihtiyaçlarından birinin kendini rahat hissetmek ve kabul edilmek olduğunu bilmelidir. Hasta ile hemşire arasında oluşturulan güven; bireyin hastane ortamına girmeye bağlı anksiyetesini azaltır, hastalığı kabullenmesini kolaylaştırır ve tedaviye uyumunu artırır ve iyileşme sürecini hızlandırır (69).

Hemşire bakım hizmeti sunarken hastayı ailesi ve çevresiyle bir bütün olarak ele almalıdır. Hemşirenin hasta yakınlarına yaklaşımı, hastanın hastalığına ve tedavisine olan tutum ve davranışlarını etkiler (69).

Hemşire; hasta ve yakınlarıyla doğru ve etkin iletişim kurmalı; kendini tanıtarak oryantasyon aşamasını başlatmalıdır. Hemşirenin hastaya ismi ile hitap etmesi (Ahmet Bey, Ayşe Hanım vb.), içten ve güler yüzlü olması, hastayla konuşmak ve onu dinlemek için zaman ayırması hastanın kendisini değerli hissetmesini sağlar. Böylece hasta kendini daha rahat ve güvende hisseder. Hemşire hastayı diğer hastalar ve servis çalışanlarıyla da

tanıştırmalıdır. Böylece hasta yalnız olmadığını hisseder ve hastaneye/servise uyum sağlaması kolaylaşır (69).

Hemşirelik modelleri hemşirelik uygulamalarını sistematize etmek için bir çerçeve oluşturmakta, sistematik düşünmeyi geliştirmekte ve profesyonel bir dil oluşturulmasını sağlamaktadır (70). Ülkemizde hemşirelik uygulamaları genellikle tıbbi modele dayalı olarak yürütülmektedir. Doktor istemine dayalı olan tıbbi model, hemşireye hemşirelikle ilgili ne yapması gerektiğini söylemez, iş odaklıdır (71). Bu bakış açısı ile çalışmak hemşireliğin özünü görülmez kılmaktadır. Yurt dışında hemşireler giderek daha fazla hemşirelik modelleri ile çalışmayı, hemşireliği tıptan ayırmanın ve meslek olmanın temel koşulu olarak görmeye başlamıştır (70,72).

Ülkemizde de hemşireler, hemşirelik uygulamalarını tıbbi modelden ayırarak hemşirelik modellerine dayandırmalıdır. Bu amaçla öncelikle uluslararası yaygın kullanılan hemşirelik modellerinin okunması, anlaşılması ve içselleştirilmesi gerekmektedir.

Watson'a göre birey yaşayan ve büyüyen bir yapı olarak var olmaktadır. Birey basit bir organizma değildir, doğanın bir parçasıdır, ne tamamen fiziksel ne de tamamen ruhsaldır, her ikisinin karmasından oluşmaktadır. Watson'ın birey ile ilgili kavramsal tanımlamaları incelendiğinde, bireyin var oluşsal olarak akıl, beden ve ruh olmak üzere üç alana sahip olduğunu ifade ettiği görülmektedir. Bu alanların birbiri ile uyum içinde olması bireyin sağlıklı olmasını sağlar. Watson, aklın, bireyin zekası ve anılarına karşılık geldiğini ifade etmektedir (73,74). Watson ruh kavramını ise, kişinin içsel niteliği, iç dünyası ve manevi özü olarak tanımlamaktadır (74). Maneviyat bireyin kendisi ve diğer insanlarla ilişkilerini, evrendeki yerini, yaşamın anlamı ile amacını anlama ve kabul etme çabası olarak tanımlanmaktadır (75). Ülkemizde hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin bilgilerinin yeterli olmadığı ve yetersiz düzeyde manevi bakım verdikleri belirtilmektedir (76,77).

Watson hemşirelik bakımının, bakım davranışlarının kullanılması ve bu davranışların hastalar tarafından algılanmasıyla etkili olabileceğini belirtmiştir (74). Bakım davranışları; dikkatli dinleme, göz teması kurma, bireyi/hastayı rahatlatma, birey/hasta sorumluluğu alma, dürüstlük, dokunma, duyarlılık, saygılı olma, sözel güvenceler sunma, fiziksel ve zihinsel hazır bulunma, duygusal olarak açık ve ulaşılabilir olma, bireye/hastaya adı ile seslenme, birey merkezli olma, bilgi verme, kültürel farklılıkları dikkate alma şeklinde belirlenmiştir (74,78). Bakım ancak, hemşirenin

bireyin yaşam alanına veya varoluşsal alanına girdiğinde başlayabilir; böylece hemşire bireyin varoluş (ruh) durumunu saptar, bunu hisseder ve tepki gösterir (79).

Her insanın bir spiritüel boyutu vardır. Ancak sağlığın diğer boyutları gibi spiritüel sağlığın algılanması da bireysel farklılıklar gösterir. Ayrıca spiritüel inanışlar, hasta olduklarında bireyler için daha önemli hale gelebilir; hastalıklarını kabul etmelerine ve gelecek için plan yapmalarına yardım eder. Bütüncü sağlık bakımında hemşirenin amacı, sadece bireyin fiziksel iyiliği için yardım etmek değil, aynı zamanda beden, akıl ve ruh dengesini sağlamaktır. Bu nedenle hemşirelerin bireylerin spiritüel gereksinimlerini değerlendirebilmeleri ve karşılayabilmeleri için donanımlı olmaları gerekir (80,81).

Spiritüel gereksinimler, spiritüel yoksunluğu azaltacak veya bireyin spiritüel gücünü destekleyecek gereksinimlerdir. Spiritüel gereksinimlerin belirlenmesi ve uygun bakımın sağlanması, hemşirelik sürecinin önemli bir bölümünü oluşturur (81,82).

2.5. Liderlik

Bakım ve tedavi kültürlerini liderler yaratırlar. İlişki Temelli Bakımda, liderler sadece konuları, eğitimleri veya kimlikleriyle tanımlanmaz. Kurumda liderler her düzeyde bulunur ve rol alırlar. Liderler vizyonu bilir, amaca göre davranır, kaliteli bakımın önündeki engelleri ortadan kaldırır ve hastalar, aileler ve ekip üyeleri üzerinde odaklanır. Liderler bakım davranışlarını modeller (öz-bakım dahil), ilişkiler inşa eder ve liderlik ettikleri kişilerde yetkinlik telkin eder ve geliştirirler (33).

Lider; örgütünün beklenti, hedef ve amaçlarını ekibine ve onu oluşturan bireylere aktarabilen; örgüt hedefleriyle bireylerin hedeflerini uyumlandırabilen, değişen şartları ve standartları izleyen, ekibini hedefe götürürken, değişen ve değişmesi beklenen şartlarla ekibini eğiten kişidir (83).

Bir kişiye lider diyebilmek için, onun insanları birleştirmesi, harekete geçirmesi, iz bırakması ve değişiklik yaratması gerekir. Liderliğin ön koşulları ise ahlaklı olmak ve bir mesaja sahip olmaktır. Lider zihinsel ve entelektüel birikimi ile geleceğe dönük bir resim oluşturur. Bu liderin vizyonudur. Lider mesajını izler, çevresindekiler de lideri (84).

Hemşirelikte liderliğin birincil varlık nedeni, örgüt için uygun amaç ve hedeflerin belirlenmesidir. Bu amaç ve hedefler doğrultusunda hemşirelik grubuna yön verecek, örgütleyip bir plan dahilinde harekete geçirecek olan lider; grupta bulunan herkesin fikir,

istek ve ihtiyaçları ortak bir noktada buluşturup, bu ortak karar ve fikirlerin açıklanmasını, diğer gruplar karşısında kendini ifade edebilmesini sağlar. Lider hemşire, sağlık sektöründe değişik hizmet disiplinlerinden katılımcıların faaliyetlerini bütünleştirmenin ötesinde, çok yönlü ilişkilerin kurulmasını gerektirdiğinin farkında olmalıdır. Bağlantıların oluşturulması ve bütünleşme sağlama yolunda lider hemşire; var olan ve potansiyel işbirlikçileri belirler, değişik koşullarda ve farklı ortamlarda çalışanlar arasında paylaşılabilir bir vizyon oluşturur. Lider, her katılımcının, diğerlerine ve kendisine olabilecek faydaların değerini tanımlama, bilgiyi paylaşarak iletişimi sağlama, katılımları ödüllendirme ve doğru zamanda bu bütünleştirilmiş çabayı resmiyete dökme sorumluluğuna sahiptir (85).

Görev ve sorumlulukları gereği grupları doğru hedeflere, etkili biçimde yönlendirebilmeleri, hemşirelerin liderlik yetenekleri ile bağımlıdır. Liderlik, yetenek olarak ele alındığında, bazı otoriteler liderlik yeteneğinin ender bulunan yetenekler arasında olduğu düşüncesini desteklemektedirler (86).

Hemşireliğin kendi kendini yönetmesi ve kendi kararlarını kendisinin verebilmesi gereği, hemşirelikte liderliğin önemini bir kat daha artırmaktadır. Bu nedenle, liderlik yeteneği gösteren ve liderlik kapasitesi taşıyan hemşire adaylarının zamanında fark edilerek, yeteneklerinin geliştirilmesi yoluna gidilmelidir. Yeteneklerin geliştirilmesi sürecinde özellikle; liderlik, etkili liderin özellikleri ve grup teorisi üzerinde durulmalıdır. Çünkü liderliğin öğrenilmesi ve liderlik yeteneğinin geliştirilmesi, liderlik ve grubun iyi bilinmesi koşuluna bağlıdır (87).

2.6. Ekip Çalışması

Sağlıklı ekip çalışması ortak bir amaç belirleyip benimsemek ve bu amaca ulaşmak için birlikte çalışmak üzere farklı disiplin ve departmanlardan bireylerin bir grup oluşturmasını gerektirir. Sağlıklı ve verimliliği yüksek ekiplerde, ekip üyeleri açık olarak belirlenmiş sorumluluk, yetki ve yükümlülüklerin orantılı benzersiz bilgi ve becerileriyle katkıda bulunur. Güven, karşılıklı saygı, açık ve dürüst iletişim ve sürekli ve görünür destek sağlıklı ekip çalışmasının temel bileşenleridir (33).

Günümüzde nitelikli sağlık hizmeti sunabilmenin temel koşullarından biri, alanında uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin varlığı, bir diğeri ise bu profesyonellerin birbirleri ile yakın işbirliği ve iletişim içinde, ekip anlayışı doğrultusunda çalışmasıdır

(88). Sağlık ekibi, ortak hedefleri bireye kapsamlı, kaliteli, hasta gereksinimlerini dikkate alan sağlık hizmeti vermek olan, iki veya daha fazla klinisyenin (hekim, hemşire, diyetisyen vb.) işbirliği içinde çalıştığı, ortak kararların alındığı, kaynakların ortak kullanıldığı, koordinasyon ve iletişimin sağlandığı bir birlik olarak tanımlanmaktadır (88-92). Ekip, kendi içinde bilgi beceri ve bakış açılarını optimize etmeyi hedefler ve tüm ekip üyeleri arasında karşılıklı saygı ve güven söz konusudur (93). Ekip üyelerinin her biri kendi uzmanlık alanları doğrultusunda hizmet sunar (91), hizmetler geleneksel bir anlayış olan hekim merkezli hizmet yerine, karşılaşılan problemleri çözme merkezli çalışılır (88).

Hastanelerde ekip çalışması şeklinde hizmet sunmanın hasta ve ailesi, ekip çalışanları ve hastaneye sağladığı bir takım yararlar bulunmaktadır. Manser hasta güvenliği ve ekip çalışması hakkındaki literatürü incelediği makalesinde, sağlık hizmetlerinde yaşanan kazalar ve diğer istenmeyen olayların oluşumunda ekip çalışması ve iletişimin önemli bir rolü olduğunu belirtmektedir (89). Ekip çalışmasının yetersiz olduğu birimlerde tedavi ve tanı işlemlerinde gecikme, hasta hakkında çelişkili bilgilere sahip olma, hizmetin kalitesinin düşmesi gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Manser, araştırmaların, kaza ve istenmeyen olayların oluşumunu etkileyen birçok faktörün, klinik beceri eksikliğinden ziyade, ekip çalışması eksikliği ile ilişkili olduğunu gösterdiğini belirtmektedir (89). Etkin bir ekip çalışması ile hizmetteki boşluk ve tekrarlar ortadan kalkmakta (92), hasta bakımında süreklilik sağlanmakta (94), bakımın kalitesi artmakta (95-97) maliyet ve hastaların hastanede kalış süreleri azalmakta (97), zamandan kazanç sağlanmaktadır (98). Ekip çalışmasıyla, üyelerin birbirlerinin rol ve pozisyonlarını daha iyi anladıkları, problemleri daha iyi çözdükleri (99), ekip içindeki sinerjinin, hasta çıktıklarına ve çalışanların iş tatmini ve performansına olumlu yansıdığı da bilinmektedir (88).

2.7. Hastaya Yetki Verme

İlişki Temelli Bakım sistemi yaklaşımını benimsemiş tesislerde bile hasta eğitiminde bir zorlukla karşılaşılmaktadır. Dil ve okuryazarlık, belirgin potansiyel zorluklar olmakla birlikte kısıtlı istihdam veya eğitim kaynaklarının eksikliği de eğitim çalışmalarını kısıtlayabilir. Bazı hastalar öğrenmek için çok hevesli iken bazıları durumlarını inkar etmekte bazıları ise depresyonda veya endişeli durumdadır. Hastaların eğitimi, esneklik ve mümkünse hastanın ailesi ile iletişim gerektirir. İlişki temelli bakım

sağlık sistemi, hemşireleri açık tıbbi kayıt politikasını, hasta kütüphanelerini kişiselleştirilmiş bilgi paketlerini ve hasta yollarını kullanarak eğitimci gibi davranmaları için cesaretlendirmektedir (100).

Açık tıbbi kayıt politikası ile hastalar, kendi tıbbi kayıtlarını okuyup yazabilmekte ve bu sayede kendi bakımlarına olanak sağlamaktadır. Sağlık kaynağı merkezleri ve uydu kütüphaneler, hem hemşirelere hem hastalara eğitim hedeflerini destekleyen çeşitli materyaller sağlamaktadır. Bu kaynaklar, aynı zamanda hasta yakınları tarafından da kullanılabilir (100).

2.8. Erişime Açık Tıbbi Kayıtlar

Erişime açık tıbbi kayıtlar hastalara ve yakınlarına takip etmeleri için yetki verilmiş ilişki temelli sağlık sisteminin önemli bir yönüdür. Doğru bir şekilde kullanıldığında, hastalara bakım görevini üstlenmiş kişilerin gözünden kendilerine bakma ve tanıların ve tedavi seçeneklerinin iç yüzünü anlama imkanı sağlar. Bu tip bilgilere erişime sahip olmak, hastalara bakım süreçlerindeki kararlarda daha aktif rol alabilmelerine müsaade etmektedir (101). 1996 yılı Federal Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası(HIPAA), ‘’ hastalar kendi kayıtlarının kopyalarını görebilmesine ve anlamasına ve değişiklik talep etmesini’’ şart koşmaktadır (102). HIPAA’ nın hasta mahremiyeti üzerine verdiği önem, tıbbi kayıtlara erişimin engellenmesine bir neden olarak sıklıkla gösterilse de HIPAA hastaların tıbbi kaynaklara erişime sahip olmalarını ve bunlar üzerinde de değişiklik yapabilmelerini destekler (101).

Tıbbi kayıtlar incelenirken hemşire, hastanın mı aile bireylerinden birinin mi yoksa hayat arkadaşının mı bakımı yönettiğini, taburculuk için ev ortamının ne olduğunu ve hastanın geniş çaplı bir bakım merkezindeki mi yoksa evdeki rehabilitasyondan daha çok yarar göreceğini belirler. Erişime açık tıbbi kayıtlar, aynı zamanda hastanın temsilcisi olarak atanmış aile bireyi veya hayat arkadaşı içinde kullanışlı bir kaynaktır (101). On yıldan daha uzun süre önce gerçekleştirilmiş bir çalışma; bakım görevlilerinin efektif olarak iletişime geçmediğini ve bilgileri sakladığını hisseden hastaların malpraktis davası açma ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (103,104).

2.9. Hastaların Aileleri İle Ortaklık Kurulması

Hastalar kendi sağlık hizmeti kararlarını veremedikleri zaman hastaneler ve klinisyenler genellikle aile üyelerine güvenir (105). Gerçek hasta merkezli bakım aile bireylerinin rolünü ziyaret ve destek sınırının ötesine genişletir (106). Aile üyeleri terimi hastaların aile olarak saydığı arkadaşları da içeren herhangi bir kişi için kullanılabilir. Hasta merkezli hastaneler aile bireylerini sadece ziyaret saatlerinin kısıtlanması gibi engelleri kaldırarak değil aynı zamanda bakım ekibinin bir üyesi olarak başucunda tutturarak hoş karşılar (105).

Aile bireyleri hemşirelerin yerini asla tutamasa da anekdotal kanıtlar tedaviye katılmalarının hemşirelere olan ihtiyacı azaltabileceğini öne sürer (107). Hastaları, aile üyelerini ve personeli değerlendirmeye dahil etmek tesisin ilişki temelli bakım kültürü geliştirme çabalarını destekler. İlişki temelli bakım esneklik ister ve herkese uyacak bir kalıp yaklaşımını yıkar. Sağlık hizmeti merkezlerinde çalışan herkes ilişki temelli yaklaşıma katkıda bulunabilir. Fakat hemşireler ile hastalar arasındaki ilişki bakımın temel taşıdır (108).

Hasta Eğitimi Ve Tedaviye Katılımı

Hasta eğitimi, hemşire bakımı için çok önemlidir. Hastaların taburculuk planlarını yerine getirmelerini sağlamak ve bir daha hastaneye yatışı engellemek için gereklidir. Çoğu hemşire bunu, mesleklerinin en tatmin edici parçalarından biri olarak görmektedir. Kültürler arası hemşirelik hareketinin kurucusu Madeleine Leininger'e göre eğitmen olarak hemşirenin rolü, mesleğin belirgin, dominant, esas ve birleştirici odağıdır (109).

İlişki temelli bakım hastayı kültürel, ruhsal, zihinsel, biyolojik ve sosyoekonomik bir birey olarak görür. Yatış sırasında gerçekleştirilen hemşire değerlendirmesi hastanın tıbbi kayıtlarında belgelendirilir. Görüşme hemşireye hastanın eğitim ihtiyaçlarını belirleme fırsatını verir ve sonrasında yine hemşire, hastanın hangi eğitimden daha çok yarar göreceğini belirler ve bir plan çıkarır (110).

Yakın zamana kadar hastaların iyileşme sürecinde pasif kalmaları beklenmekte, hemşire ve diğer sağlık ekibi de, hasta bakımı konusunda ataerkil bir yaklaşım izlemekteydi. Ancak sağlık bakımı ile ilgili konulardaki bilgi birikiminin ve hastalara

sunulan bakım seçeneklerinin artması, hastaların bakıma katılımda aktif rol alması fikrini güçlendirmektedir (111).

Sutherland ve arkadaşları bu değişimin oluşumunda sosyal, ahlaki ve yasal nedenlerin bulunduğunu belirtmektedir (112). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre de; hastanın bakıma katılımı, sadece istenilen bir durum değil, aynı zamanda sosyal, ekonomik ve teknik bir gerekliliktir (111,113). Hastaların bakım konusunda kendi kararlarını vermeleri temel haklarıdır ve bu hak tüm dünyada giderek yaygınlaşan otonomi ilkesinin de temelini oluşturmaktadır (114). Bu ilkenin yaşama geçirilmesi için birçok ülkede ve ülkemizde yasal önlemler alınmaya başlanmıştır (115-117). Son zamanlarda yapılan araştırma sonuçları da; hastanın bakıma katılımı konusundaki sorunların devam etmesinin (118) yanında; hemşirelerin hastaları bakımlarıyla ilgili kararlarda daha aktif rol alıp sağlık ekibinin bir parçası olmaları konusunda desteklemelerinin gerekliliğine dikkat çekmektedir (113, 119, 120). Jacelon yaptığı çalışmanın sonucunda, hastanın kendi bakımında otonomisini daha çok kullanmasının hasta ve hemşire açısından yararlarına değinmektedir (121).

Dünyada bakım kararlarına hastanın katılımını sağlamak giderek yaygınlaşan bir görüştür (116, 122). Çünkü profesyonel ilkelere dayalı bir bakım, hastanın kendisiyle ilgili kararlara daha fazla katılmasını gerektirmektedir (123).

Karara katılım su aşamalardan oluşmaktadır:

- Hasta ile bir ortaklık oluşturulması
- Hastanın bilgi edinme konusundaki tercihlerinin belirlenmesi
- Hastanın karar vermede bir rol üstlenme açısından tercihlerinin belirlenmesi
- Hastanın düşünce, kaygı ve beklentilerinin belirlenmesi ve yanıtlanması
- Hastayla ilgili yapılan araştırmalar sonucunda seçeneklerin belirlenmesi ve kanıtların değerlendirilmesi
- Kanıtların sunulması, hastanın değer yargıları ile yaşam tarzına bakarak alternatif kararların etkisinin saptanması ve hastanın iyice düşünmesine yardımcı olunması
- Ortak bir karara varmanın görüşülmesi veya uygulanması; çatışmalara müdahale edilmesi
- Uygulama planı açısından bir anlaşmaya varılması ve izlem için girişimlerin tamamlanması (124).

Hemşireler, kontrol duygusunun geliştirilmesinde ve bakımlarıyla ilgili konularda karara katılmak isteyen ve karar vermede zorlanan hastaların desteklenmesinde önemli bir yere sahiptir (125). Hastaların bakım ve tedavileriyle ilgili kararlara katılımı, sadece hemşireliğin önemli bir ilkesi değil, aynı zamanda bakım politikalarının da temelidir (126).

Hemşireler; bakım ve tedavi sürecinde değişik rollerini yerine getirerek hastalara yardımcı olmalıdır. Savunucu rolleriyle, bakım sırasında hasta haklarını ihlal eden faktörleri azaltırken, destekleyici rolleriyle hastaların bakıma katılımını arttırmalıdır (127). Bu rollerini yerine getirirken öncelikle hastanın bakıma katılım konusundaki yeterliliğini (fiziksel kapasite, bilinç düzeyi vb.) değerlendirmeli, yapılacak uygulamalara yönelik hastanın onayını almalıdır. Hemşirelik bakımı sırasında ise; hastanın sağlığına ilişkin konulardaki bilgi eksikliklerini saptayarak, danışmanlık ve eğitici rolleriyle onlara yol göstermelidir (126, 128). Hastanede yatma süreci boyunca, kontrol duygusunu geliştirme hedefine yönelik hazırlanacak bakım planı hakkında hastaları bilgilendirmeli ve onları planlamaya katmalıdır. Bilgilendirilme sırasında, hastaların hazır oluşu ve istekliliğini göz önüne almalı (126), onların bireysel farklılıklarını dikkate almalıdır (129).

Hastaların bakıma katılımının hasta ve hemşire açısından çeşitli yararları bulunmaktadır. Bunlar:

- Hastaların baskı altında kalmaksızın bakım ve tedavileriyle ilgili karar vermesi kolaylaşır (130).
- Hastalar sağlık durumlarıyla ilgili sonuç kriterleri geliştirebilirler (130).
- Hastanın yer, zaman ve kişi oryantasyonu, iyilik hali, gücü ve üretkenliği artar, hasta sağlık hedeflerini daha kolay belirleyebilir (121, 122). Ayrıca hastaların bakımdaki katılımcı rolü artar (131).
- Hastalarda kontrol duygusu artar (121).
- Kontrol duygusuna sahip olan hastalar, kararlara daha aktif katılabildiğinden hastalık ve hastane ortamından kaynaklanan stresle daha kolay baş edebilirler (122).
- Hastayla sağlık ekibi arasındaki etkileşim artar (122).

- Hastanın katılımı ile hazırlanan bakım planı, hastanın dinlenme ve ziyaretçi saatlerini düzenlemesine olanak sağlarken, hemşirelere de düzenli olarak bakımdaki değişiklikleri aktarma fırsatı verir (127).
- Hasta katılımının sağlanarak hasta hakları doğrultusunda hastaya değer vermek, hastanın hemşireye olan güveninin kazanılmasını sağlar (127).
- Hastaların bakıma katılım hakkına saygı duymak, hemşirelerin onları başkalarının değil kendi hedefleri doğrultusunda değerlendirmesine olanak verir. Ayrıca hastalar, sağlık bakımı ile ilgili kararlarında kendi inanç ve değerleri doğrultusunda hareket ederek otonomisini kullanabilir (127).

Görüldüğü gibi; hastanın bakıma katılımı hem hasta hem de hemşireye çeşitli yararlar sağlaması nedeniyle önemlidir.

2.10. Hasta Bakım Hizmetinin Temeli Olan Şefkat

Bakım ve tedavi ortamı İlişki Temelli Bakımı mümkün kılar, sağlık hizmeti sunanlar her hastanın haysiyetine saygı gösterirler ve zihin, beden ve ruhu kapsayacak şekilde hastanın ihtiyaçlarına bir bütün olarak odaklanırlar (33).

Bakım hizmetinin gerçekten hasta merkezli olması için şefkat temelli olması esastır. Sağlık hizmetindeki şefkat ihtiyacı, dolayısıyla hastaların ve yakınlarının talepleri açısından en etkili sonuçların elde edilebilmesi açısından şefkatli bakım hizmetinin elementlerini tespit etmek ve toplamda bakım hizmetinin maliyetini belirlemek için kıyaslamalı etkinlik araştırması (KEA) yapılmasına ihtiyaç doğurmuştur (132). Bu itibarla KEA hasta merkezli yüksek değerli sağlık hizmetini elde etmek için kritik bir araç olarak tanınmıştır (133).

Araştırmacılar tarafından şefkat “ başkalarının ızdıraplarına dair bireysel bilinç gerektiren insan ızdırabı konusundaki deneyimler vasıtası ile oluşan derin bir bağlanmışlık hissi, tanınan ızdıraba karşı manevra cevap oluşması ve bunu da ızdırabı çekene konfor getirecek bir bakıma yol açması ” (134) ve “ kırılman olan diğer insanoğulları ile aramızda bağlantı kurduğumuz yol. Bu yol diğer bir bireyin kırılmanlığını fark etme, bu duruma karşı duygusal bir reaksiyon yaşamak ve insanlar açısından anlamlı olacak bir biçimde bu bireye karşı belirli bir biçimde davranışta bulunmak” (135) olarak tanımlanmıştır. Şefkat ile yakından ilişkili olan empati, bir başka

bireyin deneyimlerini ve bakış açılarını anlama yeteneği ile birlikte bir başka bireyin deneyimlerinin ve duygularının içine girme olarak tanımlanmaktadır (136).

Her ne kadar birçok hasta için şefkat ve empatinin yukarıda tarif edilen resmi tanımlamalarını söylemesi oldukça zor olsa da, birçok çalışmada hastalar ve yakınları sağlık hizmeti aldıkları süre içerisinde kendileri açısından şefkat veya empatiyle ilişkili şeyleri devamlı bir şekilde kendileri açısından en önemli özellik olarak tespit ederler (137-143).

Günümüzde verimlilik ve maliyet etkinliği üzerine yoğunlaşma zorunlulukları ile birlikte, sağlık hizmeti dünya çapında görevlerin ne kadar yetenekli, etkin ve tutarlı yerine getirdiğinin ölçütünün kalite olduğu bir görev güdümlü endüstri haline evrimleşmiştir. Ancak hastanın bakış açısından her bir görev sadece tıbbi hizmetin verilmesinden çok daha ötedir. Bu görevler şefkatli bir biçimde yerine getirildiğinde, en rutin aktiviteler dahi güçlü bir insan ilişkisi ürünü verir ve iyileşmeyi destekler (144).

Bakım hizmeti şefkat ve empati ile verildiğinde, hastalar semptomları ve endişeleri hakkında daha açık biçimde konuşurlar ve bu da sağlık hizmeti sağlayıcılarının durumlarını daha iyi değerlendirmesini ve daha doğru tanımlar koymasını mümkün kılar. Ek olarak, hekimler hastalarıyla daha empatik ve hasta merkezli bir iletişim tarzıyla daha dostane bir ilişki kurmayı başardığı zaman, hastaların deneyimlerinin kalitesi ve hasta-hekim ilişkisi artar (145-148).

Araştırmacılar ayrıca bakım hizmetinde şefkat ve saygı eksik olduğunda, hastalar gerekli tedavileri uygulamaktan imtina edebilir ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla gerekli önemli bilgileri paylaşmayabilir, kendi sağlık hizmetlerine zarar verirler (149). Çalışmalar şefkat, empati ve saygı içerikli tavırlarla gerçekleştirilen sağlık hizmetlerinin hastalara sadece "iyi hissetme" den öte kronik durumların kontrolü (150), ağrı kontrolü (151), tedavi önerilerine artmış uyum ve daha az majör tıbbi hata (152) ve daha hızlı iyileşme süreci (153) dahil olmak üzere sağlık sonuçları üzerine olumlu etki gösterdiğini ortaya koymuştur.

Yapılan araştırmalarda, Birleşik Devletler 'de diğer çalışma kategorilerine kıyasla hekimlerin yıpranmaya daha müsait olduğu ve herhangi bir zamanda kontrol edildiğinde bu yüksek risk ortamda çalışan hemşirelerin üçte birinin bu tip bir yıpranmadan muzdarip olduğu tespit edilmiştir (154). Şefkat meşakkati sadece sağlık

hizmet sağlayıcısının sağlığı ve refahından ödün vermekle kalmaz. Hasta deneyimin, çalışanların tavırları ve sağlık sonuçları arasındaki ilişki göz önüne alındığında, bu durum ayrıca en temel seviye bakım hizmetinin dahi zayıflamasına yol açabilir. Açık olmak gerekirse, şefkat meşakkatinin ilacı klinik olarak mesafeli olmak değildir. Her ne kadar mantığa aykırı gelse de, şefkat meşakkatinin ilacı esasında yine şefkat ve empati gibi görünmektedir. Araştırmalar, hastalarla insani ilişkiler seviyesinde ilişki kurmanın sağlık hizmeti çalışanlarını tüketmek yerine, yıpranma riskini ve şefkat meşakkatini düşürmek vasıtasıyla işlerinde destekleyici bir etken olduğunu desteklemektedir (155-158).

Anektodal ve ampirik çalışmalar, dokunmanın anksiyete, ağrı ve stresi azaltma kapasitesinin önemini ortaya koymuştur. Bir bakım hizmeti sağlayıcının hastayı banyo yaptırmak, bir bandajı çıkarmak veya kan almak gibi işler yaparken veya odaya girdiğinde işin sonunda hastanın ayağına dokunmak gibi bilinçli nezaketle yapılan jestler, hastaya emin ellerde olduğuna dair güven verici bir mesaj aktarır (159, 160).

Personelin iyilik hali ile kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti sunması arasındaki ilişki oldukça iyi biçimde tespit edilmiştir (161, 162). Hasta hedef gruplarının yaptığı yorumlar, çalışanların kendilerine iyi bakılmadığı ve desteklenmediklerini düşündüklerinde stresli ve sırtlarına yük binmiş gibi hissettiklerinin ve bu durumun hastalar tarafından hissedilebildiğinin altını çizmektedir (144).

2.11. Profesyonel Hemşirelik Uygulaması

Mesleki uygulama klinik çalışanlarının insanın hastalığa, travmaya ve krize yanıtını değerlendirmek ve tedavi ilişkileri çerçevesinde yeterli klinik müdahalede bulunmak üzere bilgi ve beceriye sahip olduğu anlamına gelmektedir. Mesleki uygulama her bir disiplinin kendine özgü bilgiler bütünü üzerine inşa edilir ve kanıtlar ve iyi uygulamalarla geliştirilir. Standartlar, etik kurallar, mesleki birlikler, yetkilendirmeler, sertifikalar ve her kuruluşun kendi görev ve performans standartlarıyla tanımlanır (33).

Hasta kabulü, bireyin hastaneye gelmesi ve tedavinin başlamasına kadar geçen süreçtir. Hastaneye kabul, akut bir hastalığın teşhis ve tedavisi; kronik bir hastalığın tedavisi veya doğum için olabilir. Hastaneye yatış, bireyde anksiyete ve korku yaratır. Hasta kabuldeki sağlık çalışanlarının hastaya yaklaşımı, hasta ve ailesinin korku ve endişelerini gidermede önemli rol oynar (69).

Her sağlık kuruluşunda, hasta kabulü ile ilgili farklı işlemler yürütülebilir. Sağlık kuruluşlarında hastanın ilk kabul edilme işlemi, genellikle hasta kabul bölümlerinde gerçekleştirilir.

Hasta kabulünde amaç (69);

- Anksiyeteyi azaltmak,
- Hastayı iyi karşılamak,
- Hastanın kimlik bilgilerini almak,
- Hastanın kliniğe uyumunu sağlamak,
- Hastanın tanı ve tedavisine en kısa sürede başlamak,
- Hastanın güvenliğini sağlamaktır.

Hastanın hastaneye kabulü rutin (planlı) veya acil olarak yapılır (69).

Planlı hasta kabulü hayati tehlikenin olmadığı durumlarda, belirtilen gün ve saatte hastanın tedavi ve tetkik için hastaneye kabul edilmesidir. Hastaneye kabul tarihine hasta, aile ve doktor birlikte karar verir. Hastaya yapılacak olan işlemler için hastanın kendisinden veya yakınından yazılı izin alınır (69).

Acil hasta kabulü hastanın yaşamını tehdit eden ve derhal müdahale edilmesi gereken durumlarda yapılan hasta kabulüdür. Acil kabullerde, ilgili formlar hastanın durumu iyiye kendisi; değilse aile üyeleri ve yakınları tarafından doldurularak yapılacak işlemler için onay alınır (69).

Hasta kabul bölümünde, hastaya ait temel bilgiler kaydedilir ve hasta için açılan dosyaya konur. Her hastaya, hastane kayıtlarını içeren dosya numarasının (protokol no) yazılı olduğu bir kart verilir. Birçok hastanede hastanın bileğine tanıtıcı bilgiler yazılı bir bileklik takılır. Daha sonra hastanın durumuna göre bir görevli ve yakınıyla tekerlekli sandalye/sedye/yürüyerek yatacağı üniteye gönderilir. Hastanın servise kabul edilmesinden hemşire sorumludur (69)

2.12. Hasta Bakımının Uygulanması

Hasta bakım sunum sistemi mesleki uygulamayı destekleyen, sağlıklı ve işbirliğine dayalı ekip çalışmasını teşvik eden, iş akışını ve kaynak kullanımını düzenleyen bir yapıdır. İyi tasarlanmış bir bakım sunum sistemi güvenli ve yüksek

kalitede bakımın yerine getirilmesini ve klinik çalışanlarının etkin ve etkili çalışma becerilerini destekler (33).

Hemşirelik mesleğine profesyonel bir kimlik kazandıran hemşirelik süreci bilimsel olarak düşünme ve araştırmayı gerektiren, birey/aileye özgü olarak planlanıp uygulanan ve değerlendirilen dinamik bir süreçtir (163).

Hemşirelik sürecinin amaçları şunlardır (164):

- Hastanın sağlık bakım ihtiyaçlarının dokümantasyonunu sağlama
- Bakım planı boyunca karar verme, hasta problemlerini tanılama ve amaçları formüle etme
- Hemşirelik bakımını koordine etme
- Hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde kullanılacak amaçları listeleme
- Tanı verileri, problem listesi, diğer hemşirelerin ve sağlık profesyonellerinin tedavileri ile ilgili iletişimi sağlama
- Bakımın eksik, hatalı ve yanlış olma riskini azaltmadır.

Başlangıçta, zaman alan ve zor bir uygulama olarak görünmesine rağmen; hemşirelik süreci kullanılarak hemşirelik bakımının sunulmasının pek çok yararı vardır (164). Bu yararlar (164, 165);

- Bireyin gereksinimleri doğrultusunda bakım hizmeti almasını sağlar.
- Bakımın devamlılığını sağlar. Doğru formüle edilmiş hemşirelik bakım planı bir hemşireden diğerine bakımın sürdürülmesini kolaylaştırır.
- Bakım amaçlarına ulaşmak için gerekli özel hemşirelik uygulamalarını belirlemeyi sağlar. Böylece bakımına yön verir.
- Bireyi kendi bakımına katılma konusunda teşvik eder.
- Ekip üyeleri arasında bireyin ihtiyaçları konusunda iletişim sağlar.
- Hemşirenin farklı rollerini uygulama fırsatı verir. Hemşirenin veri toplama aşamasıyla birlikte hasta merkezli çalışmaya ve dolayısıyla alışlagelen işlemlerin dışına çıkarak hasta gereksinimlerine odaklanmış uygulamaları gerçekleştirme olanağı sağlar. Böylece hemşireler mesleki doyum elde eder.
- Sürekli araştırma ve geliştirme gerekliliğini doğurur.
- Bakımın kalitesini artırır.
- Sistematik hizmet sunumu zaman kaybını önler, sonuca ulaşmayı kolaylaştırır.

- Bakımın kayıt edilmesini kolaylaştırır.
- Devamlı öğrenme fırsatı verir.
- Vardiya değişim raporlarında hemşireler tarafından bilgi alışverişini organize eder.
- Hastanın taburculuk ihtiyaçlarının belirlenmesine yardımcı olur.
- Hemşirelerde kayıt tutma alışkanlığının gelişmesini sağlar.
- Hastaya verilen bakımın daha objektif olarak değerlendirilmesini sağlar.

İlişki temelli bakım esasında insan ilişkilerinin temelini oluşturan sevgi, yardımseverlik, empati ve şefkat gibi duyguların profesyonel iş hayatındaki uygulamalar ile entegrasyonunu ve bu sayede sağlık personelinin daha etkin ve kapsamlı bir hizmet sunmasını amaçlamaktadır. Sağlık çalışanlarının birbirleriyle olan iletişimlerinin artması ekip ruhunun gelişmesine, ekip çalışmasını kavramının kurumlarda bilinir hale gelmesine ve bu sayede kaynak kullanımının maximum düzeyde iyileştirilmesi anlamına gelmektedir. İlişki temelli bakım ekip çalışmasını ve ekip çalışmasının temelinde var olan liderlik ruhunu, bilincini sağlık profesyonellerine aşlamayı ve bu sayede verilen bakımı en üst düzeye taşımayı amaçlamaktadır.

Günümüzde klasik tedavi yöntemi olarak kullanılan sağlık profesyonelinin bakımın merkezinde olması, hasta ve hasta yakınlarının bir uydu gibi tedaviye katılımlarının benimsendiği rejimlerin güncelliğini yitirdiği ve etkin bir tedaviyi sağlayamadıkları anlaşılmıştır. Bu bağlamda hasta ve yakınlarının tedavi kayıtlarının tutulmasında ortaklık kurulması, tedaviye katılımlarda yetkinlik verilmesi, verilen hizmetin dokümantasyonun açık hale getirilmesi gibi tedavinin her aşamasında etkin olarak bulunmasını amaçlayan ilişki temelli bakım yöntemi bütün bu başlıkları harmanlayarak etkin, profesyonel bakım hizmetlerinin verilmesini hedefinde tutan bir bakım modelidir.

3. İLİŞKİ TEMELLİ BAKIM ÖZ DEĞERLENDİRME ARACININ TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİRLİLİĞİNİN YAPILMASI

3.1. Gereç Ve Yöntem

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı'nın (İTBÖDA) Türk kültürüne uyarlanması amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik olarak gerçekleştirildi.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01 Şubat 2014-Mart 2014 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleştirildi.

Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aralık 1994 tarihinde 80 yatak kapasite ile hizmete giren hastane 1999 depremi sonrasında Umuttepe yerleşkesine taşınmış olup 750 yatak kapasitesine sahiptir. Tüm branş dallarında sağlık bakım hizmeti vermektedir. Hastanede ilişki temelli bakım adı altında bir birim bulunmamakla birlikte, kalite yönetim birimi adı altında kalite çalışmaları yürütülmektedir.

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi

Ağustos 2005 yılında hizmete giren hastane 190 yatak kapasitesi ile tüm branşlarda sağlık bakım hizmeti vermektedir. Hastane Kasım 2007'de Junior Chamber International (JCI) akreditasyon belgesi almıştır. Hastanede ilişki temelli bakım adı altında bir bölüm bulunmamaktadır, ancak kalite departmanı vardır.

3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Yeditepe Üniversitesi Hastanelerinde görev yapan hemşire, doktor, fizyoterapist, diyetisyen, hasta danışmanı, hasta bakım teknisyeni ve teknikerinden oluşan sağlık bakım personeli oluşturdu. Araştırmada tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanıldı. Doğum izni, rapor, yıllık izin vb. nedenler ile araştırmaya katılamayan veya eksik form dolduran

kişiler araştırma kapsamından çıkarıldı. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmanın uygulama aşamalarının tümünde kendisine ulaşılabilen 518 kişi araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az 1 yıl ve daha uzun süredir kurumda çalışıyor olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 1 yıldan kısa süredir kurumda çalışıyor olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi

Tablo 1. Çalışmaya katılan kurumlardaki personel sayısı

Kocaeli Üniversitesi	Sayı	Yeditepe Üniversitesi	Sayı
Personel Sayıları		Personel Sayıları	
Asistan doktor	312	Asistan doktor	31
Öğretim Üyesi doktor	243	Uzman dr, öğretim üyesi	96
Hemşire	444	Hemşire	122
Ebe	53	Ebe	13
Sağlık Memuru	86	ATT	26
Hasta Danışmanı/Sekreter	138	Hasta Danışmanı/Sekreter	68
Hasta Bakıcı	52	Hasta Bakıcı	39
Fizyoterapist	4	Fizyoterapist	3
Diyetisyen	6	Diyetisyen	2
Sağlık teknisyeni(lab, anestezi, radyoloji, odiyometris)	235	Sağlık teknisyeni(lab, anestezi, radyoloji, odiyometris)	57
Toplam	1573	Toplam	457

Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneklemi

Çalışma için belirlenen hastanede hizmet veren toplam 1573 çalışandan örnekleme alınacak birey sayısını belirlemek için aşağıdaki formül kullanıldı:

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görölüş sıklığı

q: İncelenen olayın görölmeysi sıklığı

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

$$n = 1573 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 / 0.05^2 \times 1572 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = 309$$

Hesaplama ile bulunan örneklem büyüklüğü 309 çalışandan oluştu. Araştırmanın evrenini oluşturan hastanedeki çalışanların meslek gruplarından her birinden örnekleme kaç çalışan alınacağı ise tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak orantılı seçim yöntemiyle belirlendi.

Bu amaçla şu formül kullanıldı:

$$n_i = N \frac{N_i}{N}$$

Formülde:

i: Tabaka numarası

N_i : i no' lu tabakadaki birim sayısı

N: Evrendeki birim sayısı

n_i : i no' lu tabakadan alınacak birim sayısı

n: Örnekleme alınacak birim sayısıdır.

Hastanelerde örnekleme alınacak çalışanları belirlemek için basit rasgele sayılar tablosundan her meslek grubundan örnekleme giren çalışan sayısı kadar ve yine her meslek grubundan yedek numaralar belirlendi. Daha sonra hastane Personel Şube Müdürlüğünde bulunan çalışma çizelgelerinden belirlenen numaralara denk gelen isimlere ulaşıldı.

Tablo 2. Kocaeli Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaya katılan personelin dağılımı

Kocaeli Üniversitesi Hastanesi	Hesaplama	Örnekleme Alınan Personel Sayısı
Asistan doktor	(312/1573)309	$n_i = 61$
Öğretim Üyesi- Uzman Doktor	(243/1573)309	$n_i = 48$
Hemşire	(444/1573)309	$n_i = 87$
Ebe	(53/1573)309	$n_i = 11$
Sağlık Memuru	(86/1573)309	$n_i = 17$
Hasta Danışmanı/Sekreter	(138/1573)309	$n_i = 27$
Hasta Bakıcı	(52/1573)309	$n_i = 10$
Sağlık teknisyeni(lab., anestezi, radyoloji)	(235/1573)309	$n_i = 46$
Fizyoterapist-diyetisyen	(10/1573)309	$n_i = 2$
Toplam		309

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Örnekleme

Çalışma için belirlenen hastanede hizmet veren toplam 457 çalışandan örnekleme alınacak birey sayısını belirlemek için aşağıdaki formül kullanıldı:

$$n: Nt^2 pq / d^2(N-1) + t^2 pq$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeiş sıklığı

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

$$n: 457 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 / 0.05^2 \times 456 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5$$

$$n = 209$$

Hesaplama ile bulunan örneklem büyüklüğü 209 çalışandan oluştu. Araştırmanın evrenini oluşturan hastanedeki çalışanların meslek gruplarından her birinden örnekleme kaç çalışan alınacağı ise tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak orantılı seçim yöntemiyle belirlendi.

Bu amaçla şu formül kullanıldı:

$$n_i = N_i (N/n)$$

Formülde:

i : Tabaka numarası

N_i : i no'lu tabakadaki birim sayısı

N : Evrendeki birim sayısı

n_i : i no'lu tabakadan alınacak birim sayısı

n : Örnekleme alınacak birim sayısıdır.

Hastanelerde örnekleme alınacak çalışanları belirlemek için basit rasgele sayılar tablosundan her meslek grubundan örnekleme giren çalışan sayısı kadar ve yine her meslek grubundan yedek olarak numaralar belirlendi. Daha sonra hastane İnsan Kaynaklarında bulunan çalışma çizelgelerinden belirlenen numaralara denk gelen isimlere ulaşıldı.

Tablo 3. Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde çalışmaya katılan personelin dağılımı

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	Hesaplama	Örnekleme Alınan Personel Sayısı
Asistan doktor	(31/457)209	$n_i = 14$
Öğretim Üyesi- Uzman Doktor	(96/457)209	$n_i = 44$
Hemşire	(122/457)209	$n_i = 56$
Ebe	(13/457)209	$n_i = 6$
ATT	(26/457)209	$n_i = 12$
Hasta Danışmanı/Sekreter	(68/457)209	$n_i = 31$
Hasta Bakıcı	(39/457)209	$n_i = 18$
Sağlık teknisyeni (Lab. ,Anestezi, radyoloji)	(57/457)209	$n_i = 26$
Fizyoterapist-diyetisyen	(5/457)209	$n_i = 2$
Toplam		209

3.1.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Katılımcı Tanıtım Formu ve İlişki Temelli Bakım Kurumsal Öz Değerlendirme Formu kullanılarak toplandı.

Katılımcı Tanıtım Formu

Form, araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, katılımcıların yaş, eğitim durumu, mesleki deneyimi, görevi, bulunduğu pozisyondaki görev süresi, ilişki temelli bakıma yönelik eğitim alıp almadığına dair 10 adet sorudan oluşmaktadır. (Ek-1)

İlişki Temelli Bakım Kurumsal Öz Değerlendirme Aracı (Relationship-Based Care)

Koloroutis tarafından 2004 yılında ilişki temelli bakım konusunda kurumsal öz değerlendirmeye yönelik olarak geliştirilmiş olup Cronbach Alfa iç tutarlılık sayısı .98 olarak ölçülmüştür. Araç, 10'lu dizin üzerinde işaretlenen 8 alt boyut ve 44 adet sorudan oluşmaktadır. Araç tasarlanırken 1 puana yakın tarafta ilişki temelli bakım becerilerinin düşük olarak değerlendirileceği, 10 puana yakın tarafta ilişki temelli bakım becerilerinin yüksek olarak değerlendirileceği planlanmıştır.

Şekil 1. İlişki temelli bakım kurumsal öz değerlendirme aracı alt boyut örneği

1.Hasta ve aile boyutu...

	Mevcut Gerçeklik	İstenen Durum
Her hasta ve ailesi her çalışan tarafından ve her seferinde saygı ve haysiyetle muamele görür.		
İnsan haysiyetinin tedavinin temeli olduğuna ve korunması gerektiğine inanırız.	<u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u>	<u>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</u>

Aracın 8 alt boyutu vardır:

1. Hasta ve Aile Boyutu: Hastalar ve hasta yakınları sağlık kuruluşlarının var oluş sebebidir. Bakım ve şefkati hasta ve yakınlarına yoğunlaştırma becerimiz; kendi farkındalığımız, ekip ve ekip üyeleriyle ilişkilerimiz, değerlerimiz ve vizyonumuz, liderlik davranışlarımız, altyapı ve bakım hizmeti sunma biçimimiz gibi faktörler kurumsal kültürden etkilenir. Aracın 1-2-3-4-5. Soruları bu alt boyutu ölçmek için soruldu.

2. Bakım ve Tedavi Ortamı Boyutu: Bakım ve tedavi ortamı İlişki Temelli Bakımı mümkün kılar. Sağlık hizmeti sunanlar, her hastanın haysiyetine saygı gösterirler ve zihin, beden ve ruhu kapsayacak şekilde hastanın ihtiyaçlarına bir bütün olarak odaklanırlar. Aracın 6-7-8-9-10-11. Soruları bu alt boyutu ölçmek için soruldu.

3. Liderlik Boyutu: Bakım ve tedavi kültürlerini liderler yaratırlar. İlişki Temelli Bakımda, liderler sadece konumları, eğitimleri veya kimlikleriyle tanımlanmaz. Kurumda liderler her düzeyde bulunur ve rol alırlar. Liderler vizyonu bilir, amaca göre davranır, kaliteli bakımın önündeki engelleri ortadan kaldırır ve hastalar, aileler ve ekip üyeleri üzerinde odaklanır. Liderler bakım davranışlarını modeller (öz-bakım dahil), ilişkiler inşa eder ve liderlik ettikleri kişilerde yetkinlik telkin eder ve geliştirirler. Aracın 12-13-14-15-16-17-18. Soruları bu alt boyutu ölçmek için soruldu.

4. Ekip Çalışması Boyutu: Sağlıklı ekip çalışması ortak bir amaç belirleyip benimsemek ve bu amaca ulaşmak için birlikte çalışmak üzere farklı disiplin ve departmanlardan bireylerin bir grup oluşturmasını gerektirir. Sağlıklı ve verimliliği yüksek ekiplerde, ekip üyeleri açık olarak belirlenmiş sorumluluk, yetki ve yükümlülüklerin orantılı benzersiz bilgi ve becerileriyle katkıda bulunur. Güven, karşılıklı saygı, açık ve dürüst iletişim ve sürekli ve görünür destek sağlıklı ekip çalışmasının temel bileşenleridir. Aracın, 19-20-21-22-23-24.soruları bu alt boyutu ölçmek için soruldu.

5. Mesleki Uygulama Boyutu: Mesleki uygulama klinik çalışanlarının insanın hastalığa, travmaya ve krize yanıtını değerlendirmek ve tedavi ilişkileri çerçevesinde yeterli klinik müdahalede bulunmak üzere bilgi ve beceriye sahip olduğu anlamına gelmektedir. Mesleki uygulama her bir disiplinin kendine özgü bilgiler bütünü üzerine inşa edilir ve kanıtlar ve iyi uygulamalarla geliştirilir. Standartlar, etik kurallar, mesleki birlikler, yetkilendirmeler, sertifikalar ve her kuruluşun kendi görev ve performans standartlarıyla tanımlanır. Aracın, 25-26-27-28-29. Soruları bu alt boyutu ölçmek için soruldu.

6. Hasta Bakımının Sunumu Boyutu: Hasta bakım sunum sistemi mesleki uygulamayı destekleyen, sağlıklı ve işbirliğine dayalı ekip çalışmasını teşvik eden, iş akışını ve kaynak kullanımını düzenleyen bir yapıdır. İyi tasarlanmış bir bakım sunum sistemi güvenli ve yüksek kalitede bakımın yerine getirilmesini ve klinik çalışanlarının etkin ve etkili çalışma becerilerini destekler. Aracın, 30-31-32-33-34-35. Soruları bu alt boyutu ölçmek için soruldu.

7. Kaynak Güdümlü Uygulama Boyutu: Kaynak Odaklı uygulama; personel, zaman, öncelikler, ekipman, sistemler ve finansman gibi kullanıma açık olan tüm kaynakları maksimize eder. Yüksek kaliteli ürün elde etmek, Şefkatli ve uzman hasta tedavi hizmet sunumunu güvenceye almak için yapılır. Kaynak odaklı uygulamada, yöneticiler ve klinik çalışanları kaynakların en iyi Şekilde kullanımıyla görevlidirler. Kurum bütününün parametreleri içinde sağlık hizmeti sunumunda mükemmel sonuçlara ulaşmak için kaynakları tasarlamak ve kullanmak üzere sorumluluk, yetki ve yükümlülük sahibidirler. Kaynak odaklı zihniyet, ihtiyaç odaklı zihniyetten farklıdır. Bunun anlamı klinik çalışanlarının sadece hasta bakımında nelerin gerekli olduğunu değil, aynı zamanda nelerin artık yapılmaması veya daha farklı yapılması gerektiğini de tanımlamaları gerektiğidir. Aracın, 36-37-38-39-40. Soruları bu alt boyutu ölçmek için soruldu.

8. Hasta Bakım Sonuçlarının lm Boyutu: Sonuçların lmnde, yararlı veriler, hem anlamlı hem de motive edici olanlardır. Kanıt, bir ilham ve olumlu gelişme kaynağı olarak kullanılır. lleme, beklentiler açık olduğunda ve insanlar çabaları için takdir ve teşvik gördüklerinde destekleyici bir ortam yaratır. Olumlu sonuçların kutlanması kurumda bağlılık ve birlik inşa edilmesine yardımcı olur. Aracın, 41-42-43-44. Soruları bu alt boyutu ölçmek için soruldu.

Tablo 4. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının chronbach's alpha değerleri

RBC Alt Boyutlar Ve Toplam Skor	Mevcut	İstenen
Hasta ve Aile Boyutu	0,85	0,68
Bakım ve Tedavi Ortamı Boyutu	0,96	0,94
Liderlik Boyutu	0,93	0,88
Ekip alıŐması Boyutu	0,88	0,89
Mesleki Uygulama Boyutu	0,93	0,85
Hasta Bakımının Sunumu Boyutu	0,93	0,79
Kaynak Güdümlü Uygulama Boyutu	0,88	0,75
Hasta Bakım Sonuçlarının lm Boyutu	0,93	0,85
Toplam RBC	0,98	0,97

(166)

3.1.5. Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışmaları

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ocak 2014-Nisan 2014 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Hastanesi ve Yeditepe Üniversite Hastanelerinde görev yapan yapan hemşire, doktor, fizyoterapist, diyetisyen, hasta danışmanı, hasta bakım teknisyeni ve teknikerinden oluşan 518 sağlık bakım personeli ile yapıldı.

Geçerlilik Çalışmaları

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı'nın mevcut durumu yapı geçerliliğini sınamak amacıyla faktör analizi(Principal Component Factor Analysis) uygulandı. Örneklem yeterliliğinin saptanmasında Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Testi (*Kaiser-Meyer-Olkin Test Of Sampling Adequacy- KMO*) uygulandı. Ayrıca ölçeğin faktör analizi için uygun olup olmadığının saptanması amacıyla Bartlett Küresellik Testi (*Bartlett's Test of Sphericity*) uygulandı.

Tablo 5. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının geçerlilik yöntemleri ve uygulanan istatistiksel analizler

Geçerlilik Yöntemi	Uygulanan İstatistiksel Analiz
Dil Geçerliliği	--
İçerik / Kapsam Geçerliliği	Uzman Görüşü/ Lawshe Testi Kaiser- Meyer- Olkin Örneklem Yeterlik Testi
Yapı / Kavram Geçerliliği	Bartlett Küresellik Testi Faktör Analizi

Dil Geçerliliği

Araştırmada kullanılan İlişki Temelli Bakım Özdeğerlendirme Aracının Türkçeye uyarlaması Aralık 2013-Ocak 2014 tarihleri arasında yapıldı. Türkçeye uyarlama çalışmaları kapsamında ölçeğin İngilizce' den Türkçeye çevirimi için ana dili Türkçe olup yurtdışında yaşamış/ yaşamakta olan iki kişiden(Levent Şumnu, Eylem Gümüş) destek alındı. (Ek-3)

Türkçe'ye çevirisi yapılan araç (Ek-2) araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından düzenlenerek tek form haline getirildi ve ifadelerinin Türkçe'ye uygunluğu bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanı (Ek-4) tarafından değerlendirildi. Türkçe'ye uygunluk değerlendirilmesi yapılan aracın Türkçe' den tekrar İngilizce' ye çevirimi, anadili İngilizce olup halen Türkiye' de görev yapmakta olan bir kişi(Asena Paran)(Ek-3) tarafından yapıldı. Çevirileri yapılan araç, orijinal form ve geri çevrilen formlardaki ifadeler arasında anlam değişikliği olup olmadığının saptanması açısından değerlendirilmek üzere e-posta yoluyla yazarına gönderildi.

Yazarından onay alındıktan ve düzenlemeler yapıldıktan sonra araç, maddelerin açıklığına, anlaşılabilirliğine ve ifadelerin netliğine karar vermek amacıyla 15 kişilik bir grup üzerinde test edildi. Ön uygulama yapılan grup; Kocaeli Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hemşire, doktor, fizyoterapist, diyetisyen, hasta danışmanı, hasta bakım teknisyeni ve teknikerinden oluşturuldu. Araç ön çalışmaya katılan sağlık personelleri tarafından açık ve anlaşılır bulundu. Ancak katılımcıların geri bildirimleri doğrultusunda aracın girişindeki açıklama bölümü anlaşılabilirliği artıracak şekilde yeniden düzenlendi.

Kapsam Geçerliliği

Türkçe'ye çevirisi yapılan aracın kapsam geçerliliği aşamasında, araçta bulunan soruların ölçme amacına uygun olup olmadığını, ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini, benimsenen sorun ile ilgili olup olmadığını ve alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını belirlemek amacı ile 15 uzman görüşüne başvuruldu. (Ek-5) Uzmanlardan araçtaki her bir maddenin ölçme derecesini; 1= Uygun değil, 2= Madde uygun şekilde getirilmeli, ufak değişiklikler yapılmalı 3= Uygun olacak şekilde düzenlenmiş üçlü bir çizelge üzerinde işaretlemeleri ve açıklamada bulunmaları istendi.

Uzman görüşleri arasındaki uyum/uyumsuzluk aynı zamanda kapsam ya da yapı geçerliği için birer bir gösterge olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle araştırmada uygulama formunda bulunan ifadelerin amaca uygunluğu konusunda uzman görüşüne başvurulmuş ve uzman görüşlerinin uyumuna/tutarlığına dair hesaplamalarda da Lawshe formülasyonu kullanılmıştır. Kapsam geçerlik oranları (KGO), Lawshe tarafından geliştirilmiştir (167).

Yapı Geçerliliği

Aracın yapı geçerliliğini saptamak amacıyla faktör analizi (Principal Component Factor Analysis) uygulandı. Örneklem yeterliliğinin ölçülmesinde Kaiser-Meyer- Olkin Örneklem Yeterliliği Testi (Kaiser-Meyer-Olkin Test Of Sampling Adequacy-KMO) uygulandı. Ayrıca aracın faktör analizi için uygun olup olmadığının saptanması amacıyla Bartlett Küresellik Testi (Bartlett's Test of Sphericity) kullanıldı (168, 169).

Güvenilirlik Çalışmaları

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının güvenilirlik analizinde iç tutarlılık kapsamında Cronbach alfa güvenilirlik analizi, Bağımsız gruplarda t Testi ve korelasyon analizi uygulandı. Kullanılan güvenilirlik yöntemi ve uygulanan istatistiksel analizler Tablo 6'da gösterildi.

Tablo 6. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının güvenilirlik yöntemleri ve uygulanan istatistiksel analizler

Güvenilirlik Yöntemi	Uygulanan İstatistiksel Analiz
İç tutarlılık	Korelasyon analizi
Cronbach alfa (α)	Bağımsız Grup t Testi
	Cronbach α güvenilirlik analizi

3.1.6. Araştırmanın Etik Yönü

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının (Relationship Based Care) kullanımını için Mary Kolorutis'ten mail yoluyla izin alındı. (Ek-6)

Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için araştırma örneklemini oluşturan hastanelerin yönetimlerinden yazılı izin alındı. (Ek-7)

Sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında sözlü bilgi verildi, sözlü onamları alındı ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin veri toplama araçlarını doldurmaları sağlandı, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenlerin yerine belirlenen yedek kişilere ulaşıldı ve formu doldurmaları sağlandı.

3.1.7. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması aşaması için hastanelerin yönetimlerinden randevu alındı ve uygulamalar katılımcıların çalıştığı kliniklerde gerçekleştirildi. Uygulamaya başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı, veri toplama araçları ve araştırmaya dahil edilme kriterleri hakkında bilgi verildi, sonra sıra ile Tanıtıcı Bilgiler Formu, İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı uygulandı. Uygulama süresince katılımcıların araca ilişkin soruları yanıtladı ve anlaşılmayan noktalara açıklık getirilerek aracın doğru bir biçimde doldurulması sağlandı.

3.1.8. Veri Analiz Araçları

Çalışmadan elde edilen sonuçlar “SPSS Statistics 20,0” istatistik programına kaydedildi ve analizi yapıldı.

3.1.9. Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma, aşağıdaki hipotezden yola çıkılarak planlandı;

H₀: “İlişki Temelli Bakım Kurumsal Öz Değerlendirme Aracı” Türk toplumuna uygulayabilmek üzere geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir araç değildir.

H₁: “İlişki Temelli Bakım Kurumsal Öz Değerlendirme Aracı” Türk toplumuna uygulayabilmek üzere geçerliliği ve güvenilirliği yüksek bir araçtır.

3.2. Bulgular

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi ana dili Türkçe olup yurtdışında yaşamış/ yaşamakta olan iki kişiden destek alınarak gerçekleştirildi. Türkçe'ye çevirilen formlar araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından tek form haline getirildi. Aracın geri çevirisi ana dili İngilizce olup halen Türkiye'de görev yapmakta olan iki kişi tarafından yapıldı. Türkçe'ye geri çevrilen form Türk Dili ve edebiyatı uzmanı tarafından Türk dil yapısına uygunluk açısından değerlendirildi. Daha sonra araç yazarına geri gönderilerek görüşleri soruldu.

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının kapsam geçerliği amacıyla uzman görüşüne başvuruldu. Uzmanlardan ölçekteki her bir maddenin ölçme derecesini; 1= Madde çıkarılmalı, 2= Madde uygun şekilde getirilmeli, 3= Uygun olacak şekilde düzenlenmiş üçlü bir çizelge üzerinde işaretleme ve açıklamada bulunma seçeneklerinden birini seçerek değerlendirmeleri istendi. Uzman görüşleri tutarlılığına dair hesaplamalarda Lawshe formülasyonu kullanılmıştır. Kapsam geçerlik oranları (KGO), Lawshe tarafından geliştirilmiştir.

Yapılan analizler sonucunda 12, 14, 28, 30, 31'inci maddelerin KGO değerleri kritik değerin 0,49 (170) altında olduklarından elenerek form dışına çıkarıldı. Aracın geriye kalan maddelerin tamamına ait KGİ değeri sınır değerin üzerinde yer aldığından ölçeğin uzman görüşleri açısından tutarlı olduğu kabul edildi. Öte yandan $\alpha=,05$ düzeyinde anlamlı olan yani 0,49 değerinin üzerinde olup taslak araca alınmasına karar verilen maddelerin KGO ortalaması hesaplanarak kapsam geçerlik indeksi (0,79) hesaplandı. (Ek-8) Bu değer de aracın geçerliğinin uzman görüşü açısından tutarlı olduğu sonucunu ortaya koymaktadır.

Uzman görüşlerinin alınmasının ardından düzenlenen araç Kocaeli Üniversitesi EAH. ve Yeditepe Üniversitesi Hastanesi olmak üzere iki merkezde uygulandı. Değerlendirme kapsamında çalışılan grupların sosyo-demografik özellikleri Tablo 7'de listelenmiştir.

Tablo 7. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasına ait tanıtıcı bilgiler

	Gruplar	Frekans	%
Çalışılan grup	Kocaeli Üniv. EAH	309	59.5
	Yeditepe Üniv. Hast.	210	40.5
Yaş	25 ve altı	139	26.8
	26-30	175	33.7
	31-35	111	21.4
	36-40	76	14.6
	41 ve üzeri	18	3.5
Çalışılan bölüm	Dahili servisler	134	25.8
	Cerrahi servisler	104	20.0
	Poliklinik/acil servis	108	20.8
	İdari birim	33	6.4
	Hasta hizmetleri	40	7.7
	Ameliyathane	44	8.5
	Diğer (Lab., Tıbbi Hiz.)	56	10.8
Çalışma düzeni	Nöbet usulü	343	66.1
	Gündüz vardiyası	170	32.8
	Gece vardiyası	6	1.2
Kurumdaki pozisyon	Sağlık çalışanı	432	83.2
	Yönetici	27	5.2
	Diğer (İdari ve destek hiz)	60	11.6
Eğitim durumu	Lise	113	21.8
	Ön lisans	89	17.1
	Lisans	261	50.3
	Yüksek lisans ve üzeri	56	10.8
Toplam çalışma süresi	5 ve altı	234	45.1
	6-10	175	33.7
	11-15	59	11.4
	16-20	46	8.9
	21 ve üzeri	5	1.0
Mevcut kurumda çalışma süresi	5 ve altı	316	60.9
	6-10	167	32.2
	11-15	16	3.1
	16 ve üstü	20	3.9
Düzenli çalışan komitelerde görev alma	Evet	452	87.1
	Hayır	67	12.9
İlişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olma	Evet	463	89.2
	Hayır	56	10.8
İlişki temelli bakım hakkında eğitim alma	Evet	488	94.0
	Hayır	31	6.0
Toplam		519	100

Çalışılan grupların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların %59,5'unun Kocaeli Üniversitesi EAH.'den olduğu görülmüştür. Katılımcıların %33,7 oranında en fazla 26-30 yaş aralığında olduğu, %25,8'inin dahili servislerde çalıştığı, %66.1'inin nöbet usulüne göre çalıştığı, kurumdaki pozisyonları incelendiğinde %83.2'sinin sağlık çalışanı olduğu görülmüştür. Eğitim durumları incelendiğinde %21,8'inin lise mezunu olduğu, toplam çalışma sürelerinde %45,1 oranında 5 yıl ve altı olan grup aynı zamanda %60,9 oranında da mevcut bulunduğu kurumdaki çalışma süreleri içinde en yüksek yüzdeyi alan grup olmuştur. Düzenli çalışan komitelerde görev alanların yüzdesi %87,1 olup ilişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olanlar %89,2 daha önce ilişki temelli bakım hakkında eğitim alanların yüzdesi ise % 94 olarak saptanmıştır.

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı'nın Mevcut Durum Yapı Geçerliğinin Değerlendirilmesi

Tablo 8. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum için kaiser-meyer-olkin (KMO) ve bartlett's test sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliği		0,975
Bartlett's Test of Sphericity	Ki-kare Değeri	24484,582
	S.Derecesi	946
	p	.000

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,975) ve Bartlett Küresellik Testi ($\chi^2=24484,582$) sonuçları anlamlı bulundu ($p<0,01$) ve aracın faktör analizi için uygun olduğuna karar verildi. (Tablo 8)

Tablo 9. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum için temel bileşenler analizi ortak yük (communalities) değerleri

Maddeler	Var. Top.	Yük Değeri
1. İnsan onurunun, iyileşmenin temeli olduğuna ve mutlaka gözetilmesi gerektiğine inanırız. Bu nedenle her hasta ve ailesine, her çalışan tarafından, her zaman özenli ve onurlu muamele gösterilir. (Mevcut)	1,000	,638
2. Hastalar ve aileleri mümkün olduğunca kendi şift teslimlerine katılırlar. (Mevcut)	1,000	,509
3. Aileler ziyaretçi değil bakım ekibinin üyeleridir. Onları hastanın bakım işlemlerine katılma isteklerini kabul eder ve dahil ederiz. (Mevcut)	1,000	,550
4. Hastalar ve aileleri bilgilendirilir ve bu yolla bakımlarının planlamasına ve amaçların belirlenme sürecine aktif olarak dahil edilirler. (Mevcut)	1,000	,715
5. Hastaların/ailelerin bakıma yönelik bakış açılarını güncel tutmak, değişim ve gelişmeleri etkilemek için hasta ve ailesine yönelik danışma gruplarımız vardır. (Mevcut)	1,000	,563
6. Kurumumuzdaki çalışanlar öz bakım uygulamalarıyla uğraşmaları için cesaretlendirilir ve desteklenirler. (Mevcut)	1,000	,643
7. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere göstermeyiz. (Mevcut)	1,000	,713
8. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir. (Mevcut)	1,000	,764
9. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur. (Mevcut)	1,000	,746
10. Hasta ve ailenin duygusal iyilik hali, klinik çalışanlarımız ve hekimlerimiz için en üst düzeyde önceliğe sahiptir. (Mevcut)	1,000	,735
11. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir. (Mevcut)	1,000	,632
12. Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar. (Mevcut)	1,000	,681
13. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yürekten inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir. (Mevcut)	1,000	,782

Tablo 9. Devamı.

14. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız. Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmak (Mevcut)	1,000	,687
15. Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder. (Mevcut)	1,000	,759
16. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar. (Mevcut)	1,000	,787
17. Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler. (Mevcut)	1,000	,769
18. Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler. (Mevcut)	1,000	,730
19. Bölümler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır. (Mevcut)	1,000	,766
20. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır. (Mevcut)	1,000	,686
21. Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir. (Mevcut)	1,000	,749
22. Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvenebilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz. (Mevcut)	1,000	,697
23. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir. (Mevcut)	1,000	,698
24. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz. (Mevcut)	1,000	,677
25. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler. (Mevcut)	1,000	,753
26. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler. (Mevcut)	1,000	,728

Tablo 9. Devamı.

27. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur. (Mevcut)	1,000	,650
28. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer. (Mevcut)	1,000	,726
29. Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar. (Mevcut)	1,000	,603
30. Primer hemşire hasta ve ailesi ile, ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturmaktan sorumludur. (Mevcut)	1,000	,735
31. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir. (Mevcut)	1,000	,718
32. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır. (Mevcut)	1,000	,754
33. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine ileterek bakımı koordine ederler. (Mevcut)	1,000	,746
34. Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, "hastalar ve ailelerine bakım vermek" amacına odaklanır. (Mevcut)	1,000	,734
35. Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümlenerek destekler. (Mevcut)	1,000	,718
36. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir. (Mevcut)	1,000	,669
37. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir. (Mevcut)	1,000	,710
38. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir. (Mevcut)	1,000	,635
39. Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder. (Mevcut)	1,000	,744
40. Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder. (Mevcut)	1,000	,717

Tablo 9. Devamı.

41. Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar. (Mevcut)	1,000	,788
42. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar. (Mevcut)	1,000	,767
43. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır. (Mevcut)	1,000	,714
44. Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur. (Mevcut)	1,000	,702

Temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) analizi sonucunda tüm maddelerin %40'den büyük yük değeri aldıkları (min: ,509) saptandı. Bu nedenle madde eliminasyonu yapılmadan faktör analizi işlemlerine devam edildi. (Tablo 9)

Tablo 10. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum faktör analizi sonuçları

Faktörler	Başlangıç Özdeğerleri (Initial Eigenvalues)			Toplam Faktör Yükleri		
	Toplam	Açıklanan Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Açıklanan Varyans%	Kümülatif %
1	26,285	59,739	59,739	26,285	59,739	59,739
2	2,076	4,717	64,457	2,076	4,717	64,457
3	1,330	3,022	67,478	1,330	3,022	67,478
4	1,297	2,948	70,426	1,297	2,948	70,426
5	,979	2,224	72,650			
6	,858	1,950	74,600			
7	,764	1,737	76,337			
8	,665	1,511	77,848			
9	,617	1,403	79,250			
10	,597	1,357	80,607			
11	,550	1,250	81,858			
12	,523	1,190	83,047			
13	,483	1,098	84,145			
14	,439	,997	85,142			
15	,421	,958	86,100			
16	,407	,925	87,025			
17	,387	,880	87,905			
18	,361	,820	88,725			
19	,329	,748	89,472			
20	,309	,702	90,175			
21	,309	,701	90,876			
22	,282	,641	91,517			
23	,260	,590	92,107			
24	,257	,584	92,691			
25	,243	,552	93,242			
26	,235	,534	93,776			
27	,224	,508	94,285			
28	,214	,485	94,770			
29	,208	,472	95,242			
30	,197	,449	95,691			
31	,188	,426	96,117			
32	,177	,402	96,519			
33	,168	,382	96,901			

Tablo 10. Devamı.

34	,154	,351	97,251
35	,152	,345	97,597
36	,149	,338	97,934
37	,144	,326	98,261
38	,131	,297	98,558
39	,126	,287	98,845
40	,115	,260	99,105
41	,110	,249	99,354
42	,107	,243	99,598
43	,090	,205	99,803
44	,087	,197	100,000

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı faktör analizi sonucunda özdeğeri (eigen value) 1'i aşan 4 faktör belirlendi, aracın öz değeri 21'den büyük dört faktörde toplandığı görüldü. Oluşan dört faktörün açıklanan toplam varyans miktarı % 70,43'dür. Faktörlerin açıkladıkları varyans miktarları birinci faktör için % 59,74 ikinci faktör için % 4,72 üçüncü faktör için % 3,02 dördüncü faktör için de %2,95 olduğu belirlendi. İlk faktör yükünün yaklaşık %60 olması ve ikinci faktörle arasındaki yük farkının (%55,02) büyük olması aracın tek boyutlu olarak değerlendirilmesine neden oldu ve işlemler aracın tek faktörlü yapısı dikkate alınarak yapıldı. Bu amaçla faktör analizi tekrarlandı ve veriler tek faktörlü yapı için değerlendirildi. (Tablo 10)

Tablo 11. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum yinelenen temel bileşenler analizi ortak yük (communalities) değerleri

Maddeler	Var.Toplamı	Yük Değeri
1. İnsan onurunun, iyileşmenin temeli olduğuna ve mutlaka gözetilmesi gerektiğine inanırız. Bu nedenle her hasta ve ailesine, her çalışan tarafından, her zaman özenli ve onurlu muamele gösterilir. (Mevcut)	1,000	,408
2. Hastalar ve aileleri mümkün olduğunca kendi şift teslimlerine katılırlar. (Mevcut)	1,000	,144
3. Aileler ziyaretçi değil bakım ekibinin üyeleridir. Onları hastanın bakım işlemlerine katılma isteklerini kabul eder ve dahil ederiz. (Mevcut)	1,000	,240
4. Hastalar ve aileleri bilgilendirilir ve bu yolla bakımlarının planlamasına ve amaçların belirlenme sürecine aktif olarak dahil edilirler. (Mevcut)	1,000	,468
5. Hastaların/ailelerin bakıma yönelik bakış açılarını güncel tutmak, değişim ve gelişmeleri etkilemek için hasta ve ailesine yönelik danışma gruplarımız vardır. (Mevcut)	1,000	,268
6. Kurumumuzdaki çalışanlar öz bakım uygulamalarıyla uğraşmaları için cesaretlendirilir ve desteklenirler. (Mevcut)	1,000	,516
7. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz.	1,000	,514
8. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir. (Mevcut)	1,000	,583
9. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur. (Mevcut)	1,000	,625
10. Hasta ve ailenin duygusal iyilik hali, klinik çalışanlarımız ve hekimlerimiz için en üst düzeyde önceliğe sahiptir. (Mevcut)	1,000	,606
11. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir. (Mevcut)	1,000	,583
12. Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar. (Mevcut)	1,000	,604
13. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yürekten inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir. (Mevcut)	1,000	,682

Tablo 11. Devamı.

14. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız (Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmak) (Mevcut)	1,000	,573
15. Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder. (Mevcut)	1,000	,662
16. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar. (Mevcut)	1,000	,628
17. Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler. (Mevcut)	1,000	,679
18. Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler. (Mevcut)	1,000	,639
19. Bölümler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır. (Mevcut)	1,000	,739
20. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır. (Mevcut)	1,000	,640
21. Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir. (Mevcut)	1,000	,713
22. Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvenebilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz. (Mevcut)	1,000	,541
23. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir. (Mevcut)	1,000	,671
24. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz. (Mevcut)	1,000	,622
25. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler. (Mevcut)	1,000	,721
26. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler. (Mevcut)	1,000	,707

Tablo 11. Devamı.

27. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur. (Mevcut)	1,000	,636
28. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer. (Mevcut)	1,000	,709
29. Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar. (Mevcut)	1,000	,557
30. Primer hemşire hasta ve ailesi ile ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturmaktan sorumludur. (Mevcut)	1,000	,710
31. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir. (Mevcut)	1,000	,666
32. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır. (Mevcut)	1,000	,697
33. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine iletterek bakımı koordine ederler. (Mevcut)	1,000	,657
34. Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, "hastalar ve ailelerine bakım vermek" amacına odaklanır. (Mevcut)	1,000	,664
35. Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümlenerek destekler. (Mevcut)	1,000	,662
36. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir. (Mevcut)	1,000	,573
37. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir. (Mevcut)	1,000	,638
38. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir. (Mevcut)	1,000	,532
39. Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder. (Mevcut)	1,000	,614
40. Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder. (Mevcut)	1,000	,648

Tablo 11. Devamı.

41. Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar. (Mevcut)	1,000	,736
42. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar. (Mevcut)	1,000	,665
43. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır. (Mevcut)	1,000	,630
44. Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur. (Mevcut)	1,000	,517

Tekrarlanan faktör analizlerinin sonucunda Temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) analizi sonucunda üç madde hariç (2. 3. 5. Maddeler) tüm maddelerin %40'den büyük yük değeri aldıkları saptandı. Bu nedenle 2. 3. 5. maddeler elenerek faktör analizi tekrarlandı. (Tablo 11)

Tablo 12. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum tekrarlanan faktör analizi sonuçları

Faktörler	Başlangıç Özdeğerleri (Initial Eigenvalues)			Toplam Faktör Yükleri		
	Toplam	Açıklanan Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Açıklanan Varyans%	Kümülatif %
1	25,658	62,581	62,581	25,658	62,581	62,581
2	2,032	4,955	67,536			
3	1,272	3,101	70,638			
4	,925	2,257	72,894			
5	,882	2,150	75,044			
6	,664	1,619	76,664			
7	,620	1,513	78,177			
8	,589	1,436	79,612			
9	,530	1,293	80,905			
10	,510	1,244	82,149			
11	,477	1,163	83,313			
12	,458	1,117	84,430			
13	,432	1,054	85,484			
14	,408	,994	86,478			
15	,387	,943	87,421			
16	,367	,895	88,316			
17	,335	,817	89,133			
18	,317	,774	89,907			
19	,295	,721	90,627			
20	,275	,672	91,299			
21	,263	,640	91,939			
22	,257	,628	92,567			
23	,241	,588	93,155			
24	,226	,551	93,706			
25	,221	,539	94,245			
26	,218	,531	94,776			
27	,211	,515	95,290			
28	,189	,460	95,750			

Tablo 12. Devamı.

29	,183	,448	96,198
30	,170	,415	96,612
31	,158	,385	96,997
32	,154	,376	97,374
33	,150	,366	97,740
34	,146	,357	98,097
35	,134	,326	98,423
36	,128	,312	98,735
37	,117	,284	99,019
38	,113	,274	99,294
39	,109	,265	99,559
40	,091	,223	99,782
41	,090	,218	100,000

Faktör analizi temel bileşenler analizi üzerinden 41 madde ile ve tek faktör ile başlatıldı. Tabloda sonuçlar incelendiğinde ilk faktörün Eigen değerinin 25,66 olduğu ve açıkladığı faktör yükünün %62,58 gibi çok yüksek bir değer olduğu görüldü. (Tablo 12)

Tablo 13. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum döndürülmemiş (unrotated) bileşenler matriksi

Maddeler	Faktör
19. Bölümler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır. (Mevcut)	,861
41. Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar. (Mevcut)	,859
25. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler. (Mevcut)	,851
21. Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir. (Mevcut)	,846
30. Primer hemşire hasta ve ailesi ile ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturmaktan sorumludur. (Mevcut)	,844
28. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer. (Mevcut)	,843
26. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler. (Mevcut)	,841
32. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır. (Mevcut)	,837
13. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yüreктen inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir. (Mevcut)	,826
17. Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler. (Mevcut)	,825
23. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir. (Mevcut)	,820
31. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir. (Mevcut)	,818
34. Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, "hastalar ve ailelerine bakım vermek" amacına odaklanır. (Mevcut)	,817
35. Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümlenerek destekler. (Mevcut)	,816
42. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar. (Mevcut)	,816
15. Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder. (Mevcut)	,816
33. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine ileterek bakımı koordine ederler. (Mevcut)	,812
40. Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder. (Mevcut)	,805

Tablo 13. Devamı.

20. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır. (Mevcut)	,801
37. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir. (Mevcut)	,800
27. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur. (Mevcut)	,798
18. Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler. (Mevcut)	,797
43. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır. (Mevcut)	,795
16. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar. (Mevcut)	,792
24. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz. (Mevcut)	,791
9. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur. (Mevcut)	,790
39. Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder. (Mevcut)	,785
12. Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar. (Mevcut)	,777
10. Hasta ve ailenin duygusal iyilik hali, klinik çalışanlarımız ve hekimlerimiz için en üst düzeyde önceliğe sahiptir. (Mevcut)	,775
8. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir. (Mevcut)	,765
11. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir. (Mevcut)	,762
36. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir. (Mevcut)	,757
14. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız. Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmak	,756
29. Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar. (Mevcut)	,746
22. Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvenebilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz. (Mevcut)	,738

Tablo 13. Devamı.

38. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir. (Mevcut)	,730
44. Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur. (Mevcut)	,717
7. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere tolerans gösterilir.	,717
6. Kurumumuzdaki çalışanlar öz bakım uygulamalarıyla uğraşmaları için cesaretlendirilir ve desteklenirler. (Mevcut)	,713
4. Hastalar ve aileleri bilgilendirilir ve bu yolla bakımlarının planlamasına ve amaçların belirlenme sürecine aktif olarak dahil edilirler. (Mevcut)	,675
1. İnsan onurunun, iyileşmenin temeli olduğuna ve mutlaka gözetilmesi gerektiğine inanırız. Bu nedenle her hasta ve ailesine, her çalışan tarafından, her zaman özenli ve onurlu muamele gösterilir. (Mevcut)	,638

Maddelerin belirlenen tek faktöre olan katkılarını saptamak amacı ile döndürülmemiş matriksler hesaplandı. Tabloda tüm maddelerin faktörden aldıkları yük değerleri %50'nin üzerindedir. Yükü en düşük olan maddenin yük değerinin yaklaşık %64 olması, aynı zamanda ölçeğin tek boyutlu yapısını desteklemektedir. (Tablo 13)

Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek üzere, iç tutarlık analizlerine geçildi, bu amaçla Cronbach's alfa katsayısı hesaplandı.

Tablo 14. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum iç tutarlık için yapılan cronbach's alfa katsayıları

Maddeler	Ölçek Ort. (Madde elendikten sonra)	Ölçek Var. (Madde elendikten sonra)	Düzeltilmiş madde-toplam	Madde elendikten sonra Alfa
1. İnsan onurunun, iyileşmenin temeli olduğuna ve mutlaka gözetilmesi gerektiğine inanırız. Bu nedenle her hasta ve ailesine, her çalışan tarafından, her zaman özenli ve onurlu muamele gösterilir. (Mevcut)	217,91	7903,419	,624	,985
4. Hastalar ve aileleri bilgilendirilir ve bu yolla bakımlarının planlamasına ve amaçların belirlenme sürecine aktif olarak dahil edilirler. (Mevcut)	218,24	7889,200	,662	,985
6. Kurumumuzdaki çalışanlar öz bakım uygulamalarıyla uğraşmaları için cesaretlendirilir ve desteklenirler. (Mevcut)	219,08	7851,963	,701	,985
7. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere tolerans gös	218,27	7856,765	,705	,985
8. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir. (Mevcut)	218,31	7849,620	,754	,985
9. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur. (Mevcut)	218,76	7824,723	,780	,984
10. Hasta ve ailenin duygusal iyilik hali, klinik çalışanlarımız ve hekimlerimiz için en üst düzeyde önceliğe sahiptir. (Mevcut)	218,66	7834,320	,765	,985
11. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir. (Mevcut)	219,01	7835,199	,750	,985
12. Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar. (Mevcut)	219,41	7824,369	,766	,985

Tablo 14. Devamı.

13. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yürekten inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir. (Mevcut)	219,00	7811,017	,816	,984
14. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız.(Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmak	219,07	7851,611	,743	,985
15. Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder. (Mevcut)	218,74	7830,852	,805	,984
16. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar. (Mevcut)	219,24	7831,672	,780	,984
17. Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler. (Mevcut)	219,03	7821,563	,814	,984
18. Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler. (Mevcut)	219,48	7826,150	,785	,984
19. Bölümler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır. (Mevcut)	219,03	7797,635	,852	,984
20. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır. (Mevcut)	218,57	7840,068	,787	,984
21. Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir. (Mevcut)	218,49	7806,930	,836	,984
22. Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvенеbilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz. (Mevcut)	217,96	7868,280	,723	,985
23. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir. (Mevcut)	218,85	7830,432	,809	,984
24. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz. (Mevcut)	218,61	7830,907	,778	,984

Tablo 14. Devamı.

25. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler. (Mevcut)	218,64	7791,745	,841	,984
26. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler. (Mevcut)	218,62	7813,743	,832	,984
27. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur. (Mevcut)	218,91	7799,357	,786	,984
28. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer. (Mevcut)	218,57	7780,481	,833	,984
29. Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar. (Mevcut)	219,20	7831,008	,732	,985
30. Primer hemşire hasta ve ailesi ile ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturmaktan sorumludur. (Mevcut)	218,55	7773,630	,834	,984
31. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir. (Mevcut)	218,53	7814,408	,807	,984
32. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır. (Mevcut)	218,94	7795,153	,826	,984
33. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine ileterek bakımı koordine ederler. (Mevcut)	218,70	7816,767	,799	,984
34. Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, "hastalar ve ailelerine bakım vermek" amacına odaklanır. (Mevcut)	218,92	7817,515	,804	,984
35. Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümlenerek destekler. (Mevcut)	218,89	7812,667	,804	,984
36. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir. (Mevcut)	219,68	7859,820	,743	,985

Tablo 14. Devamı.

37. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir. (Mevcut)	219,17	7849,149	,788	,984
38. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir. (Mevcut)	218,91	7861,980	,716	,985
39. Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder. (Mevcut)	218,94	7852,125	,772	,985
40. Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder. (Mevcut)	219,07	7836,936	,792	,984
41. Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar. (Mevcut)	219,20	7788,232	,848	,984
42. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar. (Mevcut)	219,09	7826,232	,804	,984
43. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır. (Mevcut)	219,21	7818,785	,783	,984
44. Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur. (Mevcut)	219,75	7859,776	,702	,985
Toplam için alfa		,985		

Tabloda ölçeğin güvenilirliğini belirlemek üzere, iç tutarlık değerini belirlemek için yapılan analizlerin ardından ölçeği tamamı için Cronbach's alfa katsayısı 0,985 olarak belirlendi ve maddelerin içinde alfa değerini düşüren bir maddenin de olmadığı saptandı. Bu durum, bir aşamalı güvenilirlik analizlerinin ardından alfa değerinin 0,985'den daha yüksek olamayacağı ve güvenilirlik için madde eleme işlemi gerekmediği sonucunu doğurdu. (Tablo 14)

Tablo 15. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum maddelerinin ayırt ediciliklerini belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Madde 1	Alt	140	3,58	2,390	,202	-19,473	278	,000
	Üst	140	8,61	1,910	,161			
Madde 4	Alt	140	3,44	2,064	,174	-20,072	278	,000
	Üst	140	8,32	2,008	,170			
Madde 6	Alt	140	2,50	1,543	,130	-21,072	278	,000
	Üst	140	7,71	2,488	,210			
Madde 7	Alt	140	3,06	1,873	,158	-23,823	278	,000
	Üst	140	8,44	1,905	,161			
Madde 8	Alt	140	3,11	1,771	,150	-26,401	278	,000
	Üst	140	8,44	1,597	,135			
Madde 9	Alt	140	2,61	1,598	,135	-26,606	278	,000
	Üst	140	8,24	1,926	,163			
Madde 10	Alt	140	2,80	1,667	,141	-24,841	278	,000
	Üst	140	8,26	1,994	,169			
Madde 11	Alt	140	2,81	1,639	,138	-23,220	278	,000
	Üst	140	8,04	2,096	,177			
Madde 12	Alt	140	2,07	1,256	,106	-27,376	278	,000
	Üst	140	7,73	2,098	,177			
Madde 13	Alt	140	2,44	1,195	,101	-31,379	278	,000
	Üst	140	8,16	1,796	,152			
Madde 14	Alt	140	2,63	1,533	,130	-22,629	278	,000
	Üst	140	7,84	2,255	,191			
Madde 15	Alt	140	2,81	1,442	,122	-29,743	278	,000
	Üst	140	8,36	1,672	,141			
Madde 16	Alt	140	2,49	1,349	,114	-27,429	278	,000
	Üst	140	7,79	1,846	,156			
Madde 17	Alt	140	2,53	1,294	,109	-34,348	278	,000
	Üst	140	8,21	1,467	,124			
Madde 18	Alt	140	2,19	1,286	,109	-30,080	278	,000
	Üst	140	7,80	1,792	,151			
Madde 19	Alt	140	2,16	1,191	,101	-37,233	278	,000
	Üst	140	8,18	1,495	,126			
Madde 20	Alt	140	3,04	1,837	,155	-27,296	278	,000
	Üst	140	8,48	1,481	,125			
Madde 21	Alt	140	2,63	1,495	,126	-36,346	278	,000
	Üst	140	8,64	1,264	,107			
Madde 22	Alt	140	3,59	2,122	,179	-23,728	278	,000
	Üst	140	8,85	1,545	,131			
Madde 23	Alt	140	2,59	1,484	,125	-28,873	278	,000
	Üst	140	8,21	1,766	,149			

Tablo 15. Devami.

Madde 24	Alt	140	2,91	1,793	,152	-27,549	278	,000
	Üst	140	8,46	1,570	,133			
Madde 25	Alt	140	2,46	1,761	,149	-32,200	278	,000
	Üst	140	8,61	1,413	,119			
Madde 26	Alt	140	2,74	1,655	,140	-32,653	278	,000
	Üst	140	8,66	1,366	,115			
Madde 27	Alt	140	2,55	1,271	,107	-29,756	278	,000
	Üst	140	8,54	2,012	,170			
Madde 28	Alt	140	2,54	1,277	,108	-42,015	278	,000
	Üst	140	8,96	1,280	,108			
Madde 29	Alt	140	2,49	1,566	,132	-23,905	278	,000
	Üst	140	8,09	2,287	,193			
Madde 30	Alt	140	2,36	1,469	,124	-39,323	278	,000
	Üst	140	8,90	1,310	,111			
Madde 31	Alt	140	2,78	1,662	,140	-30,788	278	,000
	Üst	140	8,60	1,497	,127			
Madde 32	Alt	140	2,24	1,280	,108	-33,417	278	,000
	Üst	140	8,49	1,805	,153			
Madde 33	Alt	140	2,98	1,711	,145	-30,028	278	,000
	Üst	140	8,76	1,502	,127			
Madde 34	Alt	140	2,92	1,815	,153	-27,385	278	,000
	Üst	140	8,62	1,664	,141			
Madde 35	Alt	140	2,74	1,794	,152	-28,320	278	,000
	Üst	140	8,50	1,607	,136			
Madde 36	Alt	140	2,09	1,297	,110	-22,143	278	,000
	Üst	140	7,26	2,436	,206			
Madde 37	Alt	140	2,65	1,393	,118	-26,427	278	,000
	Üst	140	8,01	1,956	,165			
Madde 38	Alt	140	2,84	1,898	,160	-22,668	278	,000
	Üst	140	8,14	2,008	,170			
Madde 39	Alt	140	2,97	1,573	,133	-29,553	278	,000
	Üst	140	8,31	1,450	,123			
Madde 40	Alt	140	2,76	1,302	,110	-28,150	278	,000
	Üst	140	8,12	1,841	,156			
Madde 41	Alt	140	2,24	1,429	,121	-35,609	278	,000
	Üst	140	8,42	1,474	,125			
Madde 42	Alt	140	2,61	1,365	,115	-28,942	278	,000
	Üst	140	8,19	1,827	,154			
Madde 43	Alt	140	2,56	1,395	,118	-27,193	278	,000
	Üst	140	8,14	1,986	,168			
Madde 44	Alt	140	2,29	1,442	,122	-19,087	278	,000
	Üst	140	7,21	2,684	,227			

Ölçek maddelerinin ayırt ediciliklerini belirlemek üzere %27 ve alt %27'lik grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığı aritmetik ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız grup t-testi (independent samples t test) tüm gruplar için farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < ,001$). Söz konusu farklılıklar üst %27'lik gruplar lehine gerçekleşmiştir. Elde edilen sonuçlar maddelerin ayırt edici olduğunu ortaya koymaktadır. (Tablo 15)



Tablo 16. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı mevcut durum madde-toplam (Item-Total) ve madde kalan (Item-Reminder) korelasyon sonuçları

Maddeler	N	Madde Toplam		Madde Kalan	
		r	p	r	p
Madde 1	519	,643	,000	,624	,000
Madde 4	519	,679	,000	,662	,000
Madde 6	519	,718	,000	,701	,000
Madde 7	519	,721	,000	,705	,000
Madde 8	519	,767	,000	,754	,000
Madde 9	519	,792	,000	,780	,000
Madde 10	519	,777	,000	,765	,000
Madde 11	519	,763	,000	,750	,000
Madde 12	519	,779	,000	,766	,000
Madde 13	519	,826	,000	,816	,000
Madde 14	519	,757	,000	,743	,000
Madde 15	519	,815	,000	,805	,000
Madde 16	519	,792	,000	,780	,000
Madde 17	519	,824	,000	,814	,000
Madde 18	519	,797	,000	,785	,000
Madde 19	519	,860	,000	,852	,000
Madde 20	519	,798	,000	,787	,000
Madde 21	519	,845	,000	,836	,000
Madde 22	519	,737	,000	,723	,000
Madde 23	519	,819	,000	,809	,000
Madde 24	519	,790	,000	,778	,000
Madde 25	519	,850	,000	,841	,000
Madde 26	519	,841	,000	,832	,000
Madde 27	519	,799	,000	,786	,000
Madde 28	519	,843	,000	,833	,000
Madde 29	519	,747	,000	,732	,000
Madde 30	519	,844	,000	,834	,000
Madde 31	519	,817	,000	,807	,000
Madde 32	519	,836	,000	,826	,000
Madde 33	519	,810	,000	,799	,000
Madde 34	519	,815	,000	,804	,000
Madde 35	519	,815	,000	,804	,000
Madde 36	519	,757	,000	,743	,000
Madde 37	519	,799	,000	,788	,000
Madde 38	519	,730	,000	,716	,000
Madde 39	519	,783	,000	,772	,000
Madde 40	519	,803	,000	,792	,000
Madde 41	519	,857	,000	,848	,000
Madde 42	519	,815	,000	,804	,000
Madde 43	519	,795	,000	,783	,000
Madde 44	519	,718	,000	,702	,000

Tablo 16’da İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı mevcut durum madde-toplam (item-total) ve madde kalan (item-reminder) korelasyon sonuçları yera almaktadır. Tabloda görüldüğü üzere madde toplam korelasyon katsayıları 0,64 - 0,86; madde kalan korelasyon katsayıları 0,62 -0,85 arasında değişmektedir. Bu korelasyon katsayıları genel kabul gören 0,30 üstündendir. Ayrıca madde toplam ve madde kalan analizlerinde tüm maddelerin korelasyonlarının $p<,001$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Tüm bu sonuçlar tüm maddelerin aynı yapı içinde olduğunu ortaya koymaktadır.

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı’nın İstenen Durum Yapı Geçerlilik Faktör Analiz Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Bartlett's küresellik testi sonuçları Tablo 17’de yer almaktadır.

Tablo 17. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı’nın istenen durum kaiser-meyer-olkin (KMO) ve bartlett's testi değerleri

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		,969
	Ki-kare Değeri	22498,786
Bartlett's Test of Sphericity	S. derecesi	946
	p	,000

Yapılan Kaiser-Meyer-Olkin testinde KMO değeri 0,969 olarak Bartlett's değeri de anlamlı ($p<,001$) olarak hesaplanmıştır. (Tablo 17)

Tablo 18. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum yapı geçerlilik faktör analiz sonuçlarının ortak yük (communalities) değerleri

Maddeler	Var.Toplam 1	Yük Değer i
1. İnsan onurunun, iyileşmenin temeli olduğuna ve mutlaka gözetilmesi gerektiğine inanırız. Bu nedenle her hasta ve ailesine, her çalışan tarafından, her zaman özenli ve onurlu muamele gösterilir. (İstenen)	1,000	,420
2. Hastalar ve aileleri mümkün olduğunca kendi şift teslimlerine katılırlar. (İstenen)	1,000	,575
3. Aileler ziyaretçi değil bakım ekibinin üyeleridir. Onları hastanın bakım işlemlerine katılma isteklerini kabul eder ve dahil ederiz. (İstenen)	1,000	,624
4. Hastalar ve aileleri bilgilendirilir ve bu yolla bakımlarının planlamasına ve amaçların belirlenme sürecine aktif olarak dahil edilirler. (İstenen)	1,000	,654
5. Hastaların/ailelerin bakıma yönelik bakış açılarını güncel tutmak, değişim ve gelişmeleri etkilemek için hasta ve ailesine yönelik danışma gruplarımız vardır. (İstenen)	1,000	,594
6. Kurumumuzdaki çalışanlar öz bakım uygulamalarıyla uğraşmaları için cesaretlendirilir ve desteklenirler. (İstenen)	1,000	,591
7. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz.	1,000	,658
8. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir. (İstenen)	1,000	,705
9. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur. (İstenen)	1,000	,705
10. Hasta ve ailenin duygusal iyilik hali, klinik çalışanlarımız ve hekimlerimiz için en üst düzeyde önceliğe sahiptir. (İstenen)	1,000	,610
11. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir. (İstenen)	1,000	,627
12. Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar. (İstenen)	1,000	,671
13. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yürekten inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir. (İstenen)	1,000	,637

Tablo 18. Devamı.

14. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız.(Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmak	1,000	,641
15. Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder. (İstenen)	1,000	,725
16. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar. (İstenen)	1,000	,797
17. Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler. (İstenen)	1,000	,758
18. Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler. (İstenen)	1,000	,798
19. Bölümler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır. (İstenen)	1,000	,743
20. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır. (İstenen)	1,000	,820
21. Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir. (İstenen)	1,000	,742
22. Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvenebilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz. (İstenen)	1,000	,695
23. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir. (İstenen)	1,000	,633
24. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz. (İstenen)	1,000	,656
25. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler. (İstenen)	1,000	,718
26. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler. (İstenen)	1,000	,718

Tablo 18. Devamı.

27. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur. (İstenen)	1,000	,742
28. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer. (İstenen)	1,000	,725
29. Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar. (İstenen)	1,000	,713
30. Primer hemşire hasta ve ailesi ile, ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturmaktan sorumludur. (İstenen)	1,000	,724
31. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir. (İstenen)	1,000	,720
32. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır. (İstenen)	1,000	,613
33. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine ileterek bakımı koordine ederler. (İstenen)	1,000	,801
34. Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, "hastalar ve ailelerine bakım vermek" amacına odaklanır. (İstenen)	1,000	,700
35. Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümlenerek destekler. (İstenen)	1,000	,770
36. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir. (İstenen)	1,000	,775
37. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir. (İstenen)	1,000	,753
38. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir. (İstenen)	1,000	,657
39. Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder. (İstenen)	1,000	,676
40. Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder. (İstenen)	1,000	,785

Tablo 18. Devamı.

41. Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar. (İstenen)	1,000	,742
42. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar. (İstenen)	1,000	,787
43. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır. (İstenen)	1,000	,754
44. Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur. (İstenen)	1,000	,738

Temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) analizi sonucunda tüm maddelerin %40'den büyük yük değeri aldıkları (min: ,420) saptanmıştır. (Tablo 18) Bu nedenle madde eliminasyonu yapılmadan faktör analizi işlemlerine devam edilmiştir.

Tablo 19. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum yapı geçerlilik faktör analizi sonuçları

Faktörler	Başlangıç Özdeğerleri (Initial Eigenvalues)			Toplam Faktör Yükleri		
	Toplam	Açıklanan Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Açıklanan Varyans%	Kümülatif %
1	23,909	54,340	54,340	23,909	54,340	54,340
2	2,947	6,697	61,037	2,947	6,697	61,037
3	1,478	3,360	64,397	1,478	3,360	64,397
4	1,281	2,911	67,307	1,281	2,911	67,307
5	1,072	2,437	69,744	1,072	2,437	69,744
6	,914	2,077	71,821			
7	,890	2,024	73,845			
8	,799	1,815	75,660			
9	,686	1,559	77,219			
10	,604	1,373	78,592			
11	,598	1,359	79,951			
12	,574	1,304	81,255			
13	,552	1,254	82,509			
14	,522	1,186	83,695			
15	,471	1,071	84,766			
16	,438	,996	85,762			
17	,427	,970	86,732			
18	,392	,891	87,623			
19	,391	,889	88,511			
20	,359	,815	89,326			
21	,333	,757	90,083			
22	,303	,688	90,771			
23	,299	,679	91,450			
24	,285	,648	92,098			
25	,272	,618	92,716			
26	,255	,580	93,296			
27	,242	,550	93,846			
28	,232	,528	94,374			
29	,226	,513	94,887			
30	,216	,490	95,377			
31	,206	,469	95,846			
32	,193	,439	96,285			
33	,181	,411	96,696			

Tablo 19. Devamı.

34	,178	,404	97,100
35	,172	,392	97,492
36	,156	,354	97,846
37	,145	,330	98,176
38	,138	,315	98,490
39	,133	,303	98,794
40	,125	,283	99,077
41	,112	,255	99,332
42	,110	,249	99,582
43	,098	,224	99,806
44	,086	,194	100,000

Faktör analizi temel bileşenler analizi üzerinden 44 madde ile ve 1 eigen değeri ile başlatılmıştır. Ölçeğin öz değeri 1'den büyük beş faktörde toplandığı belirlenmiştir. Oluşan beş faktörün açıklanan toplam varyans miktarı % 69,74'dür. Faktörlerin açıkladıkları varyans miktarları birinci faktör için % 54,34 ikinci faktör için % 6,70 üçüncü faktör için % 3,36 dördüncü faktör için %2,91 beşinci faktör için de %2,44 olduğu belirlenmiştir. İlk faktör yükünün yaklaşık %55 olması ve ikinci faktörle arasındaki yük farkının (%51,90) büyük olması ölçeğin tek boyutlu olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüştü ve işlemler ölçeğin tek faktörlü yapısı dikkate alınarak sürdürülmüştür. (Tablo 19) Bu amaçla faktör analizi tekrarlanmış ve veriler tek faktörlü yapı için değerlendirilmiştir.

Tablo 20. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum yinelenen kaiser-meyer-olkin (KMO) ve bartlett's testi değerleri

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		,969
	Ki-kare Değeri	22498,786
Bartlett's Test of Sphericity	S.Derecesi	946
	p	,000

Tablo 20'de görüldüğü üzere KMO değeri KMO=,969 olarak Bartlett's değeri de anlamlı ($p<,001$) olarak hesaplanmıştır. Bu değerler örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu ve oluşan faktöryel yapının açıklanabilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 21. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum yinelenen faktör analizi sonuçları ortak yük (communalities) değerleri

Maddeler	Var.Toplam ı	Yük Değeri
1. İnsan onurunun, iyileşmenin temeli olduğuna ve mutlaka gözetilmesi gerektiğine inanırız. Bu nedenle her hasta ve ailesine, her çalışan tarafından, her zaman özenli ve onurlu muamele gösterilir. (İstenen)	1,000	,242
2. Hastalar ve aileleri mümkün olduğunca kendi şift teslimlerine katılırlar. (İstenen)	1,000	,037
3. Aileler ziyaretçi değil bakım ekibinin üyeleridir. Onları hastanın bakım işlemlerine katılma isteklerini kabul eder ve dahil ederiz. (İstenen)	1,000	,161
4. Hastalar ve aileleri bilgilendirilir ve bu yolla bakımlarının planlamasına ve amaçların belirlenme sürecine aktif olarak dahil edilirler. (İstenen)	1,000	,314
5. Hastaların/ailelerin bakıma yönelik bakış açılarını güncel tutmak, değişim ve gelişmeleri etkilemek için hasta ve ailesine yönelik danışma gruplarımız vardır. (İstenen)	1,000	,226
6. Kurumumuzdaki çalışanlar öz bakım uygulamalarıyla uğraşmaları için cesaretlendirilir ve desteklenirler. (İstenen)	1,000	,356
7. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz.	1,000	,455
8. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir. (İstenen)	1,000	,499
9. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur. (İstenen)	1,000	,498
10. Hasta ve ailenin duygusal iyilik hali, klinik çalışanlarımız ve hekimlerimiz için en üst düzeyde önceliğe sahiptir. (İstenen)	1,000	,388
11. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir. (İstenen)	1,000	,498
12. Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar. (İstenen)	1,000	,552
13. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yürekten inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir. (İstenen)	1,000	,507

Tablo 21. Devamı.

14. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız.(Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmak	1,000	,537
15. Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder. (İstenen)	1,000	,605
16. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar. (İstenen)	1,000	,703
17. Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler. (İstenen)	1,000	,665
18. Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler. (İstenen)	1,000	,690
19. Bölümler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır. (İstenen)	1,000	,704
20. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır. (İstenen)	1,000	,692
21. Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir. (İstenen)	1,000	,658
22. Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvenebilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz. (İstenen)	1,000	,582
23. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir. (İstenen)	1,000	,562
24. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz. (İstenen)	1,000	,610
25. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler. (İstenen)	1,000	,688
26. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler. (İstenen)	1,000	,678
27. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur. (İstenen)	1,000	,607

Tablo 21. Devamı.

28. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer. (İstenen)	1,000	,554
29. Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar. (İstenen)	1,000	,544
30. Primer hemşire hasta ve ailesi ile, ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturmaktan sorumludur. (İstenen)	1,000	,632
31. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir. (İstenen)	1,000	,605
32. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır. (İstenen)	1,000	,502
33. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine ileterek bakımı koordine ederler. (İstenen)	1,000	,700
34. Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, "hastalar ve ailelerine bakım vermek" amacına odaklanır. (İstenen)	1,000	,593
35. Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümleyerek destekler. (İstenen)	1,000	,602
36. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir. (İstenen)	1,000	,703
37. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir. (İstenen)	1,000	,633
38. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir. (İstenen)	1,000	,526
39. Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder. (İstenen)	1,000	,527
40. Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder. (İstenen)	1,000	,660
41. Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar. (İstenen)	1,000	,616
42. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar. (İstenen)	1,000	,648

Tablo 21. Devamı.

43. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır. (İstenen)	1,000	,573
44. Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur. (İstenen)	1,000	,577

Temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) analizi sonucunda yedi madde hariç (1. , 2. , 3. , 4. , 5. , 6. , 10. Maddeler) tüm maddelerin %40'den büyük yük değeri aldıkları saptanmıştır. Bu nedenle söz konusu maddeler elenerek faktör analizi tekrarlanmıştır. (Tablo 22)

Tablo 22. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum eleme sonrası kaiser-meyer-olkin (KMO) ve bartlett's testi değerleri

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği		,972
	Ki-kare Değeri	20250,687
Bartlett's Test of Sphericity	S.Derecesi	666
	p	,000

Tablo 22'de görüldüğü üzere KMO değeri 0,972 olarak Bartlett's değeri de anlamlı ($p < ,001$) olarak hesaplanmıştır. Bu değerler örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu ve oluşan faktöryel yapının açıklanabilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 23. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum eleme sonrası ortak yük (communalities) değerleri

Maddeler	Var.Toplamı	Yük Değeri
7. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere tolerans gösterilmez. (İstenen)	1,000	,427
8. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir. (İstenen)	1,000	,474
9. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur. (İstenen)	1,000	,464
11. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir. (İstenen)	1,000	,472
12. Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar. (İstenen)	1,000	,532
13. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yürekten inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir. (İstenen)	1,000	,484
14. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız.(Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmak)	1,000	,527
15. Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder. (İstenen)	1,000	,600
16. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar. (İstenen)	1,000	,699
17. Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler. (İstenen)	1,000	,665
18. Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler. (İstenen)	1,000	,697
19. Bölümler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır. (İstenen)	1,000	,709

Tablo 23. Devamı.

20. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır. (İstenen)	1,000	,714
21. Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir. (İstenen)	1,000	,668
22. Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvenebilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz. (İstenen)	1,000	,595
23. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir. (İstenen)	1,000	,554
24. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz. (İstenen)	1,000	,603
25. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler. (İstenen)	1,000	,696
26. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler. (İstenen)	1,000	,687
27. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur. (İstenen)	1,000	,608
28. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer. (İstenen)	1,000	,551
29. Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar. (İstenen)	1,000	,542
30. Primer hemşire hasta ve ailesi ile ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturmaktan sorumludur. (İstenen)	1,000	,635
31. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir. (İstenen)	1,000	,614
32. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır. (İstenen)	1,000	,517

Tablo 23. Devamı.

33. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine ileterek bakımı koordine ederler. (İstenen)	1,000	,728
34. Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, "hastalar ve ailelerine bakım vermek" amacına odaklanır. (İstenen)	1,000	,608
35. Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümlenerek destekler. (İstenen)	1,000	,621
36. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir. (İstenen)	1,000	,720
37. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir. (İstenen)	1,000	,655
38. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir. (İstenen)	1,000	,538
39. Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder. (İstenen)	1,000	,537
40. Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder. (İstenen)	1,000	,682
41. Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar. (İstenen)	1,000	,637
42. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar. (İstenen)	1,000	,669
43. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır. (İstenen)	1,000	,586
44. Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur. (İstenen)	1,000	,591

Temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) analizi sonucunda tüm maddelerin %40'den büyük yük değeri aldıkları (min: ,427) saptanmıştır. (Tablo 23) Bu nedenle madde eliminasyonu yapılmadan faktör analizi işlemlerine devam edilmiştir.

Tablo 24. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum eleme sonrası faktör analizi sonuçları

Faktörler	Başlangıç Özdeğerleri (Initial Eigenvalues)			Toplam Faktör Yükleri		
	Toplam	Açıklanan Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Açıklanan Varyans%	Kümülatif %
1	22,308	60,291	60,291	22,308	60,291	60,291
2	2,085	5,635	65,926			
3	1,308	3,534	69,460			
4	1,035	2,796	72,256			
5	,828	2,236	74,492			
6	,733	1,980	76,473			
7	,698	1,886	78,359			
8	,564	1,524	79,883			
9	,547	1,478	81,360			
10	,526	1,421	82,781			
11	,456	1,232	84,013			
12	,424	1,146	85,159			
13	,406	1,097	86,256			
14	,389	1,052	87,308			
15	,339	,918	88,226			
16	,324	,875	89,100			
17	,315	,850	89,950			
18	,299	,808	90,759			
19	,268	,726	91,484			
20	,261	,704	92,189			
21	,248	,670	92,859			
22	,238	,644	93,503			
23	,228	,615	94,118			
24	,222	,599	94,717			
25	,206	,556	95,273			
26	,199	,539	95,812			
27	,188	,508	96,321			
28	,182	,492	96,813			
29	,175	,473	97,286			
30	,153	,412	97,698			
31	,149	,402	98,100			
32	,145	,391	98,491			
33	,133	,358	98,850			

Tablo 24. Devamı.

34	,122	,330	99,180
35	,113	,304	99,484
36	,102	,276	99,760
37	,089	,240	100,000

Faktör analizi temel bileşenler analizi üzerinden 37 madde ile ve tek faktör beklentisi ile başlatılmıştır. Tabloda sonuçlar incelendiğinde ilk faktörün Eigen değerinin 22,31 olduğu ve açıkladığı faktör yükünün %60,29 gibi çok yüksek bir değer olduğu görülmektedir. (Tablo 24) Bu sonucun ardından maddelerin bu faktöre olan katkılarını saptamak amacı ile döndürülmemiş matrisler hesaplanmış ve elde edilen değerler aşağıda verilmiştir.

Tablo 25. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum eleme sonrası döndürülmemiş (unrotated) bileşenler matrisi

Maddeler	Faktör 1
33. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine ileterek bakımı koordine ederler. (İstenen)	,853
36. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir. (İstenen)	,848
20. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır. (İstenen)	,845
19. Bölümler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır. (İstenen)	,842
25. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler. (İstenen)	,836
18. Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler. (İstenen)	,835
26. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler. (İstenen)	,835
40. Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder. (İstenen)	,829
21. Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir. (İstenen)	,826
16. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar. (İstenen)	,818
42. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar. (İstenen)	,817
17. Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler. (İstenen)	,816
41. Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar. (İstenen)	,809
37. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir. (İstenen)	,798
30. Primer hemşire hasta ve ailesi ile ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturmaktan sorumludur. (İstenen)	,797
24. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz. (İstenen)	,788

Tablo 25. Devamı.

44. Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur. (İstenen)	,784
22. Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvenebilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz. (İstenen)	,780
34. Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, "hastalar ve ailelerine bakım vermek" amacına odaklanır. (İstenen)	,780
15. Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder. (İstenen)	,777
43. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır. (İstenen)	,774
35. Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümlenerek destekler. (İstenen)	,771
31. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir. (İstenen)	,769
23. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir. (İstenen)	,765
39. Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder. (İstenen)	,745
12. Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar. (İstenen)	,742
28. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer. (İstenen)	,736
27. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur. (İstenen)	,734
14. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız. Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmak(istenen)	,733
32. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır. (İstenen)	,729
29. Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar. (İstenen)	,726
38. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir. (İstenen)	,719
13. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yürekten inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir. (İstenen)	,696
11. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir. (İstenen)	,689

Tablo 25. Devamı.

8. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir. (İstenen)	,687
9. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur. (İstenen)	,681
7. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere tolerans gösterilir.(istenen)	,654

Tabloda tüm maddelerin faktörden aldıkları yük değerleri %50'nin üzerindedir. Yüğü en düşük olan maddenin yük değerinin yaklaşık %65 olması, aynı zamanda ölçeğin tek boyutlu yapısını destekler niteliktedir. (Tablo 25) Bu sonuçların ardından ölçeğin güvenilirliğini belirlemek üzere, iç tutarlık analizlerine geçilmiş, bu amaçla Cronbach's alfa katsayısı hesaplanmıştır ve sonuç aşağıda sunulmuştur.

Tablo 26. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum iç tutarlık için yapılan cronbach's alfa katsayıları

Maddeler	Ölçek Ort. (Madde elendikten sonra)	Ölçek Var. (Madde elendikten sonra)	Düzeltilmiş madde-toplam Kor.	Madde elendikten sonra Alfa
7. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere tolerans gösterilmez. (İstenen)	310,33	2623,260	,640	,981
8. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir. (İstenen)	310,30	2634,048	,678	,981
9. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur. (İstenen)	310,52	2616,798	,671	,981
11. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir. (İstenen)	310,40	2621,688	,674	,981
12. Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar. (İstenen)	310,67	2604,262	,719	,981
13. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yürekten inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir. (İstenen)	310,55	2619,712	,686	,981
14. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız.(Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmak)	310,60	2608,348	,712	,981
15. Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder. (İstenen)	310,40	2621,761	,762	,981
16. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar. (İstenen)	310,40	2594,750	,825	,981

Tablo 26. Devamı.

17. Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler. (İstenen)	310,46	2596,203	,801	,981
18. Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler. (İstenen)	310,44	2597,741	,821	,981
19. Bölümler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır. (İstenen)	310,33	2600,776	,830	,981
20. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır. (İstenen)	310,14	2609,487	,829	,981
21. Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir. (İstenen)	310,22	2613,451	,803	,981
22. Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvenebilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz. (İstenen)	310,08	2631,802	,753	,981
23. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir. (İstenen)	310,32	2616,755	,731	,981
24. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz. (İstenen)	310,23	2620,916	,763	,981
25. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler. (İstenen)	310,48	2596,497	,820	,981
26. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler. (İstenen)	310,45	2597,017	,814	,981
27. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur. (İstenen)	310,34	2612,234	,766	,981
28. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer. (İstenen)	310,31	2627,450	,727	,981
29. Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar. (İstenen)	310,39	2615,111	,721	,981

Tablo 26. Devamı.

30. Primer hemşire hasta ve ailesi ile, ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturulmaktan sorumludur. (İstenen)	310,37	2617,057	,783	,981
31. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir. (İstenen)	310,34	2619,946	,768	,981
32. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır. (İstenen)	310,50	2618,644	,701	,981
33. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine ileterek bakımı koordine ederler. (İstenen)	310,39	2600,384	,838	,980
34. Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, "hastalar ve ailelerine bakım vermek" amacına odaklanır. (İstenen)	310,48	2604,721	,763	,981
35. Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümlenerek destekler. (İstenen)	310,38	2607,923	,773	,981
36. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir. (İstenen)	310,39	2593,168	,835	,980
37. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir. (İstenen)	310,41	2611,687	,792	,981
38. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir. (İstenen)	310,69	2611,451	,716	,981
39. Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder. (İstenen)	310,51	2620,818	,717	,981
40. Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder. (İstenen)	310,39	2604,632	,810	,981
41. Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar. (İstenen)	310,53	2598,639	,782	,981

Tablo 26. Devamı.

42. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar. (İstenen)	310,48	2599,551	,803	,981
43. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır. (İstenen)	310,47	2606,709	,750	,981
44. Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur. (İstenen)	310,36	2603,976	,753	,981
Toplam için alfa			,981	

Tabloda ölçeğin güvenilirliğini belirlemek üzere, iç tutarlık değerini belirlemek için yapılan analizlerin ardından ölçeği tamamı için Cronbach's alfa katsayısı 0,981 olarak belirlenmiş ve maddelerin içinde alfa değerini düşüren bir maddenin de olmadığı saptanmıştır. (Tablo 26)

Tablo 27. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum maddelerinin ayırt ediciliklerini belirlemek üzere yapılan bağımsız grup t testi sonuçları

Puan	Gruplar	N	\bar{X}	ss	Sh _{\bar{x}}	t Testi																																																																																																																																																																																																																																												
						t	Sd	p																																																																																																																																																																																																																																										
Madde 7	Alt	140	7,10	2,153	,182	-15,195	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,91	,407	,034				Madde 8	Alt	140	7,19	1,884	,159	-17,086	278	,000	Üst	140	9,94	,312	,026	Madde 9	Alt	140	6,58	2,183	,184	-17,588	278	,000	Üst	140	9,88	,406	,034	Madde 11	Alt	140	6,79	2,198	,186	-15,573	278	,000	Üst	140	9,85	,767	,065	Madde 12	Alt	140	6,51	1,991	,168	-20,288	278	,000	Üst	140	9,96	,291	,025	Madde 13	Alt	140	6,83	2,018	,171	-17,655	278	,000	Üst	140	9,91	,431	,036	Madde 14	Alt	140	6,63	2,005	,169	-19,238	278	,000	Üst	140	9,94	,344	,029	Madde 15	Alt	140	6,99	1,876	,159	-17,988	278	,000	Üst	140	9,91	,396	,033	Madde 16	Alt	140	6,56	2,180	,184	-18,141	278	,000	Üst	140	9,94	,322	,027	Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000	Üst	140	9,92	,319	,027	Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst
Madde 8	Alt	140	7,19	1,884	,159	-17,086	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,94	,312	,026				Madde 9	Alt	140	6,58	2,183	,184	-17,588	278	,000	Üst	140	9,88	,406	,034	Madde 11	Alt	140	6,79	2,198	,186	-15,573	278	,000	Üst	140	9,85	,767	,065	Madde 12	Alt	140	6,51	1,991	,168	-20,288	278	,000	Üst	140	9,96	,291	,025	Madde 13	Alt	140	6,83	2,018	,171	-17,655	278	,000	Üst	140	9,91	,431	,036	Madde 14	Alt	140	6,63	2,005	,169	-19,238	278	,000	Üst	140	9,94	,344	,029	Madde 15	Alt	140	6,99	1,876	,159	-17,988	278	,000	Üst	140	9,91	,396	,033	Madde 16	Alt	140	6,56	2,180	,184	-18,141	278	,000	Üst	140	9,94	,322	,027	Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000	Üst	140	9,92	,319	,027	Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042										
Madde 9	Alt	140	6,58	2,183	,184	-17,588	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,88	,406	,034				Madde 11	Alt	140	6,79	2,198	,186	-15,573	278	,000	Üst	140	9,85	,767	,065	Madde 12	Alt	140	6,51	1,991	,168	-20,288	278	,000	Üst	140	9,96	,291	,025	Madde 13	Alt	140	6,83	2,018	,171	-17,655	278	,000	Üst	140	9,91	,431	,036	Madde 14	Alt	140	6,63	2,005	,169	-19,238	278	,000	Üst	140	9,94	,344	,029	Madde 15	Alt	140	6,99	1,876	,159	-17,988	278	,000	Üst	140	9,91	,396	,033	Madde 16	Alt	140	6,56	2,180	,184	-18,141	278	,000	Üst	140	9,94	,322	,027	Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000	Üst	140	9,92	,319	,027	Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																								
Madde 11	Alt	140	6,79	2,198	,186	-15,573	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,85	,767	,065				Madde 12	Alt	140	6,51	1,991	,168	-20,288	278	,000	Üst	140	9,96	,291	,025	Madde 13	Alt	140	6,83	2,018	,171	-17,655	278	,000	Üst	140	9,91	,431	,036	Madde 14	Alt	140	6,63	2,005	,169	-19,238	278	,000	Üst	140	9,94	,344	,029	Madde 15	Alt	140	6,99	1,876	,159	-17,988	278	,000	Üst	140	9,91	,396	,033	Madde 16	Alt	140	6,56	2,180	,184	-18,141	278	,000	Üst	140	9,94	,322	,027	Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000	Üst	140	9,92	,319	,027	Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																						
Madde 12	Alt	140	6,51	1,991	,168	-20,288	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,96	,291	,025				Madde 13	Alt	140	6,83	2,018	,171	-17,655	278	,000	Üst	140	9,91	,431	,036	Madde 14	Alt	140	6,63	2,005	,169	-19,238	278	,000	Üst	140	9,94	,344	,029	Madde 15	Alt	140	6,99	1,876	,159	-17,988	278	,000	Üst	140	9,91	,396	,033	Madde 16	Alt	140	6,56	2,180	,184	-18,141	278	,000	Üst	140	9,94	,322	,027	Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000	Üst	140	9,92	,319	,027	Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																				
Madde 13	Alt	140	6,83	2,018	,171	-17,655	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,91	,431	,036				Madde 14	Alt	140	6,63	2,005	,169	-19,238	278	,000	Üst	140	9,94	,344	,029	Madde 15	Alt	140	6,99	1,876	,159	-17,988	278	,000	Üst	140	9,91	,396	,033	Madde 16	Alt	140	6,56	2,180	,184	-18,141	278	,000	Üst	140	9,94	,322	,027	Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000	Üst	140	9,92	,319	,027	Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																		
Madde 14	Alt	140	6,63	2,005	,169	-19,238	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,94	,344	,029				Madde 15	Alt	140	6,99	1,876	,159	-17,988	278	,000	Üst	140	9,91	,396	,033	Madde 16	Alt	140	6,56	2,180	,184	-18,141	278	,000	Üst	140	9,94	,322	,027	Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000	Üst	140	9,92	,319	,027	Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																
Madde 15	Alt	140	6,99	1,876	,159	-17,988	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,91	,396	,033				Madde 16	Alt	140	6,56	2,180	,184	-18,141	278	,000	Üst	140	9,94	,322	,027	Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000	Üst	140	9,92	,319	,027	Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																														
Madde 16	Alt	140	6,56	2,180	,184	-18,141	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,94	,322	,027				Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000	Üst	140	9,92	,319	,027	Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																												
Madde 17	Alt	140	6,47	2,147	,181	-18,805	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,92	,319	,027				Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000	Üst	140	9,92	,341	,029	Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																																										
Madde 18	Alt	140	6,46	1,983	,168	-20,326	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,92	,341	,029				Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000	Üst	140	9,98	,145	,012	Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																																																								
Madde 19	Alt	140	6,71	2,075	,175	-18,567	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,98	,145	,012				Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000	Üst	140	10,00	,000	,000	Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																																																																						
Madde 20	Alt	140	6,98	2,093	,177	-17,080	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	10,00	,000	,000				Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																																																																																				
Madde 21	Alt	140	6,99	1,927	,163	-18,389	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,99	,119	,010				Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000	Üst	140	9,99	,119	,010	Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																																																																																																		
Madde 22	Alt	140	7,34	1,849	,156	-16,923	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,99	,119	,010				Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000	Üst	140	9,99	,085	,007	Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																																																																																																																
Madde 23	Alt	140	6,86	1,736	,147	-21,341	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,99	,085	,007				Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000	Üst	140	9,93	,309	,026	Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																																																																																																																														
Madde 24	Alt	140	7,02	1,980	,167	-17,165	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,93	,309	,026				Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																																																																																																																																												
Madde 25	Alt	140	6,43	1,912	,162	-20,921	278	,000																																																																																																																																																																																																																																										
	Üst	140	9,92	,496	,042																																																																																																																																																																																																																																													

Tablo 27. Devami.

Madde 26	Alt	140	6,47	1,980	,167	-20,964	278	,000
	Üst	140	9,99	,119	,010			
Madde 27	Alt	140	6,88	2,141	,181	-15,755	278	,000
	Üst	140	9,89	,736	,062			
Madde 28	Alt	140	6,96	1,856	,157	-18,927	278	,000
	Üst	140	9,96	,236	,020			
Madde 29	Alt	140	6,81	2,124	,180	-16,535	278	,000
	Üst	140	9,89	,584	,049			
Madde 30	Alt	140	6,78	1,675	,142	-22,438	278	,000
	Üst	140	9,97	,167	,014			
Madde 31	Alt	140	6,91	1,914	,162	-18,530	278	,000
	Üst	140	9,94	,246	,021			
Madde 32	Alt	140	6,82	1,804	,152	-20,568	278	,000
	Üst	140	9,97	,167	,014			
Madde 33	Alt	140	6,70	2,070	,175	-18,339	278	,000
	Üst	140	9,94	,274	,023			
Madde 34	Alt	140	6,66	2,098	,177	-18,583	278	,000
	Üst	140	9,96	,186	,016			
Madde 35	Alt	140	6,73	2,175	,184	-17,639	278	,000
	Üst	140	9,98	,145	,012			
Madde 36	Alt	140	6,66	2,237	,189	-17,581	278	,000
	Üst	140	9,99	,119	,010			
Madde 37	Alt	140	6,70	1,899	,161	-20,389	278	,000
	Üst	140	9,99	,169	,014			
Madde 38	Alt	140	6,47	1,936	,164	-20,088	278	,000
	Üst	140	9,88	,529	,045			
Madde 39	Alt	140	6,66	1,876	,159	-19,994	278	,000
	Üst	140	9,91	,424	,036			
Madde 40	Alt	140	6,57	1,901	,161	-21,341	278	,000
	Üst	140	10,00	,000	,000			
Madde 41	Alt	140	6,45	2,015	,170	-20,721	278	,000
	Üst	140	9,99	,119	,010			
Madde 42	Alt	140	6,54	2,062	,174	-19,670	278	,000
	Üst	140	9,98	,145	,012			
Madde 43	Alt	140	6,72	2,126	,180	-17,977	278	,000
	Üst	140	9,97	,238	,020			
Madde 44	Alt	140	6,80	2,286	,193	-16,563	278	,000
	Üst	140	10,00	,000	,000			

Ölçek maddelerinin ayırt ediciliklerini belirlemek üzere %27 ve alt %27'lik grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız grup t-testi (independent samples t test) tüm gruplar için farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < ,001$). Söz konusu farklılıklar üst %27'lik gruplar lehine gerçekleşmiştir. (Tablo 27)



Tablo 28. İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracı'nın istenen durum madde-toplam (Item-Total) ve madde kalan (Item-Reminder) korelasyon sonuçları

Maddeler	N	Madde Toplam		Madde Kalan	
		r	p	r	p
Madde 7	519	,662	,000	,640	,000
Madde 8	519	,695	,000	,678	,000
Madde 9	519	,692	,000	,671	,000
Madde 11	519	,694	,000	,674	,000
Madde 12	519	,738	,000	,719	,000
Madde 13	519	,704	,000	,686	,000
Madde 14	519	,730	,000	,712	,000
Madde 15	519	,775	,000	,762	,000
Madde 16	519	,836	,000	,825	,000
Madde 17	519	,814	,000	,801	,000
Madde 18	519	,832	,000	,821	,000
Madde 19	519	,840	,000	,830	,000
Madde 20	519	,839	,000	,829	,000
Madde 21	519	,814	,000	,803	,000
Madde 22	519	,766	,000	,753	,000
Madde 23	519	,747	,000	,731	,000
Madde 24	519	,776	,000	,763	,000
Madde 25	519	,832	,000	,820	,000
Madde 26	519	,826	,000	,814	,000
Madde 27	519	,780	,000	,766	,000
Madde 28	519	,742	,000	,727	,000
Madde 29	519	,738	,000	,721	,000
Madde 30	519	,795	,000	,783	,000
Madde 31	519	,781	,000	,768	,000
Madde 32	519	,719	,000	,701	,000
Madde 33	519	,848	,000	,838	,000
Madde 34	519	,778	,000	,763	,000
Madde 35	519	,787	,000	,773	,000
Madde 36	519	,846	,000	,835	,000
Madde 37	519	,805	,000	,792	,000
Madde 38	519	,734	,000	,716	,000
Madde 39	519	,733	,000	,717	,000
Madde 40	519	,821	,000	,810	,000
Madde 41	519	,796	,000	,782	,000
Madde 42	519	,815	,000	,803	,000
Madde 43	519	,766	,000	,750	,000
Madde 44	519	,769	,000	,753	,000

Tabloda görüldüğü üzere madde toplam korelasyon katsayıları 0,66 - 0,85; madde kalan korelasyon katsayıları ,64 -,84 arasında değişmektedir. Bu korelasyon katsayıları genel kabul gören 0,30 üstündendir. Ayrıca madde toplam ve madde kalan analizlerinde tüm maddelerin korelasyonlarının $p < ,001$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. (Tablo 28)



3.3. Tartışma

Ölçme, “İstatistik birimlerinin ilgilenilen özelliğe sahip olma derecesinin, belirli kurallara uyarak, sembolle ve özellikle sayı ile eşleştirilmesidir” (171, 172). Üzerinde çalıştığımız özelliği ölçebiliyor ve sayısal olarak ifade edebiliyorsak, onları bilimsel bir şekilde değerlendirebilir ve açıklayabiliriz. Ölçülemeyen ya da sayısal olarak ifade edilemeyen özellik için ancak betimleme yapılabilir (173, 174).

Bilimsel araştırmalar ancak veriler aracılığıyla yapılabilir. Verilerin, değişkenin standart ölçme teknikleri ile saptanan sayılardan oluşmasına özen göstermek gerekir. Değişkenin boyutunu ölçmede kullanılacak ölçme aracının standart bir ölçme aracı olması verilerin istatistiksel özelliklere sahip veriler olmasını sağlayacaktır. Ölçeğin standart bir ölçme aracı olabilmesi için de bazı özellikler taşıması gerekir (175). Ölçek kalitesi standardize edilene kadar, maddeleri analiz edilir ve tekrar gözden geçirilir. Standardize edilen ölçeğin yönetimi, puanlaması ve yorumlaması dikkatli bir şekilde açıkça belirtilmelidir. Bu şekilde standardize edilen ölçeklere objektif (nesnel) ölçekler denir. Ölçeğin standardize olabilmesi ve sonrasında uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması için “güvenirlik” ve “geçerlik” olarak nitelendirilen iki özelliğe sahip olması istenir (176).

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının Geçerliği

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçmeyi amaçladığı özelliği, başka herhangi bir özellikle karıştırmadan, doğru ölçebilme derecesidir (177). Geçerliğin davranışsal özelliklerin ölçülmesinde önemli bir yeri vardır. Davranışsal özelliklerin ölçülmesinde kullanılan ölçeklerin hiç birinin geçerliği tam değildir. Fakat ölçeklerin geçerliği yeterli sayılabilecek doğrulukta ölçümler verecek düzeye getirilebilir. Bir ölçme aracının geçerliği, standart koşullarda o ölçme aracı ile elde edilecek ölçümlerdeki değişkenliğin ne kadarının, incelenen bireylerin ölçülen özelliğe sahip oluş dereceleri arasındaki gerçek farklardan gelmekte olduğunu gösterir (178).

Bir ölçeğin geçerliği, bir derece problemidir, yani ölçeğin geçerliği vardır veya yoktur şeklinde düşünülemez (176, 179). Bu nedenle ölçeğin geçerliğini özel bir amaç dışında yüksek, orta ve düşük olarak da nitelendirmek gerekir. Geçerlik, bir ölçme aracının kullanıldığı amaca hizmet etme derecesi olduğundan, ölçme araçlarından elde edilecek ölçümler hangi amaçla kullanılacaksa ölçme geçerliği de o amaca bağlı olarak

değişecektir. Bir ölçeğin geçerliği sadece kendisiyle de belirlenemez. O ölçeğin, kullanım amacına, uygulandığı gruba, uygulama ve puanlama biçimine de bağlıdır (179).

Ölçeğin geçerlik düzeyi onun geçerlik katsayısının hesaplanmasıyla anlaşılır. Geçerlik katsayısı, ölçekten elde edilen değerlerle ölçeğin kullanım amacına göre belirlenen kriter ya da kriterler takımı arasındaki ilişki katsayısıdır ve -1.00 ile +1.00 arasında değerler alır. İlişki katsayısı ne kadar yüksekse ölçek amaca o kadar yüksek hizmet ediyor demektir (171, 177, 179-181).

Geçerlik katsayısının düşük bulunması, sadece ölçekten elde edilen değerlerle kriter değerleri arasındaki ilişkinin zayıflığından kaynaklanmaz, aynı zamanda elde edilen değerlerin güvenilirliklerinin tam olmayışından da kaynaklanabilir. Bu nedenle geçerlik katsayıları güvenilirlik katsayılarıyla birlikte yorumlanır (179). Bir ölçmenin geçerli sayılabılmesinin ilk koşulu onun güvenilir olmasıdır (181). Ölçüm sonuçlarının ne kadarıyla ölçüm hatasını yansıttığı sorusuna yanıt verebilmek için ölçme aracının geçerliğinin saptanmasına gerek vardır (180).

Dil Geçerliği

Bir ölçeğin/aracın başka bir dile çevrilmesi, o ölçeğin/aracın doğasını değiştirir. Bu kaçınılmaz değişim kavramlaştırma ve anlatım farklılıklarından ileri gelir. Farkları en aza indirilmesi için ölçek/araç maddelerinin titizlikle incelenmesi, çevrilen dilde anlamlı olması için gereken dönüştürmelerin yapılması ve çevrilen dili kullanan bireylerin normlarına göre standardize edilmesi, uyarlama işleminin temelidir.

Çevirinin başarısı büyük ölçüde çevirmenlerin bilgi ve deneyimlerine bağlıdır. Çevirmenler her iki dili akıcı bir şekilde kullanabildiği gibi, her iki kültürü de yakından tanımalıdır. Çevirmenlerin aynı kültürde aynı zamanda her iki dili öğrenenlerden değil, her iki dili farklı zamanlarda ve farklı kültürlerde öğrenenlerden seçilmesi önerilmektedir (182).

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının İngilizce'den Türkçe'ye çevirisi ana dili Türkçe olup yurtdışında yaşamış/ yaşamakta olan iki kişiden destek alınarak gerçekleştirildi. Türkçe'ye çevirilen formlar araştırmacı ve danışman öğretim üyesi tarafından tek form haline getirildi. Türkçe'ye geri çevrilen form Türk Dili ve edebiyatı uzmanı tarafından Türk dil yapısına uygunluk açısından değerlendirildi. Daha sonar aracın geri çevirisi ana dili İngilizce olup halen Türkiye'de görev yapmakta olan bir kişi

tarafından yapıldı. Araç yazarına geri gönderilerek görüşleri soruldu. Yazarının önerileri doğrultusunda ölçek son haline getirildi.

Kapsam Geçerliliği

Kapsam ya da içerik geçerliliği, örneklem olarak belirlenen test veya ölçek maddelerinin belirli bir amaca yönelik olarak kavramsal ana kütleyle temsil etme derecesidir. Kapsam geçerliliğinde ölçüm aracının ölçmek istediği yapıyı ölçüp ölçmediği, ölçeği geliştirilen bireylerin kendilerine değil, uzman kararına bırakılmıştır. Uzman olarak tanımlanan birey, ölçme aracı hazırlama teknik, yöntemlerini ve hazırlanan konuyu iyi bilenlerdir (168, 169). Kapsam geçerliliği şamasında görüşüne başvurulacak uzman sayısı hakkında kesin bir tanımlama yapılmamış olmakla birlikte Şencan bu sayının 5 ila 20 arasında değişebileceğini belirtmiştir (168).

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının kapsam geçerliliği aşamasında 15 uzmanının görüşüne başvuruldu ve uzmanların görüşlerini 1= Madde çıkarılmalı, 2= Madde uygun şekilde getirilmeli, 3= Uygun şekilde düzenlenmiş üçlü bir çizelge üzerinde değerlendirmeleri istendi. Uzmanların verdikleri puanlar arasındaki uyuşmayı belirlemek için Lawshe formülasyonu kullanıldı. Kapsam geçerlik oranları (KGO), Lawshe tarafından geliştirilmiştir(167). Yapılan analizler sonucunda Madde 12, Madde 14, Madde 28, Madde 30, Madde 31 KGO değerleri kritik değerin (0,49) altında olduklarından elenerek form dışına çıkarılmıştır (170). Geriye kalan maddelerin yani ölçeğin tamamına ait KGİ değeri sınır değerin üzerinden yer aldığından ölçeğin uzman görüşleri açısından tutarlı olduğu kabul edilmiştir. Öte yandan $\alpha=,05$ düzeyinde anlamlı olan yani ,49 değerinin üzerinde olup taslak ölçeğe alınmasına karar verilen maddelerin KGO ortalaması hesaplanarak kapsam geçerlik indeksi (,79) hesaplanmıştır (167). Bu değer de aracın genelinin uzman görüşü açısından tutarlı olduğu sonucunu doğurmuştur.

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı'nın içerik geçerliliği olan bir araç olduğunun belirlenmesinin ardından, diğer aşamalara geçmek için ölçeğin pilot uygulaması örneklem dışındaki 15 bireyle gerçekleştirildi, aracın anlaşılır olduğu saptandı.

Literatürde ölçek uyarlama veya ölçek geliştirme çalışmalarında, örneklem sayısı için, ölçek maddesinin 10 katı veya daha fazla alınabileceği belirtilmektedir (183). İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının geçerlilik güvenilirlik çalışması kapsamında

ölçek 518 sağlık çalışanına uygulandı. Mary Koloroutis tarafından geliştirilen ölçeğin ilk versiyonunun geçerlilik güvenilirlik çalışması 2608 çalışan ile gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın örneklem grubunun ulaşılan birey sayısının yeterli olduğu düşünüldü.

Yapı Geçerliği

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı mevcut durum ve istenen durum için faktör yapısını incelemeyi amaçlayan örneklem sayısının yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Testi (Kaiser-Meyer-Olkin Test of Sampling Adequacy-KMO) uygulandı. Ayrıca aracın faktör analizi için uygun olup olmadığını saptanması amacıyla Bartlett Küresellik Testi (Bartlett's Test of Sphericity) kullanıldı.

Literatürde Kaiser-Meyer-Olkin değerinin 0,50 den düşük olması durumunda faktör analizine devam edilemeyeceği, 0,50-0,60 değerinin kötü, 0,60-0,70 değerinin zayıf, 0,70-0,80 değerinin orta, 0,80-0,90 değerinin iyi, 0,90 dan yüksek değerin mükemmel olduğu bildirilmiştir. Bartlett küresellik testi ise ki-kare değerini verir. Testin anlamlılık değeri 0,05'ten küçükse faktör analizi yapılabileceği, 0,05'ten büyük ise matriste paylaşılan varyans olmadığı şeklinde yorumlanır ve söz konusu veri yapısı için faktör analizi yapılmaz (168, 169).

Bu çalışmada mevcut durum için KMO değeri 0,975 ve Bartlett Küresellik Testi sonucu ise 24484,582 bulundu. Her iki analiz de $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bulundu. (Tablo 11) Bu bulgular doğrultusunda verilerin normal dağılım gösterdiği ve örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğuna karar verildi.

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının mevcut durum faktörel yapısını belirlemek için Principal Component (Temel bileşenler) yöntemi kullanıldı ve varimax dönüştürmesine göre analizler yapıldı. Bu doğrultuda araçta yer alan 44 maddenin özdeğeri 1'den büyük olan birbiri ile ilişkili olacak şekilde ilgili dört faktör altında yer aldığı ve bunun kümülatif olarak toplam varyansın %40'dan büyük yük değeri aldıkları (min, 509) saptandı. Literatürde analiz sonunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse ölçeğin faktör yapısının da o kadar yüksek olacağı belirtilmekte ve %40 ile %60 arasındaki varyans oranlarının yeterli kabul edilebileceği belirtilmektedir (169).

Özdeğer (*eigenvalue*), bir faktörün toplam varyans içinde sorumlu olduğu varyansın miktarını açıklar. Analiz sonucunda özdeğeri 1'den büyük olan faktörler dikkate alınır, diğer faktörler ölçeğin faktöriyel yapısından çıkarılır (168).

Faktör analizi temel bileşenleri üzerinden Eigen değeri 1 olarak alındığında dört faktör belirlenmekte; aracın öz değeri 21'den büyük dört faktörde toplandığı görüldü. Oluşan dört faktörün açıklanan toplam varyans miktarı % 70,43'dür. Faktörlerin açıkladıkları varyans miktarları birinci faktör için % 59,74 ikinci faktör için % 4,72 üçüncü faktör için % 3,02 dördüncü faktör için de %2,95 olduğu belirlenmiştir. İlk faktör yükünün yaklaşık %60 olması ve ikinci faktörle arasındaki yük farkının (%55,02) büyük olması ölçeğin tek boyutlu olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürdü ve işlemler ölçeğin tek faktörlü yapısı dikkate alınarak sürdürüldü. Bu amaçla faktör analizi tekrarlandı ve veriler tek faktörlü yapı için değerlendirildi. (Tablo 13)

Faktör analizi temel bileşenler analizi üzerinden 41 madde ile ve tek faktör beklentisi ile başlatıldı. İlk faktörün Eigen değerinin 25,66 olduğu ve açıkladığı faktör yükünün %62,58 gibi çok yüksek bir değer olduğu görünmektedir. (Tablo 15)

Tüm maddelerin faktörden aldıkları yük değerleri %50' nin üzerinde çıkmıştır. Yükü en düşük olan maddenin yük değerinin yaklaşık %64 olması, aynı zamanda ölçeğin tek boyutlu yapısını destekler niteliktedir.(Tablo 16) Ölçekte ters (reverse) madde bulunmamakta ve puanların artması olumlu değerlendirmenin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Bu sonuçların ardından ölçeğin güvenilirliğini belirlemek üzere, iç tutarlık analizlerine geçilmiş, bu amaçla Cronbach's alfa katsayısı hesaplanmıştır.

Aracın güvenilirliğini belirlemek üzere, iç tutarlık değerini belirlemek için yapılan analizlerin ardından aracın tamamı için Cronbach's alfa katsayısı 0,985 olarak belirlenmiş ve maddelerin içinde alfa değerini düşüren bir maddenin de olmadığı saptanmıştır. Bu durum, bir aşamalı güvenilirlik analizlerinin ardından alfa değerinin 0,985'den daha yüksek olamayacağı ve güvenilirlik için madde eleme işlemi gerekmediği sonucunu doğurmuştur. (Tablo 17) Bu sonucun ardından maddelerin ve ölçek toplam puanlarının ayırt edici olup olmadığını belirlemek amacıyla alt ve üst %27'lik gruplar arasında karşılaştırma işlemleri yapılmış, elde edilen sonuçlar Tablo 18'de sunulmuştur.

Ölçek maddelerinin ayırt ediciliklerini belirlemek üzere %27 ve alt %27'lik grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız grup t-testi (independent samples t test) tüm gruplar için farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < ,001$). Söz konusu farklılıklar üst %27'lik gruplar lehine gerçekleşmiştir. Elde edilen sonuçlar maddelerin ayırt edici olduğunu ortaya koymaktadır. (Tablo 18)

Geçerlilik çalışmalarında faktör analizi yapılırken ölçekte yer alan maddelerin birden fazla faktöre girmemesi, göz önünde bulundurulması gereken bir durumdur. Tavşancıl (169) birden fazla faktöre girmeme ile ilgili olarak alınabilecek ölçütün faktör yükleri arasında en az 0,10 fark olması olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada birden fazla faktöre girmeyi önlemek için, ölçeğin orijinal formu göz önünde tutularak birden fazla faktöre giren maddeler, en yüksek değer almış oldukları faktörün altına kaydırıldı. Bilgen ve Çam (2008) yapmış oldukları ölçek uyarlama çalışmasında faktör yüklerini belirlerken, ölçeğin orijinal yapısına uygunluğu ve alt ölçeklere uygunluğunu değerlendirmişler ve birden fazla faktöre girdiği belirlenen üç maddeyi en yüksek değer aldıkları faktörlerin altına yerleştirmişlerdir(184). Bu yöntem İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının faktör analizinde uygulanan yöntemle benzerlik göstermektedir.

Yapı Geçerliği-İstenen Durum

Bu araştırmada İstenen durum için KMO değeri 0,969 ve Bartlett Küresellik Testi sonucu ise 22498,786 bulundu. Her iki analiz de $p < 0,01$ düzeyinde anlamlı bulundu. (Tablo 20) Bu bulgular doğrultusunda verilerin normal dağılım gösterdiği ve örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğuna karar verildi.

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı istenen durum için faktör yapısını incelemeyi önce örneklem sayısının yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Yeterliliği Testi (Kaiser-Meyer-Olkin Test of Sampling Adequacy-KMO) uygulandı. Ayrıca aracın faktör analizi için uygun olup olmadığını saptanması amacıyla Bartlett Küresellik Testi (Bartlett's Test of Sphericity) kullanıldı.

Literatürde Kaiser-Meyer-Olkin değerinin 0,50 den düşük olması durumunda faktör analizine devam edilemeyeceği, 0,50-0,60 değerinin kötü, 0,60-0,70 değerinin zayıf, 0,70-0,80 değerinin orta, 0,80-0,90 değerinin iyi, 0,90 dan yüksek değer mükemmel olduğu bildirilmiştir. Bartlett küresellik testi ise ki-kare değerini verir. Testin anlamlılık değeri 0,05'ten küçükse faktör analizi yapılabileceği, 0,05'ten büyük ise matriste paylaşılan varyans olmadığı şeklinde yorumlanır ve söz konusu veri yapısı için faktör analizi yapılmaz (168, 169).

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının faktörel yapısını belirlemek için Principal Component (Temel bileşenler) yöntemi kullanıldı ve varimax dönüştürmesine göre analizler yapıldı. Bu doğrultuda araçta yer alan 44 maddenin özdeğeri 1'den büyük

olan birbiri ile ilişkili olacak şekilde ilgili beş faktör altında yer aldığı ve bunun kümülatif olarak toplam varyansın %40'dan büyük yük değeri aldıkları (min: 0,420) saptanmıştır.

Oluşan beş faktörün açıklanan toplam varyans miktarı % 69,74'dür. Faktörlerin açıkladıkları varyans miktarları birinci faktör için % 54,34 ikinci faktör için % 6,70 üçüncü faktör için % 3,36 dördüncü faktör için %2,91 beşinci faktör için de %2,44 olduğu belirlenmiştir. İlk faktör yükünün yaklaşık %55 olması ve ikinci faktörle arasındaki yük farkının (%51,90) büyük olması ölçeğin tek boyutlu olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmüş ve işlemler ölçeğin tek faktörlü yapısı dikkate alınarak sürdürülmüştür. Bu amaçla faktör analizi tekrarlanmış ve veriler tek faktörlü yapı için değerlendirilmiştir. (Tablo 22)

Temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) analizi sonucunda tüm maddelerin %40'den büyük yük değeri aldıkları (min: 0,420) saptanmıştır. Bu nedenle madde eliminasyonu yapılmadan faktör analizi işlemlerine devam edilmiştir. Bu bulgular doğrultusunda verilerin normal dağılım gösterdiği ve örneklemin faktör analizi için yeterli ve uygun olduğuna karar verildi.

KMO değeri $KMO=0,969$ olarak Bartlett's değeri de anlamlı ($p<,001$) olarak hesaplanmıştır. Bu değerler örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olduğunu ve oluşan faktöryel yapının açıklanabilir olduğunu göstermektedir. (Tablo 23)

Literatürde analiz sonunda elde edilen varyans oranları ne kadar yüksekse ölçeğin faktör yapısının da o kadar yüksek olacağı belirtilmekte ve %40 ile %60 arasındaki varyans oranlarının yeterli kabul edilebileceği belirtilmektedir (169).

Özdeğer (*eigenvalue*), bir faktörün toplam varyans içinde sorumlu olduğu varyansın miktarını açıklar. Analiz sonucunda özdeğeri 1'den büyük olan faktörler dikkate alınır, diğer faktörler ölçeğin faktöriyel yapısından çıkarılır (168).

Temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) analizi sonucunda yedi madde hariç (1., 2., 3., 4., 5., 6., 10. Maddeler) tüm maddelerin %40'den büyük yük değeri aldıkları saptanmıştır. Bu nedenle söz konusu maddeler elenerek faktör analizi tekrarlanmıştır.

Temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) analizi sonucunda tüm maddelerin %40'den büyük yük değeri aldıkları (min: 0,427) saptanmıştır. Bu nedenle madde eliminasyonu yapılmadan faktör analizi işlemlerine devam edilmiştir. (Tablo 26)

Faktör analizi temel bileşenler analizi üzerinden 37 madde ile ve tek faktör beklentisi ile başlatılmıştır. Tablo 27’de sonuçlar incelendiğinde ilk faktörün Eigen değerinin 22,31 olduğu ve açıkladığı faktör yükünün %60,29 gibi çok yüksek bir değer olduğu görülmektedir. Bu sonucun ardından maddelerin bu faktöre olan katkılarını saptamak amacı ile döndürülmemiş matrisler hesaplanmış ve elde edilen değerler tablo 28’ de verilmiştir.

Tüm maddelerin faktörden aldıkları yük değerleri %50’nin üzerindedir. Yükü en düşük olan maddenin yük değerinin yaklaşık %65 olması, aynı zamanda ölçeğin tek boyutlu yapısını destekler niteliktedir. Ölçekte ters (reverse) madde bulunmamakta ve puanların artması olumlu değerlendirmenin arttığı şeklinde yorumlanmaktadır. Bu sonuçların ardından ölçeğin güvenilirliğini belirlemek üzere, iç tutarlık analizlerine geçilmiş, bu amaçla Cronbach’s alfa katsayısı hesaplanmıştır. (Tablo 29)

Aracın güvenilirliğini belirlemek üzere, iç tutarlılık değerini belirlemek için yapılan analizlerin ardından aracın tamamı için Cronbach’s alfa katsayısı 0,981 olarak belirlenmiş ve maddelerin içinde alfa değerini düşüren bir maddenin de olmadığı saptanmıştır. Bu durum, bir aşamalı güvenilirlik analizlerinin ardından alfa değerinin 0,981’den daha yüksek olamayacağı ve güvenilirlik için madde eleme işlemi gerekmediği sonucunu doğurmuştur. Bu sonucun ardından maddelerin ve ölçek toplam puanlarının ayırtedici olup olmadığını belirlemek amacıyla alt ve üst %27’lik gruplar arasında karşılaştırma işlemleri yapılmış, elde edilen sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

Ölçek maddelerinin ayırt ediciliklerini belirlemek üzere %27 ve alt %27’lik grupların aritmetik ortalamaları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için bağımsız grup t-testi (independent samples t test) tüm gruplar için farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < ,001$). Söz konusu farklılıklar üst %27’lik gruplar lehine gerçekleşmiştir. Elde edilen sonuçlar maddelerin ayırt edici olduğunu ortaya koymaktadır. (Tablo 30)

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı’ nın Güvenilirliği

Ölçme aracının önemli teknik özelliklerinden biri olan güvenilirlik, ölçme aracının ölçtüğü özelliği ya da özellikleri ne derecede bir kararlılıkla ölçekte olduğunu bir göstergesidir. Güvenilirlik ölçme sonuçlarının tesadüfi hatalardan arınırlık derecesi olarak da tanımlanmaktadır (169, 183).

Uygulamada güvenilirlik kavramının üç farklı anlamda kullanıldığı görülmektedir. Ölçmenin amacına uygun olarak yeterli duyarlılıkta olmayan bir araçla yapılan ölçmeler, daha duyarlı bir araçla yapılanlara göre daha az güvenilirdir. Burada güvenilirlik, duyarlılık anlamında kullanılmakta olup, duyarlılık ölçme sonuçlarının veya ölçme aracının biriminin büyüklüğü ile ilgilidir. Ölçmenin birimi küçüldükçe duyarlılık artacaktır. Bir özelliğin aynı araçla birden çok ölçüldüğünde ölçme sonuçlarının birbirinden dikkate değer ölçüde farklılık göstermemesi, ölçme sonuçlarının kararlılığını gösterir. Burada güvenilirlik, kararlılık anlamında kullanılmıştır. Bir testi oluşturan madde puanlarının testten elde edilen toplam puan ile dikkate değer pozitif korelasyon vermeleri ise, ölçme sonuçlarının tutarlılığı olarak tanımlanır. Maddelerin ölçülmek istenen özellik bakımından benzeşik (homojen) olması tutarlılığı artıracaktır (183).

Klasik test kuramı kapsamında ele alınan güvenilirlik, değişik nitelikteki korelasyon analizleriyle yakından ilgilidir. Güvenilirliği belirlemeye yönelik yapılan korelasyon analizleri; (a) maddeler arasındaki, (b) toplam puanlar arasındaki, (c) toplam puanla maddeler arasındaki ve (ç) gözlemci puanları arasındaki ilişkileri belirlemeye yöneliktir (168).

İç Tutarlılık

İç tutarlılık güvenilirliğinde, tek bir ölçüm aracı kullanılarak ve tek bir seansta ölçüm yapılarak maddelerin belirli bir kuramsal yapıyı tutarlı bir şekilde ölçüp ölçmediği araştırılır. İç tutarlılık güvenilirliğini belirlemek için değişik yöntemlerden yararlanılabilir (168).

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı'nın iç tutarlılık analizinde madde-toplam (item-total) ve madde kalan (item-reminder) puan korelasyonu analizi ve Cronbach a güvenilirlik analizi uygulandı.

Madde-toplam puan korelasyonu, ölçeği/testin toplam puanlarıyla her bir maddeye ait puanların korelasyonlarının alınmasıdır. Bu işlem madde güvenilirliği olarak da adlandırılır. Literatürde madde-toplam puan korelasyonu analizinin yapılabilmesi için 100 ile 200 ya da madde sayısının en az beş katı kadar cevaplayıcının olması gerektiği bildirilmektedir. Bu çalışmada örneklem grubunun 518 olması madde-toplam puan korelasyonu yapmak için uygun bir kütle olduğunu düşündürdü.

İlişki Temelli Bakım öz Değerlendirme Aracı güvenilirlik çalışmasında madde toplam korelasyon katsayıları, 0,64 -0,86; madde kalan korelasyon katsayıları 0,62 -0,85 arasında değişmektedir. Bu korelasyon katsayıları genel kabul gören 0,30 üstündendir. Ayrıca madde toplam ve madde kalan analizlerinde tüm maddelerin korelasyonlarının $p < ,001$ düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir. Tüm bu sonuçlar tüm maddelerin aynı yapı içinde olduğunu ortaya koymaktadır.

Korelasyonun 0,15-0,20 arasında olması değersiz, 0,20-0,35 aşağı bir derece, 0,35-0,60 iyi bir derece, 0,60 ve üstü ise yüksek bir derece olarak kabul edilmektedir (168). Madde toplam korelasyonlarının negatif olmaması, en az 0,20 olması beklenir. Korelasyon değerinin 0,20 olması durumu minimum etkinlik derecesi olarak kabul edilmektedir. Maddelerin korelasyon değerinin 0,20'nin altında olması halinde, maddelerin ölçekten çıkarılmasına karar verirken, alfa katsayısının ve ortalamaların değişimine bakmak gerekmektedir (169).

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı iç tutarlılığını ölçmek için ayrıca Cronbach's alpha katsayısı hesaplandı ve 0,985 olarak belirlendi. Maddelerin içinde alfa değerini düşüren bir maddenin de olmadığı saptanmıştır. Bu durum, bir aşamalı güvenilirlik analizlerinin ardından alfa değerinin 0,985'den daha yüksek olamayacağı ve güvenilirlik için madde eleme işlemi gerekmediği sonucunu doğurmuştur. Bu sonucun ardından maddelerin ve araç toplam puanlarının ayırdedici olup olmadığını belirlemek amacıyla alt ve üst %27'lik gruplar arasında karşılaştırma işlemleri yapıldı. Aracın orjinal güvenilirlik analizinde Cronbach's alpha değeri 0,98 Olduğu belirlendi. (Tablo 6) Amerikan toplumunda geliştirilen ölçeğin ülkemize yapılan uyarlama çalışmasında elde edilen Cronbach's alpha değerleri orijinal ölçek değerlerine oranla düşük olmakla birlikte kabul edilebilir düzeyde olduğuna karar verildi.

Literatürde zeka testleri ve bilişsel testlerde Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısının en az 0,80 psikolojik ve kavramsal yapıları ortaya çıkarmayı amaçlayan ölçeklerde, yetenek ve becerileri ölçen testlerde ise en az 0,70 olması gerektiği bildirilmektedir (168, 169,185).

Bir test veya ölçek için iç tutarlılık güvenilirliğini yapmak gereklidir, fakat yeterli değildir. Ölçüm çalışmasının niteliğine göre aynı zamanda diğer güvenilirlik analizleri de yapılmalıdır. Şencan (2005) güvenilirlik analizi yapılması düşünülen ölçüm aracı iş hayatında kullanılacak bir bilişsel test ise aynı zamanda test-yeniden test güvenilirliği, bir ölçek ise paralel formlar güvenilirliğinin de hesaplanması gerektiğini bildirmiştir (168).

3.4. Sonuçlar

- İlişki temelli bakım 6z değerlendirme aracının T6rk toplumuna uyarlanabilmek 6zere geçerlik ve g6venirliğinin y6ksek olduğu saptandı ve H_1 hipotezi kabul edildi.
- Farklı disiplinleri bir arada bulunduran bir 6rneklem grubunda 6leğin çok fakt6rl6 yapısının korunamadığı saptandı.



4. İLİŞKİ TEMELLİ ÖZ BAKIM DEĞERLENDİRME ARACI'NIN BİR ÖZEL HASTANEDE UYGULANMASI

4.1. Gereç Ve Yöntem

4.1.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma özel bir hastanede İlişki Temelli Bakıma yönelik bir öz değerlendirme yapılması amacıyla tanımlayıcı ve metodolojik bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

4.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 25 Mart 2014-15 Mayıs 2014 tarihleri arasında Kocaeli ili sınırları içerisinde bulunan Özel Anadolu Sağlık Merkezi'nde gerçekleştirildi.

Özel Anadolu Sağlık Merkezi

Şubat 2005 yılında hizmete giren hastane 209 yatak kapasitesi ile özellikle onkoloji alanlarında ve tüm branşlarda hizmet vermektedir. Hastane 2007 yılında JCI akreditasyonunu almıştır. Ayrıca ESMO(Avrupa Tıbbi Onkoloji Derneği) belgesi vardır. Hastanede, ilişki temelli bakım adına Hasta Odaklı Bakım Departmanı bulunmaktadır.

4.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Kocaeli ili sınırları içerisinde hizmet veren Özel Anadolu Sağlık Merkezi'nde görev yapan hemşire, doktor, fizyoterapist, diyetisyen, hasta danışmanı, hasta bakım teknisyeni ve teknikerinden oluşan sağlık bakım personeli oluşturdu. Araştırmada tabakalı örnekleme yoluna gidildi. Doğum izni, rapor, yıllık izin vb. Nedenler ile katılmayan veya eksik form dolduran kişiler araştırma kapsamından çıkarıldı. Araştırmayı kabul eden ve araştırmanın uygulama aşamalarının tümünde kendisine ulaşılabilen 246 sayıda kişi araştırmanın örneklemini oluşturdu.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- En az 1 yıl ve daha uzun süredir kurumda çalışıyor olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 1 yıldan kısa süredir kurumda çalışıyor olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi

Tablo 29. Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi'ndeki personelin Sayısı

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi Personel Sayısı	Sayı
Doktor	119
Hemşire-Ebe	291
ATT	28
Hasta Bakım Teknisyeni	72
Hasta Danışmanı	101
Sağlık Teknisyeni(radyoloji, laboratuvar, anestezi, odiyometris)	67
Fizyoterapist-Diyetisyen	7
Toplam	685

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi rnekleme

Çalışma için belirlenen hastanede hizmet veren toplam 685 çalışandan örnekleme alınacak birey sayısını belirlemek için aşağıdaki formül kullanıldı:

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2(N-1) + t^2 pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın grlş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

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

$$n = \frac{685 \times 1.962 \times 0.5 \times 0.5}{0.052 \times 684 + 1.962 \times 0.5 \times 0.5} \quad n = 246$$

Hesaplama ile bulunan örnekleme büyüklüğü 246 çalışandan oluştu. Araştırmanın evrenini oluşturan hastanedeki çalışanların meslek gruplarından her birinden örnekleme

kaç çalışan alınacağı ise tabakalı rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak orantılı seçim yöntemiyle belirlendi.

Bu amaçla şu formül kullanıldı:

$n_i = N_i (N/n)$

Formülde:

i : Tabaka numarası

N_i : i no'lu tabakadaki birim sayısı

N : Evrendeki birim sayısı

n_i : i no'lu tabakadan alınacak birim sayısı

n : Örnekleme alınacak birim sayısıdır.

Buna göre;

Tablo 30. Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi'nde çalışmaya katılan personelin dağılımı

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi	Hesaplama	Örnekleme Alınan Personel Sayısı
Doktor	$(119/685)246$	$n_i = 43$
Hemşire-Ebe	$(291/685)246$	$n_i = 105$
ATT	$(28/685)246$	$n_i = 10$
Hasta Bakım teknisyeni	$(72/685)246$	$n_i = 26$
Hasta Danışmanı	$(101/685)246$	$n_i = 36$
Sağlık teknisyeni(radyoloji, laboratuvar, anestezi, odiyometris)	$(67/685)246$	$n_i = 24$
Fizyoterapist-Diyetisyen	$(7/685)246$	$n_i = 2$
Toplam		246

Hastanede örnekleme alınacak çalışanları belirlemek için basit rasgele sayılar tablosundan her meslek grubundan örnekleme giren çalışan sayısı kadar ve yine her meslek grubundan yedek numaralar belirlendi. Daha sonra hastane İnsan Kaynakları Müdürlüğünde bulunan çalışma çizelgelerinden belirlenen numaralara denk gelen isimlere ulaşıldı.

4.1.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Katılımcı Tanıtım Formu ve İlişki Temelli Bakım Kurumsal Öz Değerlendirme Formu kullanılarak toplandı.

4.1.5. Araştırmanın Etik Yönü

İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracının (Relationship Based Care) kullanımı için Creative Health Care Management 'den mail yoluyla izin alındı. (Ek-6)

Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için araştırma örneklemini oluşturan hastanelerin yönetimlerinden yazılı izin alındı. (Ek-7)

Sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında sözlü bilgi verildi, sözlü onamları alındı ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin veri toplama araçlarını doldurmaları sağlandı, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenlerin yerine belirlenen yedek kişilere ulaşıldı ve formu doldurmaları sağlandı.

4.1.6. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanması aşaması için hastanelerin yönetimlerinden randevu alındı ve uygulamalar katılımcıların çalıştığı kliniklerde gerçekleştirildi. Uygulamaya başlamadan önce katılımcılara araştırmanın amacı, veri toplama araçları ve araştırmaya dahil edilme kriterleri hakkında bilgi verildi, sonra sıra ile Tanıtıcı Bilgiler Formu, İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı uygulandı. Uygulama süresince katılımcıların araca ilişkin soruları yanıtlandı ve anlaşılmayan noktalara açıklık getirilerek aracın doğru bir biçimde doldurulması sağlandı.

4.1.7. Veri Analiz Araçları

Çalışmadan elde edilen sonuçlar “SPSS Statistics 20,0” istatistik programına kaydedildi ve analizi yapıldı.

4.1.8. Araştırma Soruları

- Sağlık personelinin ilişki temelli bakım öz değerlendirme puanları ne düzeydedir?
- Yaş faktörünün ilişki temelli bakım öz değerlendirme aracının algılanması ve uygulanmasında etkisi var mıdır?
- Çalıştıkları birimlere göre sağlık personelinin ilişki temelli bakım öz değerlendirme puanları arasında farklılık var mıdır?
- Farklı çalışma prensiblerinde olan personelin ilişki temelli bakım öz değerlendirme aracını yorumlamada farklılıkları var mıdır?
- Kurumda farklı pozisyonlarda çalışan sağlık personelinin ilişki temelli bakım öz değerlendirme puanları arasında farklılık var mıdır?
- Eğitim düzeyi farklı olan sağlık personelinin ilişki temelli bakım öz değerlendirme puanları arasında farklılık var mıdır?
- Meslekte geçirilen toplam sürenin ilişki temelli bakım öz değerlendirme aracını algılamada etkisi var mıdır?
- Kurumda geçirilen toplam sürenin ilişki temelli bakım öz değerlendirme aracını algılamada etkisi var mıdır?
- Düzenli komitelerde çalışıyor olmanın ilişki temelli bakım öz değerlendirme aracını algılamada etkisi var mıdır?
- İlişki Temelli bakımla ilgili bilgi sahibi olma durumuna göre sağlık personelinin ilişki temelli bakım öz değerlendirme puanları arasında farklılık var mıdır?
- İlişki Temelli bakımla ilgili eğitim almış olma durumuna göre sağlık personelinin ilişki temelli bakım öz değerlendirme puanları arasında farklılık var mıdır?

4.2. Bulgular

Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 31. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı çalışmasına katılan kişilerin sosyo-demografik özellikleri

Gruplar	Frekans	%	
Yaş	25 ve altı	49	19,9
	26-30	88	35,8
	31-35	65	26,4
	36-40	33	13,4
	41 ve üzeri	11	4,5
Çalışılan bölüm	Dahili servisler	57	23,2
	Cerrahi servisler	48	19,5
	Poliklinik/acil servis	26	10,6
	İdari birim	7	2,8
	Hasta hizmetleri	10	4,1
	Ameliyathane	14	5,7
	Diğer (Lab., Tıbbi Hizmetler)	84	34,1
Çalışma düzeni	Nöbet usulü	190	77,2
	Gündüz vardiyası	54	22,0
	Gece vardiyası	2	0,8
Kurumdaki pozisyon	Sağlık çalışanı	180	73,2
	Yönetici	9	3,7
	Diğer (İdari ve destek hizmetler)	57	23,2
Eğitim durumu	Lise	53	21,5
	Ön lisans	31	12,6
	Lisans	131	53,3
	Yüksel lisans ve üzeri	31	12,6
Toplam çalışma süresi	5 ve altı	100	40,7
	6-10	89	36,2
	11-15	34	13,8
	16-20	17	6,9
	21 ve üzeri	6	2,4
Mevcut kurumda çalışma süresi	5 ve altı	166	67,5
	6-10	73	29,7
	11-15	6	2,4
	16 ve üstü	1	0,4
Düzenli çalışan komitelerde görev alma	Evet	187	76,0
	Hayır	59	24,0
İlişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olma	Evet	174	70,7
	Hayır	72	29,3
İlişki temelli bakım hakkında eğitim alma	Evet	198	80,5
	Hayır	48	19,5
Toplam	246	100	

Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde katılımcıların %35,8 oranında en fazla 26-30 yaş aralığında olduğu, %34,1'inin laboratuvar ve tıbbi hizmetlerde çalıştığı, %77,2'sinin nöbet usulüne göre çalıştığı, kurumdaki pozisyonları incelendiğinde %73,2'sinin sağlık çalışanı olduğu görülmüştür. Eğitim durumları incelendiğinde %53,3'ünün lisans mezunu olduğu, toplam çalışma sürelerinde %40,7 oranında 5 yıl ve altı olan grup aynı zamanda %67,5 oranında da mevcut bulunduğu kurumdaki çalışma süreleri içinde en yüksek yüzdeyi alan grup olmuştur. Düzenli çalışan komitelerde görev alanların yüzdesi %76 olup ilişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olanlar %70,7 daha önce ilişki temelli bakım hakkında eğitim alanların yüzdesi ise %80,5 olarak saptanmıştır.

Tablo 32. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarına ait aritmetik ortalama ve standart sapma değerleri

Boyutlar	N	\bar{x}	ss	Min.	Max.
Mevcut Durum	246	275,52	74,40	83	410
İstenen Durum	246	346,43	28,39	188	370

Örneklem grubunu oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme ölçeği mevcut durum alt boyutu puanlarının ortalaması $\bar{x}=275,52$ standart sapması $ss=74,40$ olarak; istenen durum alt boyutu puanlarının ortalaması $\bar{x}=346,43$ standart sapması $ss=28,39$ olarak hesaplanmıştır.

Tablo 33. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının yaş değişkenine göre karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	<i>sd</i>	<i>P</i>
Mevcut	25 ve altı	49	136,11	3,03	4	,554
	26-30	88	115,78			
	31-35	65	125,84			
	26-40	33	117,82			
	41 ve üzeri	11	132,32			
	Toplam	246				
İstenen	25 ve altı	49	135,96	8,20	4	,084
	26-30	88	124,26			
	31-35	65	116,55			
	26-40	33	103,53			
	41 ve üzeri	11	162,86			
	Toplam	246				

Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme ölçeği puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda; grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($x^2=3,03$; $p>,05$) ve istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunmamıştır. ($x^2=8,20$; $p>,05$)

Tablo 34. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının çalıştığı bölüm değişkenine göre karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	sd	P	Mann
Mevcut	Dahili Servisler	57	121,50	10,15	6	,119	
	Cerrahi Servisler	48	117,47				
	Poliklinik/Acil Servis	26	112,15				
	İdari Birim	7	109,93				
	Hasta Hizmetleri	10	87,70				
	Ameliyathane	14	101,68				
	Diğer	84	140,85				
	Toplam	246					
İstenen	(1) Dahili Servisler	57	127,02	25,64	6	,000	4>5 7>5 1>5
	(2) Cerrahi Servisler	48	117,69				
	(3) Poliklinik/Acil Servis	26	97,52				
	(4) İdari Birim	7	158,43				
	(5) Hasta Hizmetleri	10	40,60				
	(6) Ameliyathane	14	109,21				
	(7) Diğer	84	141,82				
	Toplam	246					

Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme ölçeği puanlarının çalıştığı bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda; grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunurken ($x^2=25,64$; $p<,001$) mevcut durum alt boyutu için anlamlı bulunmamıştır ($x^2=10,15$; $p>,05$). Bu sonucun ardından istenen durum alt boyutu için farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmış ve elde edilen sonuçlar bağlamında söz konusu farklılığın dahili servisler ile hasta hizmetleri grubu arasında dahili servisler lehine $p<,001$ düzeyinde; diğer servisler ile hasta hizmetleri grubu arasında diğer servisler lehine $p<,001$

düzeyinde; dahili servisler ile hasta hizmetleri grubu arasında dahili servisler lehine $p < ,001$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > ,05$).

Tablo 35. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının çalışma düzeni değişkenine göre karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
Mevcut	Nöbet usulü	190	277,39	76,78	5,57	,72	244	,470
	Gece/Gündüz	56	269,20	65,92	8,81			
İstlenen	Nöbet usulü	190	347,96	26,44	1,92	1,56	244	,119
	Gece/Gündüz	56	341,23	33,97	4,54			

Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının çalışma düzeni değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız gruplar t testi testi sonucunda; grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum alt boyutu ($t = ,72$; $p > ,05$) ve istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunmamıştır. ($t = 1,56$; $p > ,05$)

Tablo 36. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının kurumdaki pozisyonu değişkenine göre karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	<i>sd</i>	<i>P</i>	Mann
Mevcut	Sağlık Çalışanı	180	119,28	5,29	2	,071	-
	Yönetici	9	97,28				
	Diğer	57	140,96				
	Toplam	246					
İstenen	Sağlık Çalışanı	180	126,74	2,50	2	,286	-
	Yönetici	9	91,78				
	Diğer	57	118,26				
	Toplam	246					

Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının kurumdaki pozisyonu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($x^2=5,29$; $p>,05$) ve istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunmamıştır. ($x^2=2,50$; $p>,05$)

Tablo 37. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre karşılaştırılması

<i>f</i> , \bar{x} ve <i>ss</i> Değerleri					ANOVA Sonuçları					
Puan	Grup	<i>N</i>	\bar{x}	<i>ss</i>	Var. K.	<i>KT</i>	<i>Sd</i>	<i>KO</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Mevcut	Lise	53	296,89	73,96	G.Arası	36116,614	3	12038,871		
	Önlisans	31	278,13	69,28	G.İçi	1319930,74 0	242	5454,259		
	Lisans	131	270,00	76,13	Toplam	1356047,35 4	245		2,21	,088
	Lisansüstü	31	259,74	67,85						
	Toplam	246	275,52	74,40						
İstenen	Lise	53	345,17	29,79	G.Arası	7064,194	3	2354,731		
	Önlisans	31	333,06	41,21	G.İçi	190464,132	242	787,042		
	Lisans	131	349,53	23,84	Toplam	197528,325	245		2,99	,032
	Lisansüstü	31	348,84	25,50						
	Toplam	246	346,43	28,39						

Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tek yönlü varyans analizi (ANOVA) sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum alt boyutu ($F=2,21$; $p>,05$) için anlamlı bulunmazken, istenen durum alt boyutu ($F=2,99$; $p<,05$) için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu sonucun ardından farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizlere geçilmiştir. Bu amaçla alfa türü hataya duyarlı olan Scheffe testi tercih edilmiş ve sonuçlar aşağıda sunulmuştur. (Tablo 38)

Tablo 38. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre hangi gruplar arasında farklılaştığını belirlemek üzere yapılan scheffe testi sonuçları

Puan	Gruplar (i)	Gruplar (j)	$\bar{x}_i - \bar{x}_j$	$Sh_{\bar{x}}$	p
İstene	Lise	Önlisans	12,11	6,34	,305
		Lisans	-4,37	4,57	,822
		Lisansüstü	-3,67	6,34	,953
	Önlisans	Lise	-12,11	6,34	,305
		Lisans	-16,47	5,60	,037
		Lisansüstü	-15,77	7,13	,182
	Lisans	Lise	4,37	4,57	,822
		Önlisans	16,47	5,60	,037
		Lisansüstü	,70	5,60	,999
	Lisansüstü	Lise	3,67	6,34	,953
		Önlisans	15,77	7,13	,182
		Lisans	-,70	5,60	,999

Örnekleme grubunu oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre hangi gruplar arasında anlamlı farklılıklar gösterdiğini belirlemek amacıyla yapılan Scheffe testi sonucunda söz konusu farklılığın, istenen durum alt boyutu için ön-lisans mezunları ile lisans mezunu olanlar arasında lisans mezunu olanlar lehine $p < ,05$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar ise anlamlı bulunmamıştır ($p < ,05$).

Tablo 39. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının mesleki kıdem değişkenine göre karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	x^2	<i>sd</i>	<i>p</i>
Mevcut	5 ve altı	100	128,77	4,87	4	,301
	6-10	89	124,46			
	11-15	34	99,99			
	16-20	17	126,88			
	21 ve üstü	6	145,08			
	Toplam	246				
İstenen	5 ve altı	100	133,54	6,30	4	,178
	6-10	89	116,44			
	11-15	34	103,84			
	16-20	17	134,85			
	21 ve üstü	6	140,17			
	Toplam	246				

Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının mesleki kıdem değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark mevcut durum alt boyutu ($x^2=4,87$; $p>,05$) ve istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunmamıştır. ($x^2=6,30$; $p>,05$)

Tablo 40. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının mevcut çalışma süresi değişkenine göre karşılaştırılması

Puan	Gruplar	<i>N</i>	$\bar{x}_{sıra}$	χ^2	<i>sd</i>	<i>p</i>	Mann
Mevcut	(1) 5 ve altı	166	131,60	6,899	2	,032	1>2
	(2) 6-10	73	105,38				
	(3) 11 ve üstü	7	120,43				
	Toplam	246					
İstenen	(1) 5 ve altı	166	131,91	7,550	2	,023	1>2
	(2) 6-10	73	104,64				
	(3) 11 ve üstü	7	120,79				
	Toplam	246					

Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının mevcut çalışma süresi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen Kruskal Wallis-H testi sonucunda, grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark mevcut durum alt boyutu ($\chi^2=6,70$; $p<,05$) için ve istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=2,33$; $p<,05$). Bu sonucun ardından mevcut durum alt boyutu için farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı karşılaştırma tekniklerine geçilmiştir. Bu amaçla kullanılan özel bir test tekniği bulunmadığından ikili karşılaştırmalarda tercih edilen Mann Whitney-U uygulanmış ve elde edilen sonuçlar bağlamında söz konusu farklılığın her iki puan için 5 ve altı grubu ile 11-15 yıl kıdem grupları arasında 5 ve altı yıl kıdem grubu lehine $p<,01$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 41. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının düzenli çalışan komitelerde görev alma değişkenine göre karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Mevcut	Hayır	187	264,91	75,44	5,52	-4,11	244	,000
	Evet	59	309,17	60,11	7,83			
İstenen	Hayır	187	343,21	30,47	2,23	-3,22	244	,001
	Evet	59	356,63	17,03	2,22			

Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının düzenli çalışan komitelerde görev alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız gruplar t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum alt boyutu ($t=-4,11$; $p<,001$) ve istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunmuştur ($t=-3,22$; $p<,01$). Her iki alt boyut için de düzenli çalışan komitelerde görev alanların aritmetik ortalamaları görev almayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 42. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının ilişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olma değişkenine göre karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	p
Mevcut	Hayır	174	266,70	77,41	5,87	-2,94	244	,004
	Evet	72	296,85	62,02	7,31			
İstenen	Hayır	174	343,75	31,32	2,37	-2,33	244	,021
	Evet	72	352,92	18,22	2,15			

Örnekleme oluşturan bireylerin İlişki Temelli Bakım Öz-değerlendirme Aracı puanlarının ilişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız gruplar t testi testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum alt boyutu ($t=-2,94$; $p<,01$) ve istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunmuştur ($t=-2,33$; $p<,05$). Her iki alt boyut için de ilişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olanların aritmetik ortalamaları bilgi sahibi olmayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Tablo 43. İlişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının ilişki temelli bakım hakkında eğitim alma değişkenine göre karşılaştırılması

Puan	Gruplar	N	\bar{x}	ss	Sh $_{\bar{x}}$	t Testi		
						t	Sd	P
Mevcut	Hayır	198	269,20	75,53	5,37	-2,75	244	,006
	Evet	48	301,63	63,84	9,22			
İstenen	Hayır	198	344,78	29,43	2,09	-1,86	244	,064
	Evet	48	353,25	22,66	3,27			

Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının ilişki temelli bakım hakkında eğitim alma değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız gruplar t testi testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum alt boyutu ($t=-2,75$; $p<,01$) için anlamlı bulunurken istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunmamıştır ($t=-1,86$; $p>,05$). Mevcut durum alt boyutu için ilişki temelli bakım hakkında eğitim alanların aritmetik ortalamaları eğitim almayanlardan anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

4.3. Tartışma

İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının özel bir hastanede yapılan uygulamasında katılımcıların üçte birinden fazlasının 26-30 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme ölçeği puanlarının yaş değişkenine göre grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ve istenen durum alt boyutu için anlamlı bulunmamıştır. Kurumda verilen hizmetin sorgulanması ve iyileştirilmesine yönelik düzenlemelerin olması, betimleyici maddelerin yaş ve cinsiyet farklılıklarından etkilenecek bir yapıda olmaması istatistiksel olarak yaş faktörünün etkili olmamasına sebep olduğu düşünülmüştür. Ayrıca bu durum sağlık personellerinde deneyim ile alakalı olabilir. Yaşı genç bir grup ile çalışıyor olmak ilişki temelli bakım algısını etkilemiş olabileceğini, daha köklü ve deneyimli gruplarda çalışan sağlık personelleri arasında çalışmanın tekrarlanması elde edilen sonuçları değiştirebileceğini düşünüldü. Yaş sağlıkta hizmet sunumu açısından mevcut personelin davranışlarını, hasta ve yakınları ile olan ilişkisini etkileyen önemli parametrelerden biridir. Deneyim yaş ile birlikte artmakta bu da bakım kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Öte yandan yüksek yaş grubundaki sağlık personelinin yoğun iş ortamına ve etkin hasta bakımına katkıda bulunmada fiziki olarak zorluklar çekebileceği unutulmamalıdır. Bu çelişkinin ortadan kaldırılabilmesi için sağlık çalışanlarının gerek mesleki eğitim sürecinde gerekse de çalıştığı kurumda verilecek olan hizmet içi eğitimlerle etkin bir şekilde desteklenmesi genç, dinamik ve bir o kadar da deneyimli bir sağlık bakım ekibi oluşmasına neden olacağını düşünüldü.

Katılımcıların üçte birininin laboratuvar ve tıbbi hizmetlerde çalıştığı saptanmıştır. Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme ölçeği puanlarının çalıştığı bölüm değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark mevcut durum alt boyutu için anlamlı bulunmazken ($p>,05$), istenen durum alt boyutu için anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<,001$). Dahili servislerde çalışan personelin hasta hizmetlerinde çalışan personele göre daha yüksek puan aldıkları, diğer servisler ile hasta hizmetleri grubu arasında diğer servisler lehine $p<,001$ düzeyinde; dahili servisler ile hasta hizmetleri grubu arasında dahili servisler lehine $p<,001$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$). Bu durum hasta hizmetlerinde çalışan hasta danışmanı, tıbbi sekreter gibi hasta bakımı ile doğrudan ilişkili olmayan bölümlerin, dahili servisler gibi kronik hasta yatışı çok olan servislere

göre ilişki temelli bakımı daha farklı algılamasından kaynaklanıyor olabileceğini şeklinde yorumlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde görev alan doktor, hemşire ve sağlık bakım teknisyeni gibi hasta bakımı ve tedavisiyle primer ilişkili olan grupların dışındaki çalışanların almış oldukları mesleki eğitim süreçlerinde ikili ilişkilerin, insani değer ve yargılarının önemini vurgulayıcı eğitimler almamış olmaları ilişki temelli bakım kavramına farklı bakış açılarıyla yaklaştıklarını göstermektedir. Bu grupların işe alım sürecinde almış oldukları eğitimlerin sorgulanmasının yanında ikili ilişkilerin geliştirilmesine, emosyonel stres altındaki kişilere olan yaklaşımlarının düzeltilmesine yönelik eğitim süreçlerinin verilmesi kurumdaki hasta bakım kalitesini artıracakını düşünüldü. Hemşireler, bakımla ilgili fonksiyonlarına karar vermede ve bunları uygulamada bazı güçlükler yaşayabilmektedir. Bu güçlüklerle özgü klinikte hemşire-hasta sayısının dengelenmesi ve bakım için ideal sayıya ulaşılması, klinik hemşirelerinin hasta eğitimi konusunda bilgili ve istekli olmaları, kliniğe ve hastaya özel eğitim ihtiyaçlarının ve hedeflerinin saptanması, iletişiminin sürdürülmesi oldukça önemlidir. Bu güçlüklerin fark edilmesi ve çözüme kavuşturulması hem hemşirenin meslekten doyum almasını hem de hastanın verilen hizmetten memnun kalmasını sağlar. Hastanın memnuniyeti, genel sağlık durumunu olumlu yönde etkilediğinden sunulan hemşirelik hizmetinin kalitesini de yükseltmektedir (186). İç hastalıkları kliniklerinde yatan hastalar bilindiği gibi kronik hastalıklara sahip, terminal dönemde olabilen, kısa ya da uzun süreli bakım gereksinimi olan hastalardır. Yataklı tedavi kurumlarında hastalara verilen bakımın etkinliği, hemşirelik bakım kalitesini artırma, hemşirenin mesleki bilgisinin yanı sıra bu bilgiyi hasta gereksinimlerini belirlemede kullanabilme becerisine dayanmaktadır (187, 188, 189). Verilen hizmetin istendik olabilmesi için yaşanan/karşılaşılan güçlüklerin belirlenmesi, çözümlenmesi en önemli adımı oluşturmaktadır (190).

Katılımcıların büyük çoğunluğunun nöbet usulüne göre çalıştığı saptanmıştır. Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının çalışma düzeni değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($p>,05$) ve istenen durum için anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$). Bu durum sağlık sektöründe hizmetin 7-24 devam ettiği, kalite standartlarının gece gündüz ayırt edilmeden aynı şekilde sağlandığı şeklinde yorumlanabilir. Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını ve bireysel güvenliğini olumsuz etkilediğini ortaya koymaktadır

(191,192). Uykusuz, yorgun ve gece çalışma, hemşirenin sadece kendi sağlığını ve güvenliğini değil, sunduğu hemşirelik bakımının ve buna bağlı olarak sosyal ve etik değerlerini de olumsuz etkileyebilir (193). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1950 yılında iş sağlığını; bütün mesleklerde çalışanların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hallerinin en üst düzeyde tutulması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmaları şeklinde tanımlamıştır (194-197). Başka insanlara sağlık hizmeti götüren hemşirelerin tam bir iyilik halinde olmaları ve bu iyilik halinin korunması daha da önem taşır (198). Bununla paralel olarak Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) 2006 temasını “Güvenli Ortam-Güvenli İstihdam” üzerine oluşturmuş ve 2007 temasını da “Pozitif Uygulama-Çalışma Ortamı” üzerine odaklamıştır. Sağlık çalışanlarının meslek riskleri ile karşılaşma olasılığı mesleğine, yaptığı işe, çalıştığı bölüme göre değişiklik göstermektedir. Hemşirelerin ise hastayla daha fazla zaman geçiren ve bakımlarını doğrudan yerine getiren kişi olmaları nedeniyle sağlık riskleri ile karşılaşma olasılıkları diğer sağlık personelinden daha yüksektir (194, 195, 199). Hemşireler tedavi uygulamaları sırasında, hizmet yoğunluğuna göre değişmek üzere uzun süre ayakta kalma, nöbetlerde uykusuzluk, beslenme düzensizlikleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar (194, 200). Bu nedenle sağlık çalışanı olan hemşirelerin çalışma ortamları ve çalışma koşullarının değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Katılımcıların yarısından fazlası sağlık mesleği üyelerinden oluşturmaktadır. Örnekleme oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının kurumdaki pozisyonu değişkenine göre grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($p>,05$) ve istenen durum için anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$). Çalışmaya alınan grubun homojen dağılım göstermemesi, hastaya direk olarak temas eden sağlık çalışanlarının sayıca üstün olması bu sonucu doğrulamış olabilir. İlişki temelli bakım kavramının yeni bir anlayış sistemi olması ve kurum içinde verilen eğitimlerin yönetici ve sağlık personelleri ile ortak gerçekleştirilmesinin algıda seçiciliği artırmasına, İTB ile ilgili benzer fikir oluşmasına yol açmış olabilir. Kurum kültürü kavramı, oldukça yeni bir kökene sahiptir. Özellikle 1980’li yılların başından itibaren üzerinde durulan bu kavram, genel olarak organizasyon içindeki işlerin yapılış ve yürütülüş biçimini ifade eder (201). Öğrenen kurum ve örgüt kültürü; hemşirelik hizmetlerini ve hasta bakımını etkilemektedir. Kaliteli sağlık bakım sürecinin hızını artırmak için öğrenen organizasyon ve örgüt kültürü unsurlarını anlayarak, açık olarak belirlenmiş misyon, stratejiler, politika ve prosedürler ile bağlantı kurmaya çalışılmaktadır (202). Bahçecik (2011) çalışmasında,

hemşirelerin örgüt kültürü algılarının yüksek olduğunu, kurumlarının öğrenen organizasyon özelliklerini taşıdığını ve öğrenen organizasyon ile örgüt kültürü arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır. Hemşireler, hastanelerde örgüt kültürünü devam ettirmede ve değiştirmede önemli rollere sahiptir. Aynı zamanda gelecekteki başarıyı yakalayacak olan kurumların kolay ve hızlı öğrenen organizasyonlar olacağı bilinmektedir. Hemşireler güçlü örgüt kültürü yaratarak ve paylaşılan bilgi, anlayış, davranışlarla örgütsel kazanımı ortaya koyar, hemşirelik hizmetinin kalitesini ve verimliliğini daha etkin hale getirir (203).

Katılımcıların yarısından fazlasının lisans mezunu olduğu saptanmıştır. Örneklemi oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının eğitim düzeyi değişkenine göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($p>,05$) için anlamlı bulunmazken, istenen durum ($p<,05$) için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan tamamlayıcı analizler sonucunda istenen durum için önlisans mezunları ile lisans mezunu olanlar arasında lisans mezunu olanlar lehine anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Diğer grupların aritmetik ortalamaları arasındaki farklılıklar ise anlamlı bulunmamıştır ($p<,05$) (Tablo 38) . Bu durum eğitimde geçen sürenin artmasının olayları algılama gücünde artmaya, eleştirel düşünme gücünde artışa ve karar verme yeteneğinde artışa yol açtığı şeklinde yorumlanabilir. Eğitimde geçen sürenin artması ve yüksel lisans veya doktora gibi tamamlayıcı eğitimlere yönelme kişinin bilgi ve birikimini artırmakta, ikili ilişkilerinin gelişmesine katkıda buluncağından ilişki temelli bakım gibi merkezinde insan olan bir felsefenin daha anlaşılır hale gelmesine yol açacağı düşünülmektedir. Kumcağız ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip hemşirelerin iletişim becerilerinin diğer eğitim düzeylerine sahip olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<,05$) (204). Avşar ve Kaşıkçı iletişim becerileri ve kritik düşünme gibi özelliklerin hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasında etkili olduğu sonucuna varmışlardır (205). Mezuniyet sonrası eğitim; seçilen alandaki bilgilerin derinlemesine ve geniş kapsamlı olarak öğrenilmesini sağlamak, olumlu tutumlar, değerler ve analitik düşünme alışkanlıkları kazandırmak, hemşirelik uygulamaları için araştırmanın önemini anlamak ve çalışmalarında kanıta dayalı verileri kullanmak, hemşirelik sorunlarının çözümlenmesinde yararlı olacak uygun bilimsel ilkeleri seçebilmek ve yeni hipotezlerin geliştirilmesini hedeflemektedir (206, 207). Mezuniyet sonrası eğitimin nitelik ve niceliği geliştikçe, hemşirelerin hasta bakımına ilişkin bilgi ve becerileri, liderlik, savunuculuk gibi rollerinin ön plana çıkacağı

belirtilmektedir (208). Mezuniyet sonrası eğitimde kazanılan bilgi ve becerilerle hemşireler, mesleki felsefe, bilimsel yaklaşım ve çeşitli bakım modellerini klinik alanda uygulayabilmekte; hizmet alanında değişim için lider sağlık profesyoneli rolünü üstlenebilmektedir (209).

Katılımcıların yarısına yakını 5 yıl ve altında süredir çalışmakta olduğu, aynı zamanda yarısından fazlasının mevcut kurumda 5 yıl ve altında çalıştığı saptanmıştır. Örneklemi oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının mesleki kıdem değişkenine göre grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($p>,05$) ve istenen durum için anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$). Mevcut çalışma süresi değişkenine göre grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($p<,05$) için ve istenen durum için anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). İkili karşılaştırmalarda elde edilen sonuçlar bağlamında söz konusu farklılığın her iki puan için 5 ve altı grubu ile 11-15 yıl kıdem grupları arasında 5 ve altı yıl kıdem grubu lehine $p<,01$ düzeyinde gerçekleştiği saptanmıştır. Diğer grupların sıralama ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$). Bu durum kurumda yeni çalışmaya başlayan sağlık personelinin verilen eğitimler sonucunda yeni bir kavram olan İTB vizyonunu aldığı ve kurumsal kültürü edindiği lehine yorumlanmıştır. Yapılan bu çalışmada her ne kadar kıdemli hemşirelerin İTB penceresinde hasta bakım hizmetlerinde değişikliğe gidilmesini istemedikleri yorumu çıkarılabilir olsada mesleki gelişim ve hasta bakım kalitesi açısından literatürde yapılan birçok araştırmada meslekte geçirilen sürenin kişisel başarı oranını artırdığı sonucuna varılmıştır. Okan TAYCAN ve ark.'nın (2006) yapmış olduğu çalışmada meslekte geçirilen süre ile kişisel başarı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (210). Randall ve Scott, mesleğe yeni başlayanlarda ortaya çıkan bu tepkiyi, yaşama ve mesleğe bağlanmanın henüz tam anlamıyla gerçekleşmemiş olmasıyla açıklamaktadır (211). Ergin, bu durum hakkındaki gözlemlerini şu şekilde özetlemektedir: “İşe yeni başlayanlar eskilere oranla daha çok hasta görmekte, daha rutin işler yapmakta, üzerlerinde daha fazla denetim ve baskı hissetmektedirler. Mesleki doyum sağlayacak bazı statü özelliklerinden yoksun olmaları, yenilerle eskiler arasında işe ilişkin değerlerin ve genel yaşam beklentilerinin, dolayısıyla da işin taşıdığı önemin yarattığı farklılıklar tükenmişlik riskini artıran başlıca nedenler olarak dikkati çekmektedir”(212). Literatürde hem hemşirelerle, hem de farklı meslek grupları ile yapılmış ve benzer sonuçların bildirildiği çalışmalar bulunmaktadır (212, 213, 214).

Katılımcıların büyük bölümünün düzenli komitelerde görev aldığı saptanmıştır. Örneklemi oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının düzenli çalışan komitelerde görev alma değişkenine göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($p<,01$) ve istenen durum için anlamlı bulunmuştur ($p<,01$). Bu durum düzenli komitelerde görev alan kişilerin almayanlara göre daha etkin olduğu ve kararlara katılım sürecinde daha başarılı olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Günümüzde gelişmiş ülkelerde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelere de sağlık hizmetlerine olan talep ve dolayısıyla ülkelerdeki hastane sayısı da hızla artmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde etkin ve kaliteli olmasının sağlanamadığı, sağlıkta kalite çalışmalarının özellikle de devlete bağlı sağlık kuruluşlarında yeni bir kavram olduğu ve gelişmeye açık olduğu görülmektedir. Kurumların iyi yönetilebilmesinde başvuru olan yönetim organlarından biri de komitelerdir. Komiteler, sağlık kuruluşlarında, özellikle hastanelerde ve hastane yönetimine önemli katkıları olacak yapılardan birisidir (215). Gelişmiş ülkelerde bir hastanenin güvenilir olması, bakım hizmetlerinde kalite sağlamak ve değerlemek için oluşturduğu komitelerle ve bu komitelerin başarılı çalışmasıyla ölçülmektedir (216). Türkiye'de sağlıkta Hizmet Kalite Standartları gereği hastanelerde oluşturulması gereken komiteler ise: Hasta Güvenliği Komitesi, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi, Tesis Güvenliği Komitesi, Eğitim Komitesi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesidir (217). Öztürk ve ark. Yaptığı çalışmada gerek kamu hastanesi gerekse özel hastanenin komiteler bakımından çoğu özelliklerinin benzeştiği, her iki tür hastanede de komitelerin hastaneye ve hastane yönetimine katkılar sağladığı sonucu elde edilmiştir (215). İlişki temelli bakım'ın ülkemizde bilinirliğinin artması ve yaygınlaşmasıyla ilerleyen yıllarda ilişki temelli bakım üzerine hastanelerde kurulacak olan komitelerin bakımın ilerlemesine ve gelişmesi katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Katılımcıların büyük bölümünün ilişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olduğu görüldü. Örneklemi oluşturan bireylerin İlişki Temelli Bakım Öz-değerlendirme Aracı puanlarının ilişki temelli bakım hakkında bilgi sahibi olma değişkenine göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($p<,01$) ve istenen durum için anlamlı bulunmuştur ($p<,05$). Katılımcıların büyük bölümünün daha önce ilişki temelli bakım hakkında eğitim aldıkları görüldü. Örneklemi oluşturan bireylerin ilişki temelli bakım öz-değerlendirme aracı puanlarının ilişki temelli bakım hakkında eğitim alma değişkenine göre grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark mevcut durum ($p<,01$)

için anlamlı bulunurken istenen durum için anlamlı bulunmamıştır ($p>,05$). Bu sonuçlar katılımcıların daha önceden ilişki temelli bakım hakkında fikir sahibi oldukları ve bu bilgilerin çalışmayı yorumlamada olumlu yönde etkilediği sonucunu düşündürmüştür. Ancak klinik çalışmaların yeterli olmaması nedeniyle ilişki temelli bakımın sonuçlarının yorumlamasında eksikliklerin olduğu, bu durumun artan çalışmalar doğrultusunda giderilebileceği düşünülmüştür. İlişki temelli bakım gün geçtikçe gelişen, iyileşen sağlık bakım sistemleri içinde en önemli bakış açılarından biridir. Hasta odaklı bakım kavramı ilişki temelli bakım kavramından daha önce ortaya atılmış olup, yapılan çalışmalarda olumlu sonuçlar elde edilmiş ve literatüre kazandırılmıştır. Uluslararası literatür göz önüne alındığında hasta merkezli bakımın hasta algıları üzerindeki olumlu etkisi evrensel bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Güney Afrika'da Henbest ve ark.'nın yaptığı çalışmada hasta merkezli olmayan ve hasta merkezli olan görüşmeler arasında hasta doyumunu açısından %15'e %46 gibi büyük ve anlamlı bir fark sapanmıştır (218). İspanya'da Moral ve ark., aile hekimleri hasta merkezli bir eğitim almış olan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında, hasta algılarında %55'e %29'luk bir fark göstermişlerdir (219). Griffin ve meslektaşları, dünya literatürü üzerinde yaptıkları bir sistematik derlemede, 35 girişimsel çalışmanın büyük çoğunluğunun hasta-hekim iletişimini güçlendirdiğini ve bunlardan yarıdan biraz fazlasının hastanın sağlığı üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır (220). Little ve ark.'nın araştırma serileri, Birleşik Krallık'ta hastaların %75'inin hasta merkezli yaklaşımı tercih ettiklerini göstermektedir (221). Hasta merkezli bakım sağlık sistemlerinin geliştirilmesinde önemli bir neden olan bakım maliyetlerinin azaltılmasında da etkili olduğunu gösterilmiştir. Kuzey Amerika'da hasta merkezli bakım alan hastalarda istenen tanısal testlerin hem maliyeti hem de sayısı daha düşüktür. Örneğin Kanada'da, yapılan bir kohort çalışması, hasta merkezli olmayan görüşmelerin %23,3'ünde, hasta merkezli olanların ise %14,6'sında tanısal test istendiğini ortaya koymuştur (222). Amerika Birleşik Devletleri'nde Epstein, hekim hasta merkezli olmadığına tanısal test maliyetinin 100 dolar, hasta merkezli olduğunda ise 89 dolar olduğunu göstermiştir (223).

İlişki Temelli Bakım kavramı ile ilgili literatürde yeterli miktarda çalışmanın olmadığı, ülkemizde yürütülmekte olan sağlık yönetim sistemleri içersinde de yeni bir kavram olduğu aşikardır. Yapılan bu çalışmanın sonuçlarının karşılaştırılması noktasında yaşamış olduğumuz zorluklar ilişki temelli bakım ile ilgili çok daha fazla araştırmanın yapılması gerektiği sonucunu göstermektedir.

4.4. Sonuç Ve Öneriler

Özel bir hastanede İlişki Temelli Bakıma yönelik bir öz değerlendirme yapıldığı bu çalışmada;

- Yaş faktörünün ilişki temelli bakım öz değerlendirme aracının algılanması ve uygulanmasında ilişkili olmadığı,
- Dahili servislerde çalışan sağlık personelinin ilişki temelli bakımı algılamada daha istekli ve pozitif geri bildirimlere sahip oldukları,
- Nöbet usulüne göre çalışmanın ilişki temelli bakımı algılama arasında bir ilişki bulunamadığı,
- İlişki temelli bakımı algılamada farklı meslek grupları arasında bir farklılık olmadığı,
- Lisans mezunu olanların ön-lisans mezunlarına oranla ilişki temelli bakımı kavramada daha başarılı olduğu,
- Meslekte geçirilen sürenin ilişki temelli bakımı algılamada değişikliğe yol açmadığı,
- Düzenli komitelerde çalışan personelin ilişki temelli bakımı algılamada ve yürütmede daha başarılı olduğu,
- İlişki temelli bakım hakkında daha önceden bilgi sahibi olan çalışanların ilişki temelli bakımı algılamada daha başarılı olduğu saptandı.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Hastalıkların önlenmesi ve tedavi edilmesi noktasında biyomedikal çözümlerle birlikte sosyo-kültürel faktörler de değerlendirilmeli ve tedavinin bir parçası haline gelmesi sağlanmalıdır.
- Branşlar arasındaki algı farklılıklarının giderilmesi için farklı branşların ortak olarak aldığı eğitim programlarının geliştirilmesi gerekmektedir.
- Ülkemizde sağlık meslek okullarında ve üniversitelerde verilen eğitimler gözden geçirilmeli, çağımızın gereklerini anlamaya ve çözümler getirmeye noktasında revize edilmelidir.
- Hastanelerde hasta ile direkt ilişkide olan bütün personelin ilişki temelli bakım anlayışı ve bileşenlerine yönelik eğitilmelidir.
- İlişki temelli bakım kavramının gelişen ve büyüyen sağlık bakım sistemleri içinde önemli bir noktada olması nedeniyle, sağlık bakım kuruluşlarının hasta bakım felsefeleri ve hedeflerini ilişki temelli bakımı hayata geçirmek üzere belirlemeleri bakımın kalitesi, hasta memnuniyeti ve çalışan doyumu açısından yararlı olacaktır.
- İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının sağlık sistemimize uyarlanabilmesi için çalışmalara devam edilmeli ve özellikle ölçeğin ana hedef grubu olan hemşireler ile geçerlik ve güvenilirlik çalışması tekrarlanmalıdır.

5. KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Tarih Kurumu basımevi; 1983. 505/1. Bakım; s.109.
2. Pieper A. Etiğe Giriş. (V. Ataman, G. Sezer, Çev.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 1999. p.387.
3. Kuçuradi I. Etik. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu; 1999.p.195.
4. Baier A. Trust and antitrust. *Ethics* 1986; 2: 231-260.
5. Engster D. Rethinking Care Theory: The practice of caring and the obligation to care. *Hypatia* 2005; 20 (3): 50-74.
6. Koloroutis M. Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management; 2004.
7. Geme J, Nebel A. Improving patient outcomes with relationship-based care. *Nurse Leader*. 2010;8. 51-54.
8. Winsett RP Hauck S. Implementing relationship-based care. *JNurs Adm*. 2011;41:285-290.
9. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T. Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *J Nurs Adm*. 2008;38(5):2223-2229.
10. Armstrong K, Laschinger H, Wong C. Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *J Nurs Care Qual*. 2009;24(1):55-62.
11. Kramer M, Schmalenberg C, Maguire P, Brewer BB, Burker R, Cox K. Walking the talk: promoting control of nursing practice and a patient-centered culture. *Crit Care Nurse*. 2009;29(3): 77-93.
12. Needleman J, Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health Aff*. 2009;28(4):625-633.
13. Stone PW, Hughes RG, Dailey M. Creating a safe and highquality health care environment. In: Hughes RG, ed. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services; 2008.
14. Manthey M. *The Practice of Primary Nursing*. Boston, MA: Blackwell; 1980.

15. Pearson D. Patient care delivery. In: Koloroutis M, ed. Relationship-Based Care: A Model for Transforming Practice. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management, Inc; 2004.
16. Wolf GA, Greenhouse PK. Blueprint for design. *J Nurs Adm.* 2007;37:381-387.
17. Rebecca P. Winsett, PhD, RN Sheila Hauck. Implementing Relationship-Based Care *JONA*, Vol. 41, No. 6, June 2011.
18. Leininger MM. Culture, Care, Diversity and Universality: A Theory of Nursing. New York: National League for Nursing; 1991.p.432.
19. Henderson V. The Nature of Nursing: a Definition and its Implications for Practice and Education. New York: Macmillan; 1966. p.84.
20. Cortis JD, Kendrick K. Nursing ethics, caring and culture. *Nursing Ethics* 2003; 10:77-88.
21. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 196-204.
22. Sherwood GD. Meta-synthesis of qualitative analysis of caring: defining a therapeutic model of nursing. *Advanced Practice of Nursing Quarterly* 1997; 3: 32-42.
23. Doç. Dr. Leyla D. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2010) 74–82.
24. Tronto JC. Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care. New York and London: Routledge; 1993.p.226.
25. Gastmans C, Dierckx de Casterle B, Schotsmans P. Nursing considered as moral practice: A philosophical-ethical interpretation of nursing. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1998; 8(1): 43-69.
26. Dinç L. Hemşirelik Etiği'nin Temeli ve Hedefi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 11(1): 1-10.
27. Öztürk H. Yoğun Bakım Hemşirelik Hizmetlerinde Etik. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics-Law-Hist* 2010;18(3):183-91.
28. Otani K. How patient reactions to hospital care attributes affect the evaluation of overall quality of care, willingness to recommend, and willingness to return. *Journal of Healthcare Management/ American College of Healthcare Executives*, 2010; 55(1), 25-37.

29. Small, D. C., & Small, R. M. Patients first! Engaging the hearts and minds of nurses with a patient centered practice model. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2). doi: 10.3912/OJIN.Vol 16.No 02.Man 02 (2011).
30. McCormack, B., Dewing, J., & McCance. T. Developing person-centered care: Addressing contextual challenges through practice development. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2). doi: 10.3912/OJIN.Vol16. No2. Man03 (2011).
31. McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. An exploration of person-centered practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2). doi: 10.3912/OIIN.Vol 16.No 02.Man 01 (2011).
32. Paula Ann Rodney. *The Design and Implementation of a Relationship Based Care Delivery Model on a Medical- Surgical Unit*. Walden University (2015).
33. M. Koloroutis(Ed.2004), *Relationship-Based Care Organizational Self-Assessment*, Creative Health Care Management 2010. www.chcm.com.
34. Cheryl R. Ledesma. Relationship-based care. www.Nursing2011.com doi-10.1097/01.nurse.0000392921.06907.0e
35. Watson J. *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Revised Edition. Boulder, CO: University Press of Colorado; 2008.13.
36. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE: J Nurs Scholarsh*. 1993;25(4):352-357.
37. Dingman S, Williams M, Fosbinder D, Warnick M. Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *J Nurs Adm*. 1999;29(12):30-37.
38. Campbell, M. P. Relationship based care is here! *Journal of Lancaster General Hospital*, 2009;4(3), 1-3.
39. Wessel, S., & Person, C. Adapting relationship-based care principles to your organization. In M. Koloroutis, J. Felgren, C. Person, & S. Wessel (Eds.), *Relationship-based care: Visions, strategies, tools and exemplars for transformingpractice* (pp.221-223). Minneapolis MN: Creative Health Care Management 2004.
40. Cropley, S. The relationship-based care model: Evaluation of the impact on patient satisfaction, length of stay and readmission rates. *Journal of Nursing Administration*, 2012;42(6), 333-339. doi: 10.1097/NNA.0b013e31825738ed.

41. Dingman, S., Williams, M., Fosbinder, D., & Warnick, M. Implementing a caring model to improve patient satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 1999;29(12), 30-37.
42. Schneider, M. A., & Fake, P. Implementing a relationship-based care model on a large orthopedic/neurosurgical hospital unit. *Orthopedic Nursing*, 2010;29(6), 374-378. doi: 10.1097/NOR.0b013e3181edd845.
43. Woolley, J., Perkins, R., Laird, P., Palmer, J., Schitter, M. B. , Tarter, K. , Woolsey, M. (2012). Relationship-based care: Implementing a caring, healing environment. *MEDSURG Nursing*, 21(3), 179-184.
44. Beach MC, Inui T. Relationship-centered care. *J Gen Intern Med*. 2006;21(S1): S3–S8.
45. Shantanu Nundy, John Oswald. Relationship-centered care: A new paradigm for population health management. *Healthcare* 2(2014)216-219. www.elsevier.com <http://dx.doi.org/10.1016/j.hjdsi.2014.09.003>.
46. Tresolini CP. The Pew-Fetzer task force. *Health Prof Educ Relatsh-Cent Care*. 1994;2008:1–71.
47. Wylie JL, Wagenfeld-Heintz E. Development of relationship-centered care. *J Healthc Qual*. 2004;26(1):14–21(quiz 21,45).
48. Etheredge LM. A rapid-learning health system. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(2):w107–W118(doi:hlthaff.26.2.w107[pii]).
49. Driscoll DL, Hiratsuka V, Johnston JM, et al. Process and outcomes of patient-centered medical care with Alaska native people at Southcentral Foundation. *Ann Fam Med*. 2013;11(Suppl1):S41–S49 <http://dx.doi.org/10.1370/afm.1474>.
50. Johnston JM, Smith JJ, Hiratsuka VY, Dillard DA, Szafran QN, Driscoll DL. Tribal implementation of a patient-centered medical home model in Alaska accompanied by decreased hospital use. *Int J Circumpolar Health*. 2013:72.
51. Platchek T, Rebitzer R, Milstein A. Better health, less spending: Stanford University's Clinical Excellence Research Center.
52. Milstein A, Gilbertson E. American medical home runs. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(5):1317–1326 <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1317>.
53. Smith RC. *Patient-Centered Interviewing: An Evidence-Based Method*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
54. Gülay Şahin, Füsün A. Artıran İğde. Hasta Merkezli Bakım-Ortak Karar Alma Süreci ve Kalite. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5(3):38-43

55. International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), 2002, Health Literacy Principles. Available online at www.patientsorganizations.org/policy (erişim 02.04.2014).
56. Ian McWhinney Thomas Freeman Textbook of Family Medicine 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2009.
57. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* 2001;322(7284):444-5.
58. Grol R, De Maeseneer J, Whitfield M, Mokkink H. Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands - *Family Practice*, Oxford Univ Press; 1990.
59. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51(7):1087-110.
60. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804.
61. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patientcentred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;12: CD003267.
62. Brown J. Patient-Centred Collaborative Practice. Ottawa: Health Canada; 2004.
63. Ottawa Charter for Health Promotion. In: *Health Promotion*. Vol. 1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1986:iii-v.
64. Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med* 2011;24(3):229-39.
65. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract* 2001;50(12):1057-62.
66. Stone S. A retrospective evaluation of the impact of the Planetree patient-centered model of care on inpatient quality outcomes. *HERD* 2008 Summer;1(4):55-69.
67. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, et al. Observational study of effect of patient centeredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;323(7318):908-11.
68. Charmel PA, Frampton SB. Building the business case for patient-centered care. *Healthc Financ Manage* 2008;62(3):80-5.

69. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Hemşirelik Hastanın Kabul Ve Taburcu Edilmesi Modülü Ankara, 2012 Erişim:
http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Hastan%C4%B1n%20Kabul%20Ve%20Taburcu%20Edilmesi.pdf
70. Risjord M. Nursing knowledge: Science, practice, and philosophy. UK: A John Wiley & Sons Ltd Publication, 2010, 98-105.
71. 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.
72. Theofanidis D, Fountouki A. Nursing theory: A discussion on an ambiguous concept. *International Journal of Caring Sciences* 2008;1(1): 15-20.
73. Cara C. A pragmatic view of Jean Watson's Caring Theory. *International Association for Human Caring* 2003; 7(3): 51-61.
74. Watson J. Nursing: Human science and human care. New York: Jones & Bartlett Learning, 1nd Revised edition, 2008.
75. Bash A. Spirituality: The emperor's new clothes? *Journal of Clinical Nursing* 2004;13(1): 11-16.
76. Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi (Sempozyum Özel Sayısı)*, 2010; 218-225.
77. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009; 3: 42-52.
78. Finfgeld-Connett D. Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17: 196-204.
79. Watson J. Jean Watson: Theory of human caring. In: Parker, M.E. (Ed), *Nursing Theories and Nursing Practice*. 2nd ed. Philadelphia: FA Davis Company, 2005; 295-305.
80. Baker, DC . "Studies of Inner Life: The Impact of Spirituality on Quality of Life", *Quality of Life Research*, 12(Suppl.1): 2003;51-57.
81. Potter, PA . Perry, AG. *Basic Nursing Theory and Practice*, St. Louis, Third Edition, Mosby year Book, 1995;394-400.
82. Salladay, SA., McDonnell, MM. "Spiritual Care, Ethical Choices, and Patient Advocacy, *Nursing Clinics of North America*, 1989;24: 2, 543-549.

83. Yeniçeri Ö. Liderlerin Stratejik Sorumlulukları. Ahmet Yesevi Stratejik Araştırma Merkezi 2004. <http://www.aysam.gen.tr> 1.7.2006
84. Baltai, A. Değişimin içinden Geleceğe Doğru Ekip Çalışması ve Liderlik. İstanbul: Remzi Kitabevi 2000.
85. Patricia, S. Leading and Managing in Nursing, 2th Edision, Mosby, Yader-Wise, 1999.
86. Uyer, Gülten, Hemşirelik ve Yönetim, Ankara. 1993;Sayfa 50.
87. Uyer, Gülten, Hemşirelik ve Yönetim, Ankara. 1993;Sayfa 55.
88. Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. Med Educ 2001; 35: 867 - 875.
89. Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiol Scand 2008. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121477297/pdfstart>
90. Stepars MB, Thompson CL, Buchanan ML. The Role of Nurse on a transdisciplinary early intervetion. Public Health Nurs 2002; 19: 238-247.
91. McCallin A. Interdisciplinary practice-a matter of teamwork: an integrated literature review. J Clin Nurs 2001; 10: 419-428.
92. Tosun N, Akbayrak N.Sağlık ekibi ve ekibin bir üyesi olarak hemşirenin rolü. Sendrom Dergisi 2002; 14: 133-137.
93. Jansen L. Collaborative and interdisciplinary healthcare teams: ready or not? J Prof Nurs 2008; 24: 218–227.
94. Millward JL, Jeffries N. The team survey: a tool for health care team development. J Adv Nurs 2001;35: 276-287
95. Taylan S. Ameliyathane ekiplerinde ekip çalışmasına yönelik tutumlar ve ekip çalışmasını algılama ilişkisine yönelik bir araştırma. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi (2002).
96. O’Dowd A. Staffing and poor team work are letting maternity services down, says report. BMJ 2008;337:a762.
97. Jones A. Multidisciplinary team working: collaboration and conflict. Int J Ment Health Nurs 2006; 15: 19 - 20.
98. Tong HC, Haing AJ, Theiesen ME, Smith C, Miller Q. Multidisciplinary team evaluation of upper extremity injuries in a single visit: the Upper program. Occup Med 2001; 51: 278 – 286.

99. Cheater FM, Hearnshaw H, Baker R, Keane M. Can a facilitated programme promote effective multidisciplinary audit in secondary care teams? An exploratory trial. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 779 - 791.
100. Field MJ, Lohr KN, editors. *Clinical practice guidelines: directions for a new program.* Washington, D.C. National Academy Press; 1990. <http://books.nap.edu/openbook.php?isbn=0309043468>.
101. Susan B. Frampton, PhD, Sheryl Horowitz, PhD, and Barbara J. Stumpo, MPA, BSN, RN "Open Medical Records" *American Journal of Nursing* _ August 2009 _ Vol. 109, No. 8
102. Weissman JS, et al. Comparing patient-reported hospital adverse events with medical record review: do patients know something that hospitals do not? *Ann Intern Med* 2008;149(2):100-8.
103. Beckman HB, et al. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994;154(12):1365-70.
104. Hickson GB, et al. Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA* 1992;267(10):1359-63.
105. Susan B. Frampton, PhD, Carol Wahl, MBA, RN, NEA-BC, and Gillian Cappiello, CertEd "Partnering with Patients' Families" *American Journal of Nursing*- July 2010-Vol. 110, No. 7.
106. Michalak J, et al. 'The patient will see you now'. *Am J Nurs* 2010;110(1):61-3.
107. Harrison A, et al. Healing partnerships: the importance of involving patients, families and volunteers. In: Frampton SB, Charmel PA, editors. *Putting patients first: best practices in patient centered care.* 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.p. 51-74.
108. Susan B. Frampton, PhD, and Sara Guastello "Patient-Centered Care: More than the Sum of Its Parts" *American Journal of Nursing*- September 2010 - Vol. 110, No. 9.
109. Bourne C. Intershift report: a standart for habdovers. *NT Research* 2000;5(6):451-9.
110. Cutilli CC. Do your patients understand? Providing culturally congruent patient education. *Orthop Nurs* 2006;25(3):218-24.
111. Guadagnoli E. ve Ward P (1998) "Patient Participation in Decision Making", *Soc Sci Med.* 47(3): 329-339.

112. Sutherland, HJ. Llewellyn-Thomas, HA., Lockwood, GA. Ve ark. (1989). "Cancer Patients Their Desire For Information and Participation in Treatment Decisions", J R Soc Med. 82: 260-263.
113. Waterworth, S. ve Luker, K. "Reluctant Collaborators: Do Patients Want To Be Involved in Decisions Concerning Care?", J Adv Nurs. 1990;15: 971-976.
114. Jones, C. ve Holden, T. "A Guide to Decision-Making Capacity", Cleve Clin JMed. 2004; 71(12): 971-975.
115. Drane, JF. (1984). "Competence to Give an Informed Consent", JAMA, 252: 925-927.
116. Erkeköl, F. Numanoğlu, N. Gürkan, Ö. ve ark. "Yoğun Bakım Ünitelerine İlişkin Etik Konular", Toraks Dergisi, 2002;3(3): 307-316.
117. Hatun, S. "Hasta Hakları Temel Belgeler", Türk Tabipler Birliği, 1995;39-45.
118. Ataç A. Azal Ö. Uçar, M. ve ark. "TSK Sağlık Kurumlarından Yararlanan Personelin Hasta Hakları ve Sağlık Personeli-Hasta ilişkisi Konusundaki Memnuniyetlerinin intranet Üzerinden Araştırılması", Gülhane Tıp Dergisi, 2003;45(4):309-315.
119. Ashworth, PD. Longmate, MA. Ve Morrison, P. "Patient Participation: Its Meaning and Significance in the Context of Caring", 1992;17: 1430-1439.
120. Biley, FC. "Some Determinants That Effect Patient Participation in Decision-Making About Nursing Care", J Adv Nurs., 1991;17: 414-421.
121. Jacelon, C. "Older Adults and Autonomy in Acute Care", J Gerontol Nurs.2004;30(11): 29-36.
122. Fondacaro, M. Frogner, B. ve Moos, R. "Justice in Health Care Decision Making: Patients' Appraisals of Health Care Providers and Health Plan Reresentatives", Soc Justice Res. 2005;18(1): 63-81.
123. Haddad, S. Potvin, L. Roberge, D. ve ark. "Patient Perception of Quality Following a Visit to a Doctor in a Primary Care Unit", Family Practice, 2000;17(1): 21-28.
124. Towle, A. "Physician and Patient Communication Skills: Competencies for Informed Shared Decision-Making", Vancouver, Canada, University of British Columbia 1997.
125. Dennis, KE. "Patients' Control and the Information Imperative Clarification and Confirmation", Nursing Research, 1990;39(3): 162-166.

126. Ramfelt, E. ve Lützen, K. "Patients With Cancer: Their Approaches to Participation in Treatment Plan Decisions", *Nursing Ethics*, 2005;12(2): 143-155.
127. Terakye, G. ve Ocağcı, A. Seçmeler, Ankara, Aydogdu Matbaası, 1995;s.101-103.
128. Pektekin, Ç. "Danışman Olarak Hemsire", *Hemsirelikte Kisilerarası İlişkiler*, Eskisehir, Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, 1991;141-147.
129. Cotturri, G. Inglese, S. Moro, G. ve ark. "Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü Ana Sözleşmesi", Roma, 2002;1-11.
130. Levinson, W. Kao, A. Kuby, A. ve ark. "Not All Patients Want to Participate in Decision Making", *JGIM*, 2004; s. 531-535.
131. Greenfield, S. Kaplan, S. ve Ware, J. "Expanding Patient Involvement in Care", *Annals of Internal Medicine*, 1985;102: 520-528.
132. Lown BA, Rosen J, Marttilla, J. An Şefkatli bakım hizmetini iyileştirme gündemi: Hastaların yarısının böyle bir bakım hizmetinin eksikliğini bildirdiğini gösteren bir çalışma. *Sağlık meseleleri*. 30(9), 1772-1778 (2011).
133. Atkins, Kupersmith J, Eisen S. The Veterans Affairs Experience: Comparative Effectiveness Research in A Large Health System. *Sağlık meseleleri*. 29(10), 1906-1912 (2010).
134. Peters MA. Compassion: an investigation into the experience of nursing faculty. *International Journal for Human Caring*. 10(3), 38-46 (2006).
135. Dewar B. Caring about caring; an appreciative inquiry about compassionate relationship centred care. PhD, Edinburg Napier University, Edinburgh, (2011).
136. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, Veloski JJ, Magee M. The Jefferson Scale of empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas*. 61, 349-365 (2001).
137. Beattie M, Atherton I, McLennan B, Lauder W. Compassion or speed, which is a more accurate indicator of healthcare quality in the emergency department from the patients perspective? *The International Journal of Person Centered Medicine*. 2(4), 647-655 (2012).
138. Frampton Sb, Gil H, Guastello S et al. Long-term Care Improvement Guide. Planetree ve Picker Institute Derby, CT and Camden, ME, (2010).
139. Jamerson PA, Scheibmeir M, Bott MJ, Crighton F, Hinton RH, Cobb AK. The experiences of families with a relative in the intensive care unit. *Heart & Lung*. 25(6), 467-74 (1996 Nov-Dec).

140. Lown BA, Rosen J, Marttilla, J. An agenda for improving compassionate care. (2011).
141. Pearson SD, Raeke LH. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. *Journal of General Internal Medicine*. 15(7), 509-13 (2000 jul).
142. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health*. 26, 513-59 (2005).
143. Wenrich MD, Curtis JR, Ambrozy DA, Carline JD, Shannon SE, Ramsey PG. Dying patients' need for emotional support and personalized care from physicians: perspectives of patients with terminal illness, families and health care providers. *Journal of pain and symptom management*. 25(3), 236-46 (2003 Mar).
144. Frampton SB, Guastello S, Brady C et al. Improvement of the patient-centered health care guidelines (2008).
145. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 52(4), 609-20 (2001 feb).
146. Flocke SA, Miller WL, Crabtree BF. Relationship between physician practise style, patient satisfaction, and attributes of primary care. *J Fam Pract*. 51(10), 835-40 (2002 oct.).
147. Weng HC, Steed JF, Yu SW, Liu YT, Hsu CC, Yu TJ, Chen W. The effect of surgeon empathy and emotional intelligence on patient satisfaction. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 16(5), 591-600 (2011 Dec.)
148. Steward M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 49(9), 796-804 (2000) .
149. Squier RW. A model of empathetic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med*. 1990;30.325-339.
150. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 86(3), 359-64 (2011).
151. Dibbelt S, Schaidhammer M, Fleischer C, Greitemann B. Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Educ Couns*. 76(3), 328-35 (2009).

152. Haslam N. Humanizing medical practice: the role of empathy. *Medical Journal of Australia*. 187(7), 381-82 (2007).
153. Rakel D, Barrett B, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter: Effect on the common cold. *Patient Education and Counselling*. 85(3), 390-397 (1 December 2011).
154. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout and health care-associated infection. *Am J Infect Control*. 40(6), 486-90 (2012 Aug).
155. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, Quill TE. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 302(12), 1284-93(2009 Sep 23).
156. Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML, Harrison RL, Mount BM. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: ‘ ‘ Being connected... a key to my survival. *JAMA* 301(11), 1155-64 (2009 Mar 18).
157. Graber DR, Mitcham MD. Compassionate clinicians: take patient care beyond the ordinary, *Holistic Nursing Practise*. 18(2), 87-94 (2004).
158. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*. 23, 191-197 (2010).
159. Coakley AB, Duffy ME. The effect of therapeutic touch on postoperative patients. *Holist Nurs*. 28(3), 193-200 (2010 Sept).
160. Lin Y, Taylor AG. Effects of Therapeutic Touch in Reducing Pain and Anxiety in an Elderly Population *Integrative Medicine*. 1(4), 155-162 (1998).
161. Smith P. Guest Editorial: Compassion and smiles: what’s the evidence? *Journal Of Research In Nursing*. 13, 367-370 (Sept. 2008).
162. Virtanen M, Kurvinen T, Terho K, Oksanen T, Peltonen R, Vahtera J, et al. Work hours, work stress and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital-associated infection among patients. *Med Care*. 47(3), 310-8 (2009 Mar).
163. Ay, FA. Mesleki temel kavramlar: Temel hemşirelik: Kavramlar, ilkeler, uygulamalar. Ay FA (Ed) , 2. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008;205–220.
164. Yıldırım, Ö.B. Hemşirelikte eleştirel düşünme uygulamalı yaklaşım. Ed: Süheyla Altuğ Özsoy, Tuna Matbaacılık, 2010 Aydın.
165. Lipe, S. Beasley, S. Critical thinking in nursing a cognitive skills workbook. Lippincott Williams & Wilkins United States of America, 2004;87–120.

166. John W. Nelson, RN, MS PhDc, Mary Koloroutis, RN, MS, and Susan Wessel, RN, MS, Results of Relationship-Based Care(RBC) Organizational Self Assesment for: Caring Medical Center, July 2, 2011.
167. Yurdugül H. Ölçek Geliştirme Çalışmalarında Kapsam Geçerliği için Kapsam Geçerlilik İndekslerinin Kullanılması. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi'inde Sunulan Bildiri. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi (2005).
168. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlilik, Seçkin Yayıncılık Sanayi ve Ticaret A.Ş. 2005 Ankara.
169. Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi, 3. Baskı, Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti. 2006 Ankara.
170. Veneziona L. Ve Hooper J. ‘‘ A method for quantifying content validity of health-related questionnaires’’. American Journal of Health Behavior, 1997;21(1):67-70.
171. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and Validity Assessment. 5th printing. Beverly Hills: Sage Publications Inc. ; 1982.
172. Çömlekçi N. Temel İstatistik İlke ve Teknikleri. Eskişehir: Bilim Teknik Yayınevi; 1989.
173. Armağan İ. Yöntembilim-2 Bilimsel Araştırma Yöntemleri. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Güzel Sanatlar Fak. Yayınları; 1983.
174. Gümüş B. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Kalite Matbaası; 1977.
175. Özdamar K. Paket Programlarla İstatistiksel Veri Analizi-1. 4. Baskı. Eskişehir: Kaan Kitabevi, 2002.
176. Gay LR. Educational Evaluation and Measurement. 2nd edition. London: A Bell & Howell Company; 1985.
177. Tekin H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Mars Matbaası; 1977.
178. Özçelik DA. Okullarda Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: ÖSYM-Eğitim Yayınları; 1981.
179. Öncü H. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme. Ankara: Matser Basım San. Ve Tic. Ltd. Şti. 1994.
180. Sencer M, Sencer Y. Toplumsal Araştırmalarda Yöntem bilim. Ankara: Doğan Basımevi; 1978.
181. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 10. baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd. Şti.; 2000.

- 182.** Aksayan S ve Gözüm S. Kültürlerarası Ölçek Uyarlaması İçin Bir Rehber I: Ölçek Uyarlama Aşamaları ve Dil Uyarlaması, Hemşirelik Araştırma Dergisi, 2002;4(1), 9-14.
- 183.** Büyüköztürk Ş. Çakmak EK. Akgün ÖE. Karadeniz Ş ve Demirel F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri, 5. Baskı, Pegem Akademi Yay. Eğt. Dan. Hizm. Tic. Ltd. Şti., 2010 Ankara.
- 184.** Bilgen A ve Çam O. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeğinin Geçerliliği ve Güvenilirliği, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008;9, 91-96.
- 185.** Alpar R. Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2001.
- 186.** Acar N. Terapötik İletişim ve Kişilerarası İlişkiler. Ertem Matbaası, Ankara, 1994; 9-10.
- 187.** Cebeci F. Hemşirelerin hasta bireyin kliniğe kabulüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara (1996).
- 188.** Yıldırım A. Hastaların hastaneye kabullerinde karşılaştıkları güçlükler. Uluslararası Akdeniz Cerrahi Kongresi. İstanbul, 87 (1998).
- 189.** Çalışkan D, Akdur R. Ankara üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde çalışan hemşirelerin kendi bildirimleri ile karşılaştıkları mesleki riskler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2001:132-135.
- 190.** Birol L. Hemşirelik Süreci. Genişletilmiş 5. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd, İzmir, 2002;92-152.
- 191.** Wilson J. The Impacts of shift patterns on healthcare professionals. Journal of Nursing Management. 2002;10(1):211-9.
- 192.** Yüksel İ. Çalışma yaşamı kalitesinin tipik ve atipik istihdam açısından incelenmesi. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2004;5(1):47-58.
- 193.** Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H. (Türk Hemşireler Derneği Yönetim Kurulu Üyeleri), Erdemir F, Çıtak E. (Türk Hemşireler Derneği Üyeleri) Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları, Odak ofset matbaacılık, Ankara (2008).
- 194.** Parlar S. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008;7(6) 547-554.

195. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Hastanede çalışan hemşirelerin, çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;Cilt:5, Sayı:15, 17-30.
196. Dindar İ, İşsever H, Özen M. Edirne Merkezindeki Hastanelerde Görev Yapan Hemşirelerde İş İle İlgili Rahatsızlıklar ve Konulan Tanılar. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2004; 7(1): 59-63.
197. Definition of occupational health adopted by the Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health (1950)http://www.ilo.org/safework_bookshelf/english?content&nd=857170174 (28.01. 2012)
198. Ergüney S, Tan M, Sivrikaya S, Erdem N. Hemşirelerin karşılaştıkları mesleki riskler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 4 (1), 63-73.
199. Karwowski W, Jang RL, Rodrick D, Peter MQ. Self-Evaluation of Biomechanical Task Demands, Work Environment and Perceived Risk of Injury by Nurses: A Field Study. Occupational Ergonomics, 2005; 5: 13- 27.
200. Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA. AİBÜ Tıp Fakültesi Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005;4(2): 55-65.
201. Şişman, M. Örgütler ve Kültürler. Pegem Yayıncılık, Ankara, 2002; s:150-165.
202. Lay, C. , Mujtaba, B. G. The Influence Of Organizational Culture on The Success of Knowledge Management Practices with North American Companies, International Business & Economics Research Journal, 2007; 6(3): 15-28.
203. Güduloğlu, N. , Bahçecik N. Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Örgüt Kültürü Algıları ve Öğrenen Organizasyon Özelliklerinin Belirlenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2011;4(1):103-112.
204. Hatice Kumcağız, Müge Yılmaz, Seher Balcı Çelik, İlknur Aydın Avcı. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38 (1): 49-56.
205. Avşar G, Kaşıkçı M. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde duygusal zeka düzeyi. Anadolu Hemşirelik Sağlık Bilim Dergisi 2010; 13:1-6.
206. Atalay M. Lisans iyileştirme çalışmaları raporu. İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi 1996.

- 207.** Kocaman G. Türkiye’de Hemşirelik Eğitim Sorunları ve Çözüm Arayışları. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, Özel Baskı (Genişletilmiş 2004 Baskısı),119-150.
- 208.** Ketefian S., Davidson, P., Daly, J., Chang, E., & Srisubhan, W. Issues and challenges in international doctoral education in nursing. Nursing and Health Sciences, 2005;7(3),150-156.
- 209.** Akdemir N. , Özdemir L., Akyar İ. Türkiye’de mezuniyet sonrası eğitim kapsamında iç hastalıkları hemşirelik eğitiminin durumu. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011;14(1), 50-58.
- 210.** Okan T. , Leman K. , Selma Ç. , Nurcan A. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:100-108.
- 211.** Randall M, Scott WA. Burnout job satisfaction and job performance. Aust Psychol 1988; 23:335-347.
- 212.** Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Ankara, 1993.
- 213.** Dolunay AB. Keçiören ilçesi “genel liseler ve teknik-ticaret-meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu” araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55: 51-62.
- 214.** Bryant E. When the going gets tough. Can Nurse 1994; 90:36-39.
- 215.** Zekai Ö. , Nazmiye E. Hastanelerdeki Yönetmelik Araçlardan Olan Komiteler Hakkında Çalışan Görüşleri (Bir Kamu Ve Bir Özel Hastane Karşılaştırması). Gazi İktisat ve İşletme Dergisi 2016; 1- 22.
- 216.** Çatalca, H. Hastane Hizmetlerinde Kalite Sağlamada ve Değerlemede Komitelerin Rolü, Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Dergisi, 1994; 1(1), 44.
- 217.** Berberoğlu, A. Hastanelerde Genel ve Tıbbi Komitelerin İşlevleri ve Hastane Yönetimine Katkıları. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Fakültesi, Hastane ve Sağlık Kuruluşları Yönetimi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 1991.
- 218.** Henbest RJ, Stewart M. Patient-centredness in the consultation 2: Does it really make a difference? Fam Pract 1990;7:28-33.

219. Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, Perula de Torres L. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract* 2001;18:60-3.
220. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med* 2004;2:6:595-608.
221. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Preferences of patients for patientcentered approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-72.
222. Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is Patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Healthc Policy* 2011;6:27-31.
223. Epstein RM, Franks P, Shields CG, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 2005;3:415-21.

6. EKLER

Ek-1 (Form Kapak)

İLİŞKİ TEMELLİ BAKIMIN ÖZ BAKIM DEĞERLENDİRMESİ

İlişki Temelli Bakım; insancıl ve şefkatli sağlık hizmetinin sunulması için üç önemli ilişki üzerinde yoğunlaşır. Bu üç ilişki hastanın ailesiyle, iş arkadaşlarıyla ve kendisiyle ilişkileridir. İlişki temelli bakım Kurumsal kültürün dönüştürülmesi için bir çerçeve işlevi görür; bir profesyonel hemşire ile (diğer disiplinler ve bakıcılar) hastalar/aileleri arasındaki ilişki sorumluluğu için bir bakım sağlama modeli sunar; bakım davranışlarını şekillendiren ilkeleri oluşturur ve bir ilişkide gerektiği anda mevcut bulunmanın bir yoludur.

Değerli meslektaşımız;

Bu çalışma, İlişki Temelli Bakımın Kurumun öz değerlendirme yapması amacıyla, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı tez çalışması olarak planlanmıştır. Çalışmanın evrenini Kocaeli il sınırları içerisinde hizmet veren Anadolu Salık Merkezi çalışanları oluşturmaktadır.

Çalışmanın yapılması için kurumun yönetiminden izin alınmıştır. Veri toplama amacıyla Personel Tanıtım Formu, İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Ölçeği kullanılacak olup veriler sadece araştırmanın amacına uygun olarak değerlendirilecektir. Veri toplama araçlarında belirttiğiniz bilgiler gizli tutulacak ve araştırma raporunda isim kullanılmayacaktır. Formları tam ve eksiksiz olarak doldurmanız çalışmanın güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Araştırmacının iletişim bilgileri aşağıda belirtilmiş olup çalışma ile ilgili her konuda ulaşabilirsiniz. Çalışmamıza vermiş olduğunuz değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

Belkis GÜLLÜ GÜCÜYENER

Yrd.Doç.Dr Esra UĞUR KESER

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Danışmanı

Hemşirelikte Yönetim Yüksek Lisans Programı Öğrencisi

İletişim Bilgileri: Tel: 0505 343 93 16 e-posta: belkis.gucuyener@anadolusaglik.org

Ek-1 (Katılımcı Formu)

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma bir kurumda çalışanların tüm bölümler ve hizmet alanlarında ilişki temelli bakımı artırma yönünde kurumun gösterdiği çabaları nasıl değerlendirdiğini sorgulamak amacıyla sorulmaktadır. Anket formunda isminiz sorulmamaktadır. Veriler çalışma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacaktır. Tüm soruları eksiksiz ve içtenlikle cevaplayınız. Katılımınız için teşekkürler.

Belkıs Güllü Gücüyener

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi

1. Kaç yaşındasınız?
.....
2. Çalıştığınız bölüm nedir?
 - a) Dahili Servisler
 - b) Cerrahi Servisler
 - c) Poliklinik /Acil Servis
 - d) İdari Birim
 - e) Hasta Hizmetleri
 - f) Ameliyathane
 - g) Diğer.....
3. Çalışma düzeniniz nedir?
 - a) Nöbet usulü
 - b) Gündüz vardiyası
 - c) Gece vardiyası
4. Kurumdaki pozisyonunuz nedir?
 - a) Sağlık çalışanı
 - b) Yönetici
 - c) Diğer.....
5. Eğitim durumunuz nedir?
 - a) Lise
 - b) Ön lisans
 - c) Lisans
 - d) Yüksek lisans ve üzeri
6. Meslek hayatınızda toplam çalışma süreniz nedir?
.....
7. Mevcut kurumunuzda çalışma süreniz nedir?
.....
8. Hastanede hasta bakımı /bakım ortamı ile ilgili ve düzenli çalışan komitelerde görev alıyormusunuz?
 - a) Hayır
 - b) EvetAçıklayınız.....
9. İlişki Temelli Bakım konusunda bir bilginiz var mı?
 - a) Hayır
 - b) EvetAçıklayınız.....
10. Bu zaman kadar İlişki Temelli Bakım(Relationship Based Care) ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?
 - a) Hayır
 - b) EvetAçıklayınız.....

Ek-2

İlişki Temelli Bakım:

İlişki temelli bakım; insancıl ve şefkatli sağlık bakımı sunulması için üç önemli ilişki üzerine odaklanır. Bu üç ilişki hastanın ailesiyle, iş arkadaşlarıyla ve kendisiyle ilişkilidir. İlişki temelli bakım kurumsal kültür dönüşümü için bir çerçeve işlevi görür. Bir profesyonel hemşire veya (diğ er disiplinler ve bakım vericiler) ile hastalar/aileleri arasındaki ilişki için bir bakım modeli sunar. Bakım davranışlarını şekillendiren ilkeleri oluşturur ve bir ilişkide o anda orada bulunmanın bir yoludur.

Örgütsel Öz-değerlendirme:

Aşağıda kurumunuzun tüm birimleri ve hizmet alanlarında bakım sunumuna ilişkin çabaları geliştirmek üzere, bir bakım ve iyileşme ortamında mevcut bazı yönlerle ilgili düşünmeyi artıracak bir öz değerlendirme sunulmaktadır. Değerlendirme 8 alt boyut ve 44 sorudan oluşmaktadır ve 10 seçenekli bir dizin üzerinde işaretlenmektedir. Her bir başlığın altında verilen maddeleri önce kurumunuzda gerçekleşen (mevcut) durumu, daha sonra olmasını istediğiniz (arzulanan) durumu düşünerek değerlendiriniz ve ilgili sütunda işaretleyiniz.

Hasta Aile Boyutu	
Hastalar ve hasta yakınları sağlık kuruluşlarının var oluş sebebidir. Bakım ve şefkati hastalar ve ailelerine odaklama becerimiz, kendi farkındalığımız, ekip ve ekip üyeleriyle ilişkilerimiz, değerlerimiz ve vizyonumuz, liderlik davranışlarımız, altyapı ve bakım hizmeti sunma biçimimiz gibi faktörleri kapsayan kurumsal kültür tarafından etkilenir.	
1-10 arası derecelendirme yapınız. (1 = Yok (mevcut değil) ve 10 = Güçlü, (Kesinlikle mevcut))	
Odak Noktası	Derecelendirme
1. İnsan onurunun, iyileşmenin temeli olduğuna ve mutlaka gözetilmesi gerektiğine inanırız. Bu nedenle her hasta ve ailesine, her çalışan tarafından, her zaman özenli ve onurlu muamele gösterilir.	Mevcut Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Hastalar ve aileleri mümkün olduğunca kendi şift teslimlerine katılırlar.	Mevcut Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

<p>3.Aileler ziyaretçi değil bakım ekibinin üyeleridir. Onları hastanın bakım işlemlerine katılma isteklerini kabul eder ve dahil ederiz.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>4.Hastalar ve aileleri bilgilendirilir ve bu yolla bakımlarının planlamasına ve amaçların belirlenme sürecine aktif olarak dahil edilirler.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>5.Hastaların/ailelerin bakıma yönelik bakış açılarını güncel tutmak, değişim ve gelişmeleri etkilemek için hasta ve ailesine yönelik danışma gruplarımız vardır.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

Bakım ve Tedavi Ortamı Boyutu	
Bakım ve tedavi ortamı İlişki Temelli Bakımı mümkün kılar, sağlık hizmeti sunanlar her hastanın haysiyetine saygı gösterirler ve zihin, beden ve ruhu kapsayacak şekilde hastanın ihtiyaçlarına bir bütün olarak odaklanırlar.	
1-10 arası derecelendirme yapınız. (1 = Yok (Mevcut değil) ve 10 = Güçlü, (Kesinlikle mevcut))	
Odak Noktası	Derecelendirme
1. Kurumumuzdaki çalışanlar öz bakım uygulamalarıyla uğraşmaları için cesaretlendirilir ve desteklenirler.	Mevcut Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Çalışanların eğitim düzeyleri, unvan veya pozisyon/görevleri her ne olursa olsun birbirlerine saygı ve sevgiyle yaklaşmaları beklenir. Bu nedenle saygılı davranışlara değer verip onaylarız veya rahatsız edici ya da uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz.	Mevcut Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Kurum içindeki tüm çalışanların hasta ve aileleriyle terapötik ve saygılı ilişkiler kurmaları beklenir ve personel bunu yapabilecek yetkinliktedir.	Mevcut Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Hastaların duygusal esenlikleri için çalışanlarımızın hazır ve duyarlı olmalarının yaşamsal önemi olduğuna inanırız. Bu ihtiyaçlara zamanında cevap verebilecek standart ve normlarımız bulunur.	Mevcut Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5.Hasta ve ailenin duygusal iyilik hali, klinik çalışanlarımız ve hekimlerimiz için en üst düzeyde önceliğe sahiptir.	Mevcut Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Hastanın/ailenin iyileşmesini destekleyen, dinlenmesine imkan veren; gürültüsüz, yalın ve sakin bir fiziksel ortamın sağlanması yüksek önceliğimizdir.	Mevcut Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Liderlik Boyutu	
<p>Bakım ve tedavi kültürlerini liderler yaratırlar. İlişki Temelli Bakımda, liderler sadece konumları, eğitimleri veya kimlikleriyle tanımlanmaz. Kurumda liderler her düzeyde bulunur ve rol alırlar. Liderler vizyonu bilir, amaca göre davranır, kaliteli bakımın önündeki engelleri ortadan kaldırır ve hastalar, aileler ve ekip üyeleri üzerinde odaklanır. Liderler bakım davranışlarını modeller (öz-bakım dahil), ilişkiler inşa eder ve liderlik ettikleri kişilerde yetkinlik telkin eder ve geliştirirler.</p>	
<p>1-10 arası derecelendirme yapınız. (1 = Yok (Mevcut değil) ve 10 = Güçlü, (Kesinlikle mevcut))</p>	
Odak Noktası	Derecelendirme
<p>1.Kurumumuz her düzey ve roldeki liderlerin geliştirilmesini amaçlar.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>2. Yönetici lider ekibimiz yüksek kalitede ve müşfik bakıma yürekten inanır, bu bizim var olma nedenimizin ve iş önceliklerimizin temelidir.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>3. En uygun hasta bakımını sağlamada klinik yöneticilerin en önemli işinin klinik personelin geliştirilmesi, onlara rehberlik edilmesi ve desteklenmesi olduğuna inanırız.(Bir başka deyişle klinik yöneticilerine onları mükemmel bakım için liderlik yapmaktan alıkoyacak aşırı sorumluluk ve yükümlülük yüklemeyiz.)</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>4.Klinik yöneticileri klinik, kişilerarası ve etik uygulamalar için beklentilerini açıkça dile getirir ve bu beklentilere ulaşılmasına liderlik eder.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p>

	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Kurumumuzda liderler önemseyici ve takdir edici davranışları sergiler; umut ve olanak sağlayan ortamlar yaratırlar.	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
6.Yönetici ve yetkililer değişime liderlik eder ve personeli tedavi ve hizmetlerin geliştirilmesi sürecinde planlama ve uygulamaya dahil olmaları için teşvik ederler.	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
7.Güçlendirmeyi destekleyen sistemler (örn. Personel kurulları, temsil komiteleri ve akran değerlendirmeleri) aracılığıyla çalışanlar kendi işleriyle ilgili karar alma sürecine dahil edilirler.	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

Ekip Çalışması Boyutu	
<p>Sağlıklı ekip çalışması ortak bir amaç belirleyip benimsemek ve bu amaca ulaşmak için birlikte çalışmak üzere farklı disiplin ve departmanlardan bireylerin bir grup oluşturmasını gerektirir. Sağlıklı ve verimliliği yüksek ekiplerde, ekip üyeleri açık olarak belirlenmiş sorumluluk, yetki ve yükümlülüklerin orantılı benzersiz bilgi ve becerileriyle katkıda bulunur. Güven, karşılıklı saygı, açık ve dürüst iletişim ve sürekli ve görünür destek sağlıklı ekip çalışmasının temel bileşenleridir.</p>	
<p>1-10 arası derecelendirme yapınız. (1 = Yok (Mevcut değil) ve 10 = Güçlü, (Kesinlikle mevcut))</p>	
Odak Noktası	Derecelendirme
<p>1.Bölmeler ve disiplinler arasında ortak amacımıza odaklı yüksek güven ve karşılıklı saygı vardır.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>2. Kurumumuzda güvenli, koordineli müşfik hasta bakımı için hayati önemde olduğunu kabul ettiğimiz yüksek derecede hekim-hemşire işbirliği vardır.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>3.Ekip çalışması açıkça tanımlanmış görevler, yetkiler, sorumluluklar ve yükümlülüklerle güçlendirilir.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>4.Acil durumlarda ekip olarak çok başarılıyız. Çünkü süreci hızlandırmak için birbirimize güvenebilir, ne yapacağımızı ve birbirimizi nasıl destekleyeceğimizi biliriz.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p>

	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Mevcut Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Personel arasında sağlıklı ilişkiler için açıkça ifade ettiğimiz beklentilerimiz vardır. Bu beklentiler resmi liderlerimiz tarafından modellenip icra edilir.	İstenen Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Mevcut Durum
6. Bireysel sürtüşmeleri doğrudan ve özenle ele alırız. Bakımı, hizmeti ve üretkenliği tehlikeye atacak yıkıcı ve diğer uygun olmayan ilişkilere tolerans göstermeyiz.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Mesleki Uygulama Boyutu	
<p>Mesleki uygulama klinik çalışanlarının insanın hastalığa, travmaya ve krize yanıtını değerlendirmek ve tedavi ilişkileri çerçevesinde yeterli klinik müdahalede bulunmak üzere bilgi ve beceriye sahip olduğu anlamına gelmektedir. Mesleki uygulama her bir disiplinin kendine özgü bilgiler bütünü üzerine inşa edilir ve kanıtlar ve iyi uygulamalarla geliştirilir. Standartlar, etik kurallar, mesleki birlikler, yetkilendirmeler, sertifikalar ve her kuruluşun kendi görev ve performans standartlarıyla tanımlanır.</p>	
<p>1-10 arası derecelendirme yapınız. (1 = Yok (Mevcut değil) ve 10 = Güçlü, (Kesinlikle mevcut))</p>	
Odak Noktası	Derecelendirme
<p>1. Kurumumuz misyonunu gerçekleştirmek ve hasta bakımında mükemmelliği yakalamak için profesyonel/mesleki uygulamaları önemser ve bekler.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>2. Hemşireler ve diğer disiplinlerden klinisyenler delege edilebilir olan/olmayan, bağımsız sorumlulukları da içeren mesleki sınırlarını/yükümlülüklerini açıkça bilirler.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>3. Her hastaya yattığı süre boyunca bakımından sorumlu olacak bir primer hemşire görevlendirilerek hasta ve ailesi ile tedavi edici bir ilişki kurulur.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>4. Hastadan sorumlu hemşire(primer hemşire) hasta ve aile açısından en önemli olanı öğrenmek ve tedaviyi planlamak için birebir etkileşim içine girer.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p>

	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>
	Mevcut Durum
5.Hemşirelerin yanı sıra diğer disiplinlerden klinisyenler (örn. Eczacılık, FTR vs.) bakımın devamlılığını ve güveni güçlendirmek için hastayla birebir ilişki kurarlar.	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>
	İstenen Durum
	<u>1</u> <u>2</u> <u>3</u> <u>4</u> <u>5</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>8</u> <u>9</u> <u>10</u>



Hasta Bakımının Sunumu Boyutu	
<p>Hasta bakım sunum sistemi mesleki uygulamayı destekleyen, sağlıklı ve işbirliğine dayalı ekip çalışmasını teşvik eden, iş akışını ve kaynak kullanımını düzenleyen bir yapıdır. İyi tasarlanmış bir bakım sunum sistemi güvenli ve yüksek kalitede bakımın yerine getirilmesini ve klinik çalışanlarının etkin ve etkili çalışma becerilerini destekler.</p>	
<p>1-10 arası derecelendirme yapınız. (1 = Yok (Mevcut değil) ve 10 = Güçlü, (Kesinlikle mevcut))</p>	
Odak Noktası	Derecelendirme
<p>1. Primer hemşire hasta ve ailesi ile, ünitesinde kaldıkları süre boyunca, tedavi edici ilişki içinde olmak ve bireysel bakım planı oluşturmaktan sorumludur.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>2. Hemşire hastanın alacağı hemşirelik bakımının şekil ve derecesini, hangi bakımın diğer bakım hizmeti verenlere delege edilebileceğini belirleme yetkisine sahiptir.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>3. Hasta dağıtımı ve çalışma çizelgeleri, ilişkilerin devamlılığına, bakımın karmaşıklığına ve bakım hizmetini verenlerin bilgi ve becerilerine göre yapılır.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>4. Doğrudan hasta bakımı verenler anahtar bilgileri önceden araştırıp sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine ileterek bakımı koordine ederler.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
	<p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

<p>5.Yöneticiler mesleki uygulamayı destekleyici bir ortam yaratır, ‘‘hastalar ve ailelerine bakım vermek’’ amacına odaklanır.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>6.Yönetici klinisyenleri dinleyerek, eğitim sağlayarak, bakıma ilişkin sorunları ve sistem sorunlarını çözümlenerek destekler.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

Kaynak Odaklı Uygulama Boyutu

Kaynak Odaklı uygulama; personel, zaman, öncelikler, ekipman, sistemler ve finansman gibi kullanıma açık olan tüm kaynakları maksimize eder. Yüksek kaliteli ürün elde etmek, şefkatli ve uzman hasta tedavi hizmet sunumunu güvenceye almak için yapılır. Kaynak odaklı uygulamada, yöneticiler ve klinik çalışanları kaynakların en iyi şekilde kullanımıyla görevlidirler. Kurum bütününe parametreleri içinde sağlık hizmeti sunumunda mükemmel sonuçlara ulaşmak için kaynakları tasarlamak ve kullanmak üzere sorumluluk, yetki ve yükümlülük sahibidirler. Kaynak odaklı zihniyet, ihtiyaç odaklı zihniyetten farklıdır. Bunun anlamı klinik çalışanlarının sadece hasta bakımında nelerin gerekli olduğunu değil, aynı zamanda nelerin artık yapılmaması veya daha farklı yapılması gerektiğini de tanımlamaları gerektiğidir.

1-10 arası derecelendirme yapınız. (1 = Yok (Mevcut değil) ve 10 = Güçlü, (Kesinlikle mevcut))

Odak Noktası	Derecelendirme
1. Personel çeşitliliğimiz, kadrolama özelliklerimiz ve çalışma çizelgelerimiz güvenli ve bireysel hasta bakımı için yeterlidir.	Mevcut Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Kaynaklarla ilgili günlük kararlarımız sağduyu ilkesi gözetilerek verilir. Neyin hasta ve ailesi için en önemli olduğunu içeren kararlar, mevcut kaynaklarla neyin yapılması gerektiği ve neyin yapılamayabileceğinin değerlendirilmesi ile verilir.	Mevcut Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Hasta ihtiyaçları çalışma çizelgelerinin yapılmasına yön verir.	Mevcut Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4.Hasta bakımının devamlılığı; güvenlik, verimlilik ve olumlu bakım deneyimine katkı	Mevcut Durum

sağlar. Bunun sonucu olarak, devamlılık çalışma çizelgesi hazırlama tasarımına ve günlük görevlendirme kararlarına rehberlik eder.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum
5.Yönetici performans ve kalite beklentilerini ortaya koyar ve bu beklentilerin gerçekleşmesine liderlik eder.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	Mevcut Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	İstenen Durum



Hasta Bakım Sonuçlarının Ölçümü	
<p>Sonuçların ölçümünde, yararlı veriler, hem anlamlı hem de motive edici olanlardır. Kanıt, bir ilham ve olumlu gelişme kaynağı olarak kullanılır. Ölçümleme, beklentiler açık olduğunda ve insanlar çabaları için takdir ve teşvik gördüklerinde destekleyici bir ortam yaratır. Olumlu sonuçların kutlanması kurumda bağlılık ve birlik inşa edilmesine yardımcı olur.</p>	
<p>1-10 arası derecelendirme yapınız. (1 = Yok (Mevcut değil) ve 10 = Güçlü, (Kesinlikle mevcut))</p>	
Odak Noktası	Derecelendirme
<p>1.Niteliksel ve niceliksel ölçümleri bir ilham kaynağı olarak görür ve önemseriz. Bu amaçla çalışanlar gelişme ve başarılarına yön vermek için neleri doğru yaptıklarını bilecekleri şekilde sürekli geri bildirim alırlar.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>2. Bakım sunanlar alanlarına yönelik ölçütlerin seçilmesine aktif olarak katılırlar.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>3. İlişki Temelli Bakım uygulamalarımızdaki ilerlemeleri değerlendirmemize yardımcı olacak, kurum çapında geçerli göstergelerimiz vardır.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
<p>4.Çalışanlar performans geliştirme döngüsüne dahildirler. Bu nedenle, kendilerine çıktılarla ilgili veriler sağlanır, başarılar kutlanır ve personel sürekli performans gelişimi için veri kullanımına dahil olur.</p>	<p>Mevcut Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>İstenen Durum</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>

Ek-3

İlişki Temelli Bakım Özdeğerlendirme Aracının Dil Geçerliliği İçin Yardım Alınan Kişiler

1. Asena PARAN
2. Levent ŞUMNU
3. Eylem GÜMÜŞ
4. Selva AVİS



Ek-4

İlgili Makama,

25.01.2014

Belkıs Güllü Gücüyener'in yürüttüğü " İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme Aracı" isimli geçerlilik-güvenilirlik çalışmasının Türkçe dilbilgisi kurallarına uygunluğu Selva Avis tarafından kontrol edilmiş ve uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Erol Güngör İlköğretim Okulu
Selva Avis



Ek-5

Uzman Görüşü Alınan Kişiler

- 1. Prof. Dr. Şule ECEVİT ALPAR**
- 2. Prof. Dr. Leyla DİNÇ**
- 3. Prof. Dr. Refia Selma GÖRGÜLÜ**
- 4. Doç. Dr. Ükke KARABACAK**
- 5. Doç. Dr. Şenay UZUN**
- 6. Doç. Dr. Sergül DUYGULU**
- 7. Doç. Dr. Süheyla ABAAN**
- 8. Yrd. Doç. Dr. Yasemin AKBAL**
- 9. Yrd. Doç. Dr. Selma BEKTAŞ ATAY**
- 10. Yrd. Doç. Dr. Esin ÇETİNKAYA USLUSOY**
- 11. Yrd. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN**
- 12. Yrd. Doç. Dr. Arzu Kader HARMANCI**
- 13. Uzm. Hem. Elif AKBAL**
- 14. Uzm. Hem. Saliha KOÇ**
- 15. Uzm. Hem. Azime USLU**



March 20, 2014

Esra Ugur, PHD, RN.
Okan University School of Health Sciences
Department of Nursing
Phone +90 505 51986 97
e-mail esra.ugur@okan.edu.tr

Re: *Relationship-Based Care Organizational Self Assessment* Reprint Permission

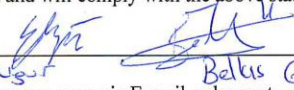
Dear Dr. Ugur,

Creative Health Care Management is happy to provide you the opportunity to use the *Relationship-Based Care Organizational Self Assessment* in your research on caring relationships. Per our correspondence this assessment tool will be used for a validity and reliability research study and possible professional paper.

The following requirements must be observed to protect our copyright and as a condition of use:

- We request a copy of the final research results.
- We request the materials not be used for any other purpose without written consent.
- We request that the contents of the *Relationship-Based Care Organizational Self Assessment* not be reprinted or shared with any unrelated party nor be posted on a public location such as the open Internet.
- The following statement must be used to cite our work: "Copyright © Creative Health Care Management, Inc. Used with permission. www.chcm.com."

I have read and will comply with the above statements.

Signed:  Date: 21/3/2014
Esra Ugur *Bekir Gills Gsöyner*

Please return one copy via E-mail or by post.

Yours in service,

Chris Bjork
Resources Director
Creative Health Care Management, Inc.
5610 Rowland Road, Suite 100
Minneapolis, MN 55343-8905
800.728.7766 x103 - 952.854.1866 (fax)
chrisb@chcm.com

Ek-7

ANADOLU[®]
In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

Anadolu Eğitim ve Sosyal Yardım Vakfı Sağlık Tesisleri İktisadi İşletmesi
Kanuni Merkez: Fatih Sultan Mehmet Mahallesi, Balkan Caddesi,
No:58 Buyuka E Blok Tepeüstü, Ümraniye / İstanbul
Büyük Mükellefler V.D. 0680263503
Mersis No Merkez: 0-6802-6350-300011
Mersis No Gebze : 7-1472-2237-6591466

T.C.
ÖZEL ANADOLU SAĞLIK MERKEZİ
ETİK KURULU

04.09.2014

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ'NE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

“İlişki Temelli Bakım Üzerine Bir Öz Değerlendirme” isimli, hemşire Belkıs Güllü Güctüyener’e ait proje / anket çalışmasının ASM’de gerçekleştirilmesi ASM Etik Kurulu’nun 27/08/2014 tarihli toplantısında ele alınmış ve uygun bulunmuştur.

Bilginize sunulur.

ASM Hastane Etik Kurulu Adına

Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Hikmet Fatih Ağalar


Prof. Dr. Hikmet Fatih Ağalar
Uzman Tıbbi Uzman
Dip. Tesis No: 44456
Uzman Tesis No: 88338 / 44456
Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi


ANADOLU VAKFI


Joint Commission
INTERNATIONAL

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi
Cumhuriyet Mahallesi 2255 Sokak No.3
Gebze 41400 Kocaeli

Özel Anadolu Sağlık Ataşehir Tıp Merkezi
Barbaros Mah. Ortabahar Sokak
No. 28/28A Ataşehir 34746 İstanbul

44 44 276
www.anadolusaglik.org

Evrak Tarihi ve Sayısı: 16/12/2014-23690



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği



Sayı : 36817975 -730.08.03/
Konu : Anket Çalışması İh

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrenciniz Belkis Güllü GÜCÜYENER' in "İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme" başlıklı anket çalışmasını hastanemiz bünyesinde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Nuh Zafer CANTÜRK
Başhekim

OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
GELEN EVRAK NO	300-02
KAYIT TARİHİ	09.01.2015

16/12/2014 B.İşl.
Nuh Zafer Cantürk

M.AKARSU
H.APAK

NUH ZAFER CANTURK (Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimligi - Başhekim) 16/12/2014 20.08

Evrakı Doğrulamak İçin : https://ebys.kocaeli.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BE6P2N0H

Hastane İşletme ve Ofis Hizmetleri Şube Müdürlüğü Kocaeli Üniversitesi Ümittepe Yerleşkesi 41380, Kocaeli
Tel : +90 (262) 303 80 01 Faks : +90 (262) 303 80 03
E-Posta : rekilctisim@kocaeli.edu.tr Elektronik Ağ : <http://hastane.kocaeli.edu.tr/>

Ekim 5079 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.





T.C.
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ
REKTÖRLÜĞÜ

SAYI : 21568116-1000/ 892
KONU : Araştırma İzni Hk.

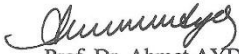
12 Şubat 2015

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi: 09/01/2015 tarih 93919723/399-15 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı 122038008 numaralı öğrencisi Belkıs Güllü GÜCÜYENER'in "İlişki Temelli Bakım Öz Değerlendirme" başlıklı tez çalışmasını kurumumuzda yapabilmesi talebiniz Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ve rica ederim.


Prof. Dr. Ahmet AYDIN
Rektör V.

OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ	
GELEN EVRAK NO	300-12
KAYIT TARİHİ	16.02.2015

Ek-8**Tablo 44: İlişki temelli bakım öz değerlendirme aracının uzman görüşleri arasındaki tutarlılığın/uyumun belirlenmesi**

İfadeler	Gerekli	Gerekli/Yetersiz	Gereksiz	Kapsam Geçerliği Oranları (KGO)
Soru01		3	12	,60
Soru02		1	14	,87
Soru03		1	14	,87
Soru04			15	1,00
Soru05	1	1	13	,73
Soru06		2	13	,73
Soru07		2	13	,73
Soru08		2	13	,73
Soru09	1	1	13	,73
Soru10		1	14	,87
Soru11		1	14	,87
Soru12		4	11	,47
Soru13	1	2	12	,60
Soru14	1	3	11	,47
Soru15			15	1,00
Soru16	1	4	10	,33
Soru17	1	1	13	,73
Soru18	1	2	12	,60
Soru19		1	14	,87
Soru20		2	13	,73
Soru21			15	1,00
Soru22		1	14	,87

Soru23		3	12	,60
Soru24		1	14	,87
Soru25		1	14	,87
Soru26		1	14	,87
Soru27		1	14	,87
Soru28	1	3	11	,47
Soru29	2	13	15	1,00
Soru30	1	3	11	,47
Soru31	1	3	11	,47
Soru32		1	14	,87
Soru33		2	13	,73
Soru34		2	13	,73
Soru35		2	13	,73
Soru36	1	1	13	,73
Soru37	1	1	13	,73
Soru38		2	13	,73
Soru39		2	13	,73
Soru40			15	1,00
Soru41		1	14	,87
Soru42		2	13	,73
Soru43		1	14	,87
Soru44	1	1	13	,73
UZMAN SAYISI	15			
KAPSAM GEÇERLİK ÖLÇÜTÜ	,49 ($\alpha=,05$)			
KAPSAM GEÇERLİK İNDEKSİ	,79 ($p<,05$)			