



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ VE DOYUMUNUN
BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI
ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cennet Büşra ALICI

**Samsun
Ocak-2018**



T.C.
ONDOKUZMAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN
YAŞAM KALİTESİ VE DOYUMUNUN
BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI
ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Cennet Büşra ALICI

**Danışman
Doç. Dr. Zeliha KOÇ**

**Samsun
Ocak-2018**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Cennet Büşra ALICI tarafından Doç. Dr. Zeliha KOÇ danışmanlığında hazırlanan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Doyumunun Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından 04/01/2018 tarihinde yapılan sınav ile Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Doç. Dr. Zeliha KOÇ.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye : Yrd. Doç. Dr. Seval AĞAÇDİKEN ALKAN.....
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Üye : Yrd. Doç. Dr. Şahizer ERAYDIN.....
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

ONAY:

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen ve yukarıda adları yazılı jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

.... / /2018

Prof. Dr. Ahmet UZUN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEŞEKKÜR

Öncelikle, desteğini benden hiçbir zaman esirgemeyen, tüm yüksek lisans eğitimim boyunca bana her konuda bilgi ve tecrübeleriyle yol gösteren, ilgi ve sevgisini daima hissettiğim danışman hocam Sayın Doç. Dr. Zeliha KOÇ'a,

Yüksek lisans eğitimime büyük katkıları bulunan Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyeleri Yrd. Doç. Dr. Seval AĞAÇDIKEN ALKAN ve Öğr. Gör. Zeynep SAĞLAM'a,

Hayatım boyunca attığım her adımda yanımda olan, yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen, bana güç veren ve bu günlere gelmemde en büyük paya sahip olan, varlığını hep yanımda hissettiğim annem Suzan ALICI ve babam Şemun ALICI'ya,

Eğitimim sırasında sonsuz sevgi, sabır ve desteğini benden esirgemeyen kardeşlerim Buğra ALICI ve Ayşe Sude ALICI'ya,

Yardımlarını ve desteğini sürekli hissettiğim arkadaşım Öğr. Gör. Esra DANACI'ya,

Çok kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Serap TOPATAN'a,

Yüksek lisans arkadaşlarım Ebru AYDIN, Sevil MASAT, Tuğba KAVALLI ERDOĞAN ve Tuğçe AYAR'a,

Sonsuz teşekkürler...

Bu tez, Ondokuz Mayıs Üniversitesi BAP Komisyonu tarafından PYO.SBF.1904.17.005 proje numarası ile desteklenmiştir.

ÖZET

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE DOYUMUNUN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu çalışma yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak yürütüldü.

Materyal ve Metot: Araştırma 15.02.2017-15.08.2017 tarihleri arasında iki devlet hastanesinin erişkin yoğun bakım ünitelerinde yatarak tedavi görmekte olan 317 hastanın katılımıyla gerçekleştirildi. Veriler hastayı tanıttıcı bilgi formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Yaşam Doyum Ölçeği, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Spearman korelasyon testleri kullanıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev puan ortalamaları sırasıyla $20,4\pm 5,7$, $5,4\pm 1,4$, $4,4\pm 2,1$, $11,3\pm 3,5$, $11,6\pm 3,2$, $5,4\pm 1,6$, $4,2\pm 1,1$ ve $16,3\pm 3,2$ olarak saptandı. Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı 21,7 olarak belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu alt boyutlarından Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü puan ortalamaları sırasıyla $3,6\pm 0,7$, $3,5\pm 0,7$ ve $3,5\pm 0,7$; Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu alt boyutlarından Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü puan ortalamaları sırasıyla $3,0\pm 0,6$, $3,4\pm 0,6$ ve $3,5\pm 0,7$ olarak saptandı.

Sonuç: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu puanının, hastaların yaşam kalitesi ve doyumunu ile bazı sosyo-demografik ve klinik özelliklerine göre farklılık gösterdiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: Bireyselleştirilmiş bakım; yaşam doyumunu; yaşam kalitesi; yoğun bakım

Cennet Büşra ALICI, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Ocak-2018

ABSTRACT

THE EFFECT OF QUALITY OF LIFE AND SATISFACTION WITH LIFE OF PATIENTS HOSPITALIZED IN INTENSIVE CARE UNIT ON THE PERCEPTIONS OF INDIVIDUALIZED CARE

Aim: This study was conducted as a cross-sectional study in order to determine the effect of quality of life and satisfaction with life of patients hospitalized in intensive care unit on the perceptions of individualized care.

Material and Method: The research was carried out with the participation of 317 patients who received inpatient treatment in the adult intensive care units of two state hospitals between 15.02.2017 and 15.08.2017. The data were collected using patient identification form, SF-36 Quality of Life Scale, Satisfaction with Life Scale, Individualized Care Scale-A Patient Version and Individualized Care Scale-B Patient Version. The Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman correlation tests were used for the data analysis.

Results: The mean scores of Physical Function, Physical Role, Pain, General Health Perception, Vitality, Social Function, Mental Role and Mental Function subscales of the SF-36 Quality of Life Scale were found to be 20.4 ± 5.7 , 5.4 ± 1.4 , 4.4 ± 2.1 , 11.3 ± 3.5 , 11.6 ± 3.2 , 5.4 ± 1.6 , 4.2 ± 1.1 and 16.3 ± 3.2 , respectively. The total score of the Satisfaction with Life Scale was found to be 21.7. The mean scores of Clinical Situation, Personal Life Situation and Decisional Control over care subscales of the Individualized Care Scale-A Patient Version scale were found to be 3.6 ± 0.7 , 3.5 ± 0.7 and 3.5 ± 0.7 respectively while the mean scores of Clinical Situation, Personal Life Situation, and Decisional Control over care subscales of the Individualized Care Scale-B Patient Version were found to be 3.0 ± 0.6 , 3.4 ± 0.6 and 3.5 ± 0.7 , respectively.

Conclusion: The scores of Individualized Care Scale-A Patient Version and Individualized Care Scale-B Patient Version were determined to show variability according to the quality of life, satisfaction with life as well as some sociodemographic and clinical characteristics of the patients.

Keywords: Individualized care; intensive care; quality of life; satisfaction with life

Cennet Büşra ALICI, Master Thesis
Ondokuz Mayıs University Samsun, January-2018

SİMGELER VE KISALTMALAR

ANA	: American Nursing Association (Amerikan Hemşireler Birliği)
BBS	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası
BBS-A Hasta	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu
BBS-B Hasta	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu
BBS-Hasta	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu
ICN	: International Council of Nursing (Uluslararası Hemşireler Birliği)
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
KarA	: Karar Verme Kontrolü-A Hasta Versiyonu
KarB	: Karar Verme Kontrolü-B Hasta Versiyonu
KişA	: Kişisel Yaşam Durumu-A Hasta Versiyonu
KişB	: Kişisel Yaşam Durumu-B Hasta Versiyonu
KlinA	: Klinik Durum-A Hasta Versiyonu
KlinB	: Klinik Durum-B Hasta Versiyonu
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SF-36	: Short Form-36 (SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği)
TDK	: Türk Dil Kurumu
THD	: Türk Hemşireler Derneği
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hemşirelik	5
2.2. Hemşireliğin Temel Kavramları.....	5
2.2.1. İnsan Kavramı.....	5
2.2.2. Sağlık/Hastalık Kavramı.....	9
2.2.3. Çevre-Toplum Kavramı	12
2.2.4. Hemşirelik Kavramı.....	13
2.3. Hemşirelik Felsefesi	15
2.4. Hemşirelik ve Bakım.....	17
2.4.1. Bakım Kavramı.....	17
2.4.2. Bireyselleştirilmiş Hasta Bakımı	19
2.5. Yoğun Bakım.....	30
2.5.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi.....	31
2.5.2. Yoğun Bakım Hemşiresinin Roller ve Sorumlulukları	32
2.5.3. Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Üzerine Etkisi	37
2.6. Yaşam Kalitesi Kavramı.....	38
2.7. Yaşam Doyumu Kavramı	41
2.8. Yoğun Bakım Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu İle Bireyselleştirilmiş Hasta Bakımı Arasındaki İlişki	43
3. MATERYAL VE METOT	46
3.1. MATERYAL.....	46
3.1.1. Araştırmanın Şekli.....	46
3.1.2. AraştırmanınYapıldığı Yer ve Zaman	46

3.2. METOT	46
3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	46
3.2.2. Verilerin Toplanması.....	46
3.2.3. Veri Toplama Araçları.....	47
3.2.4. Araştırmanın Etik Boyutu.....	53
3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	54
3.2.6. İstatistiksel Değerlendirme.....	54
4. BULGULAR.....	55
4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	55
4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular	57
4.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu'na (BBS-Hasta) İlişkin Bulgular	60
4.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular.....	93
4.5. Yaşam Doyum Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	117
5. TARTIŞMA.....	133
5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması	133
5.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'na İlişkin Bulguların Tartışılması.....	135
5.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'na İlişkin Bulguların Tartışılması.....	140
5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	145
5.5. Yaşam Doyum Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması.....	146
5.6. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyum Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	148
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	151
KAYNAKLAR	154
EKLER	171
ÖZGEÇMİŞ	190

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde sağlık bakım sunum hizmetleri, hasta ve hastalık odaklı geleneksel yaklaşım yerine, hemşirelik bakımının temelini oluşturan bütüncül sağlık anlayışı yaklaşımı üzerine temellenmiştir (Özyıldız, 2006). Sağlık, insan hayatında önemli bir kavramdır (Tekinsoy, 2005). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı: “Yalnızca sakatlık ya da hastalığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin olmasıdır.” şeklinde tanımlamaktadır (Metel, 2016). Yaşamları süresince bireylerin sağlık durumu zaman zaman bozulabilmekte, bireyler tedavi ve bakım gerektiren hastalık durumları ile karşı karşıya kalabilmektedir. Özellikle durumu kritik olan hastaların tedavi ve bakımı, yoğun bakım ünitelerinde gerçekleştirilmektedir (Shortell ve ark., 1994; Yardakçı ve Akyolcu, 2004).

Yoğun bakım üniteleri; fiziksel, mental ve sosyal yönden bireyin bozulan vücut fonksiyonlarının yeniden düzenlenmesinde ve sağlığına tekrar kavuşmasında oldukça önemli bir yere sahiptir (Aykin, 2013). Yoğun bakım üniteleri, klinik durumu ağır olan hastaların 24 saat izlendiği, yaşam fonksiyonlarının desteklendiği, karmaşık biyomedikal cihazların kullanıldığı, uzman sağlık bakım profesyonelleri tarafından optimal düzeyde, multidisipliner bakım ve tedavi yöntemlerinin uygulandığı birimlerdir (Özyıldız, 2006; Hindistan ve ark., 2009; Başak ve ark., 2010; Şahinoğlu, 2011; Çizmeci, 2013; Kumsar ve Yılmaz, 2013; Tuna, 2014; Uzeli ve Korhan, 2014; Ergün, 2017).

Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan bir hastayı; ortamın fiziksel özellikleri ve teknolojik yapısı, uygulanan girişimlerdeki farklılıklar, daha önceki alışkanlıklarını devam ettirememesi, aile ve sevdiği bireylerin yanında bulunmaması, ziyaret saatlerinin kısıtlı olması ve yalnızlık gibi birçok faktör etkileyebilmektedir. Yoğun bakım ünitesi hastanenin diğer bölümleriyle karşılaştırıldığında bu özellikleri nedeniyle oldukça farklı bir birimdir (Taşdemir ve Özşaker, 2007; Yalamaoğlu, 2012; Uzeli ve Korhan, 2014). Bu doğrultuda bireyin yoğun bakım ünitesine uyum sağlamasında, sağlık bakım profesyonellerine özellikle de yoğun bakım hemşirelerine önemli görevler düşmektedir (Dedeli ve Akyol, 2008; Kumsar ve Yılmaz, 2013). Yoğun bakım hemşiresi, bu üniteye yatan bireyler ile sağlıklı iletişimin kurulmasında ve bireyselleştirilmiş etkili bakım sunulmasında kritik öneme sahiptir (Başak ve ark., 2010; Salgado ve Chianca, 2011; Terzi ve Kaya, 2011; Ergün, 2017). Bununla birlikte hasta ile ilgili belirlenen hedeflere

ulaşmada ve sunulan bakımın kalitesini arttırmada bakım hizmetlerinin iyi planlanması son derece önemlidir (Ergün, 2017).

Bakım, en az iki kişinin etkileşime girmesi ile başlayan, bireyselleştirilmiş kişilerarası bir süreçtir (Can, 2013). Nightingale, hemşirelik mesleğinin ana öz değerini “bakım vermek” olarak açıklamaktadır (Atalay, 2011). Bakım kavramı Swanson tarafından “sorumluluk hisseden bir bireyin, değer verdiği diğer bireylerle ilgilenmesi” olarak tanımlanmıştır (Swanson, 1991; Kıvanç, 2016). Orem (1971) ise hemşirelik bakımını, “sağlıklı/hasta birey biyopsikososyal gereksinimlerini karşılamada yetersiz kaldığında, yerine getirilmesi gereken bir hemşirelik işlevi” olarak açıklamaktadır (Özkan ve ark., 2014).

Bireyselleştirilmiş bakım; hemşirelik bakım, tedavi ve uygulamalarının temelini oluşturan, hemşire-hasta etkileşimi sırasında gerçekleşen tüm işlevleri ve girişimleri kapsar (Suhonen ve ark., 2007a; Suhonen ve ark., 2008a; Amaral ve ark., 2014). Suhonen ve arkadaşları bireyselleştirilmiş bakımı; hastanın kişisel özelliklerini, yaşamını ve tercihlerini, klinik özelliklerini göz önünde bulunduran ve karar verme aşamasında hastanın katılımını sağlayan bir hemşirelik bakım sunumu olarak tanımlanmıştır (Suhonen ve ark., 2010b). Bireyselleştirilmiş hasta bakımı, bireyle ilgili belirlenen hedeflere ulaşmada, onun yaşam kalitesini ve doyumunu arttırmada son derece önemlidir (Acaroğlu ve Şendir, 2012; Avcı, 2013; Ergün, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini; “bireylerin, yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içinde, hedeflerine ilişkin yaşamlarındaki kendi pozisyonlarına bakış açıları, beklentileri, standartları ve endişeleri” olarak tanımlamaktadır (Çizmeci, 2013; Soylu, 2015). Yaşam kalitesi, bireyin iyilik halini tanımlayan, yaşamını değerlendirmesini sağlayan öznel algı, his ve biliş aşamalarının bir bütünüdür (Çivi ve ark., 2011; Kutlu ve ark., 2011). Bu konudaki literatür incelendiğinde yaşam kalitesi ile ilgili olarak yapılan birçok çalışmada, yaşam kalitesi, yaşam doyumunu, yaşam memnuniyeti ve mutluluk kavramlarının birbirleriyle son derece ilişkili oldukları görülmektedir (Kızılcı, 1999; Çizmeci, 2013; Dağıstan, 2014).

Yaşam doyumunu, belirli bir duruma ilişkin doyumunu değil, genel olarak bireyin tüm yaşantılarındaki doyumunu içermektedir (Diener ve ark., 1999). Yaşam doyumunu, insanların yaşamlarını yönlendirmede ve yaşadıkları hayatın kalitesini yükseltmede doğal bir güce sahiptir (Diener ve ark., 1985). Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda yaşam

doyumunun hem sağlık hizmetlerinin kalitesini hem de sonuçlarını değerlendirmede ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini belirlemede yeterli ve uygun bir kavram olduğu bildirilmiştir (Barlesi ve ark., 2005; Moons ve ark., 2006). Diener ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olan Yaşam Doyum leği, znel iyilik halinin bir bileşeni olarak kullanılmakla birlikte, bu ölçeğin mental sağlığın ölçümüyle ilişkili olabileceği ve gelecekle ilgili davranışların öngörüsünde de kullanılabileceği belirtilmiştir (Pawot ve Diener, 2008).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, bu üniteye kabul edilen hastalara bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı uygulanmasının, hastaların iyileşme sürecini hızlandıracağı ve hastaneye uyum süreçlerini kolaylaştıracağı bildirilmiştir (Terzi ve Kaya, 2011). Ülkemizde, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik bazı alışmalar (Tekin, 2011; Kaplan, 2015) olmasına karşın, yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirleyen herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu, araştırmanın çıkış noktasını oluşturmuştur. Araştırma sonunda elde edilecek veriler doğrultusunda yoğun bakım hastalarının yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisi belirlenecek ve bu doğrultuda hemşirelik bakım, tedavi ve uygulamalarının geliştirilmesine yönelik uygun stratejiler geliştirilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma, yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri nelerdir?
2. Hastaların yoğun bakım ünitesine başvuru nedenleri nelerdir?
3. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam kalitesi nasıldır?
4. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam doyumları hangi düzeydedir?

5. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları nasıldır?
6. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların sosyo-demografik ve klinik özellikleri yaşam kalitesini, yaşam doyumunu ve bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilemekte midir?
7. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunu ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında ilişki var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik

Hemşirelik; bireyin bedensel, duygusal, akılsal ve toplumsal sağlık gereksinimlerinin ışığında hemşirelik bakımını planlayan, bu planı uygulamaya koyan ve uyguladığı bakım planını sistematik bir biçimde değerlendiren dinamik bir süreçtir. Hemşirenin temel işlevi sağlıklı/hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlıklı kişinin sağlığının sürdürülmesi ve hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir (Mete, 2016).

2.2. Hemşireliğin Temel Kavramları

Kavram, teorinin temel yapı taşı olup düşüncelerin aktarılmasında kullanılmaktadır. Kavram, bir objenin veya durumun zihnimizde şekillenmesine yardım eden, gözlemlenebilen ya da hissedilebilen algıların, olayların ve durumların genel adıdır. Hemşirelik eğitim ve uygulamalarını belirleyen ve etkileyen ana kavramlar; “insan”, “sağlık/hastalık”, “çevre-toplum” ve “hemşirelik”tir (Velioğlu, 2012a; Karaca ve Özkan, 2014; Mete, 2016). Bununla birlikte bütün sağlık uygulamalarının ve kuramlarının temelinde insan; insanın doğası, tepkileri ve gereksinimleri yer almakta, bu kavramların temelini de sağlıklı/hasta bireyler oluşturmaktadır (Velioğlu, 2012a; Karaca ve Özkan, 2014).

2.2.1. İnsan Kavramı

İnsan kavramı, hemşirelik bakımının odak noktasını oluşturur (Mete, 2016). Bu nedenle profesyonel anlamda hemşirelik, yaşam süreci içerisinde sağlık ve hastalıkta insanı anlamaya temellenmiştir (Velioğlu, 2012a).

Türk Dil Kurumunun (TDK) yaptığı tanıma göre insan; “Toplumda bir kültür çevresinde yaşayan, düşünme ve konuşma yeteneği olan, evreni bütün olarak kavrayabilen, değiştirebilen ve biçimlendirebilen canlı” olarak tanımlanır (TDK, 2017).

İnsanın gereksinimleri doğrultusunda bir tanımlı yapıldığında ise “İnsan fizyolojik, sosyal, duygusal ve entelektüel ihtiyaçları olan bir varlıktır.” Hava, su, boşaltım, uyku, gıda ve dinlenme gibi fiziksel gereksinimler insanın yaşamını sürdürebilmesi için gereklidir. Ait olma, kabul edilme ve sevilme gibi sosyal gereksinimler ise insanın diğer insanlarla olan etkileşim ve iletişimidir. Korku, anksiyete, mutluluk gibi duygusal gereksinimler de insanın tüm duygularını kapsamaktadır.

Problem çözüme ve akıl yürütme gibi entelektüel gereksinimleri ise insanın yaşam felsefesi ve fikirleridir (Ay, 2012a). Bununla birlikte insan fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel yönü olan, tüm yönüyle bir bütünü oluşturan birbirinden farklı ve eşsiz bir varlıktır. Bu eşsizlik, hem kalıtsal hem de çevresel etkenlerden kaynaklanmaktadır. Bu doğrultuda insanın birtakım özellikleri vardır. Birey, toplumsal bir varlıktır. İnsan fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel yönleriyle bir bütündür. İnsan açık bir sistemdir. İnsan, kalıtsal özelliklerinin yanı sıra eğitim ve sosyal çevrenin etkisiyle farklı özelliklere sahiptir. Her bireyin kendisine özgü inanç, tutum, yetenek, algılama ve değer yargısı vardır. İnsan, içinde yaşadığı kültürün bir parçası ve taşıyıcısıdır. Yaşamı boyunca sürekli gelişim ve değişim içinde olan insan, dinamik bir varlıktır. Birey, öğrenme ile davranışlarına yön verebilme özelliğine sahiptir (Ay, 2012a).

Abraham Maslow ise insanı “fiziksel, duygusal, sosyal ve entelektüel gereksinimleri olan bir bütün” olarak tanımlamıştır. Abraham Maslow’un temel insan gereksinimleri pramidi, temel fizyolojik ihtiyaçlardan estetik ihtiyaca kadar ulaşan hiyerarşik bir düzene göre gruplandırılmıştır. Bu temel insan gereksinimleri yukarıdan aşağıya doğru;

1. Estetik gereksinimler,
2. Kendini gerçekleştirme gereksinimi,
3. Takdir edilme, kişiliğe saygı gösterilmesi ve değer verilmesi,
4. Sosyal gereksinimler (Sevgi, kabul görme, eşit olma, ait olma),
5. Güvenlik gereksinimleri (Fiziksel, psikolojik güvenlik, korunma),
6. Fizyolojik gereksinimler (Hava, su, beslenme, boşaltım, uyku, dinlenme, ağrıdan kaçma, seks) olarak sıralanmıştır (Ay, 2012a; Aydın, 2013; Mete, 2016).

Orem’e göre insan; “biyolojik, sembolik, toplumsal işlev gören ve hayatını devam ettirebilmek için kendi öz bakımını karşılayabilen varlık” olarak tanımlanmıştır (Velioğlu, 2012a; Mete, 2016).

Faye Gleen Abdellah ise insanı; “fiziksel, bedensel ve emosyonel gereksinimleri olan varlık” olarak açıklamıştır (Velioğlu, 2012a; Mete, 2016).

Henderson ise insanın 14 temel gereksinimini (Normal solunum, yeterli beslenme, eliminasyon, hareket ve pozisyon düzenleme, uyku ve dinlenme, uygun giyinme, beden ısısını düzenleme, beden temizliği ve deri bütünlüğünü sağlama, çevredeki tehlikelerden kaçınma, iletişim kurma, inanışlarına göre ibadet etme, başarı

duygusu ile çalışma, eğlence ve normal gelişme için öğrenme, keşfetme ve merak giderme) belirlemiş ve insanı biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve ahlaki bileşenler üzerinde temellendirmiştir (Velioğlu, 2012a; Mete, 2016).

Hildegard E. Peplau insanı; “ihtiyaçlardan ortaya çıkan gerginliği azaltmak için çaba gösteren bir organizma” olarak açıklamıştır (Craven ve ark., 2015).

Sister Callista Roy insanı, “biyopsikososyal bir varlık ve hemşirelik bakımı alan bir kişi” olarak tanımlamıştır (Craven ve ark., 2015).

Marta E. Rogers ise insanı, “bütün/bölünmez insan, dört boyutlu enerji alanı” olarak ifade etmiştir (Craven ve ark., 2015).

Ernestine Weidenbach insanı, “kişisel özgürlüğe sahip olan, sorumluluklarını yerine getiren, fırsatları en iyi şekilde kullanan ve kendisini gerçekleştirebilen bir varlık” olarak açıklamıştır (Mete, 2016).

Fizyolojik Yönden İnsan; Fizyolojik bir varlık olarak insan, hücre-doku-organ ve sistemlerden oluşan bir organizmadır. Bu yapılar arasındaki iletişim, sinir sistemi ağı ile kurulmakta ve organizmanın fonksiyonları negatif geri bildirim mekanizmaları ile denetlenmektedir. Bu denetimde sinir sistemi ile birlikte endokrin sistem de rol oynamaktadır (Biol, 2016).

İnsan vücudu yeme, içme ve üreme gibi belirli amaçları gerçekleştirmeye çalışan bir sistem olarak kabul edildiğinde, insan vücudundaki sinir sistemi, dolaşım sistemi, solunum sistemi gibi sistemler, birer alt sistem olarak kabul edilebilir. İnsanı oluşturan tüm bu sistemler, birbirleri ile etkileşim halinde çalışır. Bir sistemdeki problem diğer sistemleri de etkiler. Bütün sistemlerde özellikle biyolojik sistemde faaliyetlerin bozulması, dengenin kaybolması, karışıklık meydana gelmesi sonucunda sistemin faaliyetlerinin durması yönünde bir eğilim vardır. Bu eğilime “entropi” denir. İnsan için üst düzeydeki entropi ölümü ifade eder (Sabuncu ve İlhan, 2014).

Psikolojik Yönden İnsan; Psikolojik bir varlık olarak insandaki temel öğeler; bireyin kişiliği ve huyu, mood ve motivasyonu, duygulanımı, çalışma istek ve isteksizliği, duygusal durum ve tepkileri, bilgi edinme istek ve motivasyonu, bireysel özellikleri, zekası, anlayışı ve kavrayışı olarak sıralanabilir. İnsan bu özellikleri ile bir toplum içinde yaşayarak toplumun bir parçası haline gelir. Bu özellikler toplumun özelliklerinden etkilendiği için toplum da aynı zamanda bireyin bir parçasıdır (Ay, 2012a).

İnsan psikolojisi değişik kuramcılar tarafından değişik görüşlere dayanılarak ele alınmıştır. Sigmund Freud'a kadar davranışlar, bilinçli bir güdü ve mantıklı bir düşünceye bağlanamadığından beyindeki bilinmeyen birtakım bozukluklarla açıklanmaya çalışılmıştır. Freud, psikanaliz kuramını geliştirirken bölmesel ve yapısal varsayımlar üzerinde durmuştur. Freud, topografik kuramında bilinç, bilinç öncesi ve bilinç dışı diye adlandırılan zihinsel süreçlerin niteliğinden söz etmiştir. Freud, yapısal kuramında ise altbenlik, benlik ve üstbenliği açıklamıştır (Velioğlu, 2012a).

Alfred Adler ise bireysel psikoloji ekolünü kurmuş ve esas olarak cinsiyeti değil, güce ulaşmak dürtüsünü ele almıştır. Adler'e göre aşağılık duygusu bedensel kusur ve yetersizlikten doğar. Aşağılık kompleksi haline gelen bu duygu, kompensasyon yolu ile üstün olma isteğine dönüşür. Bilinç dışının motivasyonel etkeni Freud'da cinsel içgüdü, Adler'de üstün olma isteğidir (Velioğlu, 2012a).

Carl Gustav Jung, kolektif bilinç dışı, introvert ve extrovert kişilik kavramları ve sözcük çağrışım testi üzerinde durmuştur. Jung, libidoyu yaşama enerjisi ve yaratıcı güç olarak yorumlamıştır (Velioğlu, 2012a).

Otto Rank'a göre çocuğun, doğumla beraber intrauterin yaşamın rahatlığı ve güvenliğinden yoksunluğu, ayrılık anksiyetesinin nedenidir. Otto Rank kişinin ilişkilerinden uzaklaşmasının, bağlantılarından kopmasının bireyde anksiyete yarattığını belirtmiştir. Rank; insanın, ancak toplum içinde kendisinin farkında olabildiğini, bireyin toplumun bir parçası olduğu kadar toplumun da bireyin bir parçası olduğunu ifade etmiştir (Velioğlu, 2012a).

Karen Horney'e göre insan, doğduğu andan itibaren yabancı ve düşman bir dünya ile karşı karşıyadır. Bu dünyada insan yalnız ve yardımsızdır. Bu durum da bireyde anksiyete yaratır (Velioğlu, 2012a).

Sullivan, insanlararası ilişkilerin içgüdülerle değil kültürle belirlendiğini, kişiliğin insanlararası ilişkilerle gelişen dinamik bir süreç olduğunu ve bireyin amacının da anksiyeteden uzaklaşmak olduğunu ifade etmiştir (Velioğlu, 2012a).

Kierkegaard ise insanı diğer canlılardan ayıran niteliğin irade olduğunu, insanın iradeye dayalı bireyselliği oluşturan bir varlık olduğunu açıklamıştır (Velioğlu, 2012a).

Sosyo-Kültürel Yönden İnsan; İnsan, sosyal bir varlıktır ve toplumdan soyutlanamaz. Birey olarak insan, toplumsal ilişkileri ve iletişimiyle kendini gerçekleştirmeye çalışmakta ve bu yönüyle bireyin sosyalleşmesi toplum içinde

gerçekleşmektedir. İnsanın diğer bireylerle ve gruplarla olan etkileşimi bireyin sosyal yönünü oluşturmaktadır (Ay, 2012a). Sosyalleşme; “bireyin kendi kümesi ya da kültürü içinde yaşayanlar gibi davranmayı öğrenmesi” şeklinde tanımlanabilmektedir (Velioglu, 2012a). Bu nedenle sosyalleşme, sosyal sistem, normlar, roller, sınırlar ve pozisyonlar arasındaki ilişkinin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Mete, 2016). Bireyin içinde yaşadığı ilk sosyal çevresi ailedir. Bireyin davranışları, tepkileri ve algılamaları ilk olarak aile içinde şekillenmektedir. Bu nedenle bireyin sağlığını algılaması, hastalığa karşı gösterdiği tepkiler, sağlık bakımına yönelik uygulamaları; ailesi ve sosyal çevresinin etkisi altında gelişmektedir (Ay, 2012a).

İnsan sosyal ve kültürel bir varlıktır (Ay, 2012a). Kültür, toplumun bir üyesi olarak insanoğlunun kazandığı bilgi, sanat, ahlak, gelenek ve benzeri diğer yetenekleri ve alışkanlıkları kapsayan karmaşık bir bütün olarak tanımlanabilmektedir. Bir toplumun maddi ve manevi alanlarda oluşturduğu yiyecek, giyecek, barınak, korunak gibi temel gereksinimleri ile düşünce, duyuş, davranış ve yaşama biçimlerinin tümü de kültür kavramı içinde ele alınmaktadır (Biol, 2016). Hemşirelik mesleğinin temel alanı insana hizmet sunmaktır. Hemşireler, hizmet sundukları bireyleri kendilerine özgü kültür zenginlikleri, estetik ve güzellik anlayışları ve yaşama şekilleri olan birer birey olarak ele almalıdırlar (Biol, 2016). Bu yönüyle hemşireler, hastanın özgünlüğünü göz önünde bulundurarak bireyin kültürel değerlerine ve yaşam tarzlarına uygun bir tutum geliştirmelidirler (Ay, 2012a).

2.2.2. Sağlık/Hastalık Kavramı

Sağlık ve hastalık, daima birbirini çağrıştıran ve günlük yaşamda sıkça kullanılan kavramlardır (Ay, 2012a; Kaplan, 2015). Sağlık ve hastalık kavramları evrensel olmasına rağmen yüklenen anlamlar bireyden bireye ve toplumdan topluma değişiklik gösterebilmektedir (Tekin, 2007; Ay, 2012a; Mete, 2016).

Sağlık Kavramı

1900’lü yılların başından itibaren çeşitli bilimler sağlık ve hastalık kavramlarını tanımlamaya çalışmışlar ve bu kavramların biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kültürel olarak farklı tanımlarını yapmışlardır. Sağlıkla ilgili ilk tanımlara bakıldığında sağlığın, “Hasta olmayan birey sağlıklıdır” şeklinde basitçe ifade edildiği görülmektedir (Tekin, 2007).

Biyolojik bilimler açısından ise sağlık; “bedenin her bir hücresinin optimum kapasitede işlev gördüğü ve hücrelerarası uyumun var olduğu bir durum” olarak açıklanmıştır (Velioğlu, 2012a).

Davranış bilimlerine göre sağlık; “kişinin çevresi ile uyumu ve beklemediği bir olay karşısındaki savunma potansiyeli algılaması” olarak tanımlanmıştır (Velioğlu, 2012a).

Sosyal bilimler açısından ise “Sağlık, bireyin sosyal rollerini yerine getirmedeki yeterliliğidir ve bunun karşısı ise hastalıktır” biçiminde ele alınır (Velioğlu, 2012a).

Florence Nightingale sağlığı, “çevre faktörlerini yönetme yoluyla hastalığın önlenmesi, iyi olma hali ve bireyin kendi potansiyelini mümkün olduğunca en ideal düzeyde kullanması” olarak tanımlamıştır (Velioğlu, 2012a).

Virginia Henderson ise sağlığı, “hastanın yardım almadan hemşirelik bakımının 14 temel bileşenini bağımsızca yapabilme yeteneği” olarak tanımlar (Velioğlu, 2012a; Craven ve ark., 2015).

Dorothea E. Orem’e göre sağlık, “insanların fiziksel, akli ve sosyal sağlıklarını içeren bütünlük ve sağlamlılık durumu” olarak ifade edilir (Craven ve ark., 2015).

Joyce Travelbee sağlığı, subjektif ve objektif sağlık boyutlarıyla ele almıştır. Subjektif sağlık durumu, bireyin kendi sağlığını nasıl algıladığıdır. Objektif sağlık ise, “fizik, muayene, laboratuvar testleri, rehberlik uzmanı veya psikolojik danışman tarafından değerlendirme ile ölçülmüş görülebilir bir hastalık, yetersizlik ya da bir bozukluğun yokluğu” biçiminde tanımlanır (Velioğlu, 2012a).

Dunn ise tam sağlık ve iyilik hali arasında bir farklılık olduğunu iddia etmiştir. Ona göre, tam sağlık hali bireyin çevresine uyumunun pasif bir durumudur. İyilik hali ise, bireyin potansiyelini tam olarak kullanmasına yönelik dinamik bir gelişimi gösterir. Dunn’un açık-kapalı kavramı ile ilgili iyilik hali, kişinin doğası ve onun çevresi değiştikçe sürekli değişen durumunu ifade etmektedir (Dunn, 1959; Velioğlu, 2012a).

Bununla birlikte sağlık üç boyutta ele alınır. Sigara içme, kötü diyet, alkol kullanma ve madde bağımlılığı gibi sağlığa zarar veren, tedavi ve rehabilitasyonu gerekli kılan *negatif sağlık durumunu*; herhangi bir hastalık durumunun olmadığı dengeli *nötral sağlık durumunu*; yaşam kalitesi ve sağlığı geliştiren, iyilik düzeyinin artırılması ile ilişkili olan *pozitif sağlık durumunu* ifade etmektedir (Ay, 2012a).

Sağlık subjektif ve objektif boyutları da kapsamaktadır. *Subjektif sağlık*, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden kendisini algılama halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir. *Objektif sağlık ise*, fizik muayene ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmaması durumudur. Bu durumda, bir kişiye sağlıklı diyebilmek için hem bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması gerekir (Ay, 2012a; Kaplan, 2015).

Hastalık Kavramı

Hastalık, canlılarda normal biyopsikososyal yapıyı, işlevi, dengeyi değiştiren ve çeşitli bulgularla ortaya çıkan organizmanın fizyolojik fonksiyonlarını yerine getirememesi durumudur (Ay, 2012a; Velioğlu, 2012a). Hasta olma ise önceki hali ile karşılaştırıldığında bireyin fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal, gelişimsel ve spiritüel fonksiyonlarında bozukluğun yaşanmasıdır. Bu doğrultuda hastalık ve hasta olma birbirinden farklı kavramlardır (Mete, 2016).

Hasta olma literatürde genel olarak akut ve kronik hastalığa sahip olma şeklinde sınıflandırılmaktadır. Akut hastalık birçok fonksiyonu etkileyebilen ve kısa zamanda ortaya çıkan ciddi bir durumdur. Kronik hastalık ise genellikle altı aydan daha uzun süreli olan ve kişinin birçok fonksiyonunu etkileyebilen bir durumdur (Mete, 2016).

Claude Bernard, hastalığı hem iç ortamdaki dengenin, hem de iç ortam ve dış ortam arasındaki ilişkilerin bozulmasından kaynaklandığını belirtmiştir. Ayrıca hastalığı, uyum mekanizmalarıyla bozulan bu dengenin düzeltilmesi çabası olarak açıklamıştır. Cannon'a göre hastalık ise "homeostatik dengenin bozulması" halidir (Ay, 2012a).

Bireylerin sağlık ve hastalık davranışları iç ve dış değişkenlerinden etkilenebilir. Bu iç değişkenler, hastalığın yapısı ve bireyin semptomları nasıl algıladığıdır. Dış değişkenler ise bireyin sosyal grubu, hastalık semptomları, ekonomik değişkenleri, kültürel birikimi ve sosyal destek sistemleri gibi özellikleridir (Ay, 2012a).

Hastalık, yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgu olup sağlık gibi farklı boyutlarda ele alınmakta ve iki farklı anlam içermektedir. Bunlar:

1. *Medikal (Tıbbi) açıdan hastalık*; belirli işaret ve semptomlarla kendisini gösteren patolojik bir anormalliğe işaret eder. Nesnel bir durumun ifadesi olup, doktorun hastayı muayene etmesi ve tıbbi literatüre göre kişinin subjektif yakınmalarını bir hastalık tanısına bağlaması anlamına gelmektedir (Tekin, 2007; Önder, 2014).

2. *Toplumsal-kültürel içerikli bir kavram olarak hastalık*; sağlıksızlığın ya da patolojik durumun sonuçlarının birey tarafından algılanması ve bireyin ağrı, acı vb. hisleri duymasını ifade eder. Subjektif olarak algılanan hastalık organik bozukluğun neden olduğu sonuçları değişik derecelerde etkiler ve bu sonuçlardan etkilenir. Bu etkileme ve etkilenmenin değerlendirilmesi, hasta bireyin sosyo-ekonomik, sosyo-kültürel ve psikolojik durumuna göre farklılıklar gösterir (Tekin, 2007; Önder, 2014). Çok boyutlu bir kavram olan hastalık yalnızca yaşam süresini değil, aynı zamanda yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkileyerek, bireyin; çevre ile uyum ve ilişkisini, üretkenliğini, verimliliğini ve iç dengesini bozan bir süreçtir (Ay, 2012a; Kaplan, 2015).

2.2.3. Çevre-Toplum Kavramı

Biyopsiko-sosyo-kültürel bir varlık olan insan, biyolojik, fiziksel ve sosyal çevre ile etkileşimde bulunarak varlığını sürdürür. İnsanın dışındaki her şey çevreyi oluşturur (Ay, 2012a; Velioğlu, 2012a; Karaca ve Özkan, 2014; Kaplan, 2015). Çevre, “organizmanın ilişkide bulunduğu alan” olarak tanımlanmıştır. Çevre insanın duyu organları ve sinir sistemi ile algıladığı, sürekli, karşılıklı ve kendiliğinden olan dinamik bir ortam olarak tanımlanır (Velioğlu, 2012a).

Martha E. Rogers çevreyi; “İnsanı değiştiren durum ve enerji, dışarıda olan belirli insan alanının tamamını kapsar.” şeklinde açıklarken, Betty Neuman ise, “insanları her an çevreleyen iç ve dış etkiler” olarak tanımlamıştır (Craven ve ark., 2015).

İnsanın içinde bulunduğu çevre; biyolojik, fiziksel, sosyal ve kültürel çevre olmak üzere dört alanda incelenmektedir.

Biyolojik Çevre

Evrenin biyolojik ve fizik öğretilerinden kurulu, en geniş tanımıyla insanın dış doğa ortamı içinde evrendeki konumu biyolojik çevreyi içerir. Biyolojik çevre beden içi ve beden dışı olarak ikiye ayrılabilir. *Beden içi biyolojik çevre*; yaş, cins, ırk, kalıtım, zeka ve motivasyon gibi bireysel özellikleri, fizyolojik süreçleri, bedensel büyüme ve gelişmeyi, beden onarım mekanizmalarını, alışkanlıkları, psişik yapı ve davranışları kapsar. *Beden dışı biyolojik çevre*; güneş, ısı, su, karbondioksit, oksijen ve organik yapılar gibi cansız maddeleri; suda yaşayan mikroskobik plantolardan ağaçlara kadar uzanan tüm bitkileri; inek ve koyun gibi ot yiyen otçullar, et yiyen bazı hayvanlar ve et-obur insanlardan oluşan tüketicileri; bakteri, mantar ve böcek gibi küçük organizmalardan oluşan ayrıştırıcıları kapsar (Velioğlu, 2012a).

Fiziksel Çevre

Yapay çevre olarak adlandırılan fiziksel çevrede insan sağlığına zararlı etkileri olan öğeler yer almaktadır. Bu öğeler; insan metabolizma ve kullanım artıkları, hava ve su kirliliği, gürültü, ışık, pislikler ve çöpler ile doğayı bozan, yeşil çevreyi daraltan sıkıştırılmış yapıların olduğu ortamlardır (Velioğlu, 2012a; Kaplan, 2015).

Sosyal Çevre

Bireylerin karşılıklı olarak birbiri ile etkileşim halinde olduğu çevredir (Ay, 2012a). Kişinin algılaması, tepkisi ve sağlık uygulaması sosyal çevreden etkilenir. Sosyal sistem; belli bir duruma uygun davranış biçimlerini belirleyen normlar, sınırlar, pozisyonlardır. Sosyal çevre belli bir durum için bireyden beklenen davranış ve tutumu belirleyen roller arasındaki ilişkinin bir sonucu olarak gelişir. Aile, bireyin içinde yaşadığı ilk sosyal çevresidir. Bu nedenle bireyin davranışı, tepkisi ve algılaması ilk olarak aile içinde gelişir. Büyüme ve gelişme süreci ile birlikte birey içinde yaşadığı sosyal çevrenin etkilerini de yansıtmaya başlar (Kaplan, 2015).

Kültürel Çevre

Kültür, nesiller boyu oluşan sembollerin toplum tarafından paylaşılıp aktarıldığı bir öğrenmedir. Bu öğrenme sosyal çevrede gerçekleşmekle birlikte dil, din, aile yapısı, gelenek ve görenekler, alışkanlıklar, sağlık ve hastalık ile ilgili uygulamalar kültürel çevreyi oluşturur (Ay, 2012a). Bu kültürel değişkenler toplumdan topluma değişiklik gösterebilmekle birlikte nesilden nesile iletilir (Velioğlu, 2012a). Bu nedenle bireyin sağlığı, algılayışı, tepkileri ve uygulamaları kültürün etkisi altındadır (Ay, 2012a).

2.2.4. Hemşirelik Kavramı

Hemşirelik kavramı, hemşirelik örgütleri ve hemşire liderler tarafından oldukça geniş, kapsamlı ve farklı biçimlerde tanımlanmıştır (Çalışkan, 2013; Öztunç, 2016).

Virginia Henderson'a göre; "Hemşirelik, bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşma sürecindeki dinamik güçtür." (Ay, 2012a).

Florence Nightingale ise hemşireliği, "bireyleri en iyi koşullara getirmeyi amaçlayan, özellikle hastayı iyileştirmek için yardım edici çevre sağlayan tedavi edici olmayan bir süreç" olarak tanımlamıştır. Nightingale hemşirelik eylemlerinin odak noktasını sıcak bir ortam, temiz bir hava, ışık, temizlik, çabukluk, diyetin uygun seçimi ve beslenmenin sağlanması olarak bildirmiştir. Ayrıca Nightingale'e göre hemşirelik örgütlü, bilimsel ve formal bir eğitim gerektirmektedir. Bununla birlikte Nightingale

hemşireliği sağlık ve hastalık hemşireliği olmak üzere iki şekilde açıklamıştır (Velioglu, 2012b).

Hildegard E. Peplau'a göre hemşirelik, "anlamlı, tedavi edici kişilerarası bir süreç" olarak açıklanır. Peplau'a göre hemşirelik, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan birey ile özel yardım gereksinimini olan bireye yanıt vermek üzere eğitilmiş hemşire arasındaki insan ilişkisidir (Ay, 2012b).

Lydia E. Hall'ın hemşirelik kuramında ise bakım, öz ve tedaviden oluşan birbiri ile ilişkili üç temel halka vardır. Bakım, öz ve tedavi hemşireliğin ayrı bir görünümüdür. Ayrıca Hall, bakım ve tedavi kısmında hemşirenin rolünün fazla olduğunu belirtmiştir (Ay, 2012b; Velioglu, 2012b).

Sister Calliste Roy'un tanımına göre; "Hemşirelik, bireyin sağlık durumunu olumlu şekilde etkileyen süreçleri devamlı gözleyen gelişmiş bir bilgi sistemidir." Uygulamalı bir sağlık disiplini olan hemşirelik, kişilerin sağlık durumlarını olumlu yönde etkilemek için kişilere gerekli olan temel hizmetleri sağlamak amacı ile bilimsel bilginin bütünlük içinde kullanılmasıdır (Ay, 2012b).

Ida Jean Orlando'ya göre; "Hemşirelik, kişinin farkında olduğu ancak karşılayamadığı ihtiyaçlarının karşılanması için onun gereksindiği yardımı sağlamaktır." Orlando'nun teorisine göre ihtiyaçlar zaman ve yere göre değişiklik gösterdiğinden dinamik bir süreci oluşturur (Ay, 2012b).

Martha E. Rogers'ın tanımında ise "Hemşirelik, bilim ve sanattan oluşan öğrenilmiş bir meslektir. Hemşireliğin profesyonel uygulaması yaratıcı, imgeseldir ve insanlara hizmet için vardır." (Ay, 2012b; Craven ve ark., 2015; Öztunç, 2016).

Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) hemşireliği, "bireyin, ailenin, toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubu" olarak tanımlamıştır (Ay, 2012a).

Türk Hemşirelik Derneği (THD) Eğitim Komisyonu ise hemşireliği; "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini" olarak açıklamıştır (Ay, 2012a; Öztunç, 2016).

Amerikan Hemşireler Birliği (ANA)'ne göre; “Hemşirelik, yardım sunan bir meslek olup bu hizmetleriyle insanların sağlık ve esenliğine katkıda bulunur. Hemşireliğin hizmet alan bireyler için yaşamsal bir önemi vardır. Hemşirelik hizmetleri hastanın kendisi, ailesi ve toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanmayan hizmetlerdir.” (Ay, 2012a; Öztunç, 2016).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) hemşireyi; “İleri derece kompleks, karmaşık ve sorumluluk yüklü fonksiyonları üstlenebilmek için gerekli olan belirli eğitime ve öğrenime sahip kişi” olarak tanımlamaktadır (Ay, 2012a).

Avrupa Konseyi-Strasbourg Toplantısında ise; “Hemşirelik, bireylere, ailelere, gruplara yaşadıkları ve çalıştıkları ortamın çetin koşulları içerisinde, ruhsal ve sosyal potansiyellerini değerlendirmeleri konusunda yardımcı olmaktadır.” şeklinde tanımlanmıştır (Ay, 2012a).

2.3. Hemşirelik Felsefesi

Hemşireliği diğer disiplinlerden ayırarak kendine özgü bir disiplin olmasını sağlayan üç temel etken vardır. Bunlar; hemşireliğin kavramsal bir çatıya sahip olması, bilgi gelişimine olanak sağlayan kabul edilebilir metodolojik yaklaşımlarının bulunması ve tanımlanabilir bir felsefi düşüncesinin olmasıdır (Karagözoğlu, 2005; Cinper, 2011).

Felsefe; varlık ve düşünmeyi oluşturan ilkeler, gerçeklik ve nedenselliğin araştırılması ile belirli bir konuda yoğun ve sistematik düşünmeye dayanan bir bilgi türüdür (Şendir, 2016). Hemşirelik felsefesi ise; hemşireliğin temeline uygun bakım verme, iyileştirme, destekleme ve rehabilite etme ile birlikte hemşirelik davranış ve girişimlerini yönlendiren değer, amaç ve karardan oluşan soyut yapıdır (Özkan, 2014). Hemşirelik felsefesi, insan, sağlık/hastalık, çevre-toplum ve hemşirelik gibi temel kavramlar ile hemşirelik değerleri hakkındaki inançların ifadesidir (Şendir, 2016).

Bevis hemşirelik tarihi gelişim sürecinde, mesleğin gelişmesini şekillendiren ve günümüz hemşireliğinde de etkisini devam ettiren dört felsefi dönemi tanımlamıştır. Bu felsefi dönemler; “İdealizm (Asetisizm)”, “Romantizm”, “Pragmatizm” ve “Hümanistik Varoluşçuluk” olarak adlandırılmıştır (Özkan, 2014; Şendir, 2016).

İdealizm (Asetisizm): Hizmeti ön plana almayı, kendini yok saymayı ve çıkar gözetmeksizin başkalarının iyiliği için özveride bulunmayı ilke olarak benimseyen, tek yönlü alturizmi vurgular (Özkan, 2014). Hristiyanlıkla başlayan idealist felsefe yapısı;

hemşirelerden, toplum ve sağlık bakım hizmeti için hayır işleri yapmasını beklemiştir (Şendir, 2016).

Romantizm: Mesleki profesyonellik yerine sürekli kılık kıyafet ve görünüşe odaklanır. İdeal ve etkili görünümü vurgular. Romantizm maddeci realizme karşı gelir. Romantizmde, kilisenin katı idealist düşüncesine tepki olarak insanın duygu ve düşünceleri ön plandadır. Romantizm, 20. Yüzyılın ortalarına kadar hemşirelik eğitimini büyük ölçüde etkileyerek hemşirelerde üniforma tutkusunu başlatmıştır. Hemşireler, bu dönemde ciddi görünüşlü ve sade dini elbiseler yerine ayrıntılı üniformalar ve süslü kepler kullanmıştır (Özkan, 2014; Şendir, 2016).

Pragmatizm: Sebep-sonuç ilişkilerini değerlendiren, gerçeklik ilkelerine dayalı uygulamaların olduğu, değerlerin ve gerçeklerin eşit olarak ele alındığı bir dönemdir. Bu dönemde savaş zamanı yaşanan kayıplar hemşire gereksinimini ortaya çıkarmış ve hastalık, rahatsızlık ve tanı üzerine odaklanılmıştır. Birey ve ailesinin, gereksinimleri ve bütünlüğü göz ardı edilmiştir (Özkan, 2014; Şendir, 2016).

Hümanistik Varoluşçuluk: Hümanizm, “insan varlığına ilginin ağırlıklı olduğu bir düşünce şekli”; varoluşçuluk ise “gerçekliğin insanın aklında var olduğunu kabul eden modern bir görüştür” (Şendir, 2016). Hümanistik Varoluşçuluk; tekliği, her birey için kendine özgü olmayı ve holizmi vurgulayan çağdaş hemşirelik yaklaşımının önemli bir düşünce yapısını oluşturmaktadır (Erdemir, 1998; Özkan, 2014).

Hümanistik felsefede hemşirelik aktivitelerinin odağı, hasta kişi ve hastalık yerine, sağlıklı bireydir. Bu felsefe sağlığı korumaya yönelir ve bireyi her şeyin merkezine koyan bir anlayışı öngörür. Hümanistik hemşirelik bakımında, bütüncül yaklaşım doğrultusunda bireyin tüm boyutları, gereksinimleri, ailesi ve çevresi ele alınarak insana ve bütünlüğüne dönüş gerçekleşir. Bu felsefi kavram hemşirelik mesleği için yeni bir dönem başlatmıştır (Şendir, 2016).

Hemşireler felsefe sayesinde; evreni, dünyayı, milletini, kendini, hizmet verdiği sağlıklı/hasta birey ile hemşirelik mesleğini tanımlamayı ve anlamayı öğrenir. Felsefe sadece hemşireliği irdelemek ve sorgulamakla kalmaz. Aynı zamanda hemşirelik mesleğini anlamlandırmaya yardımcı olacak kuramlar geliştirmemize olanak sağlar. Ayrıca hemşirelikte profesyonel olmanın ön koşulu ise felsefe ve bilimi anlayıp mesleğe ve uygulamalara yansıtmaktır (Kahraman, 2008).

2.4. Hemşirelik ve Bakım

Hemşirelik ve bakım, birbiriyle yakın ilişkili olan iki kavramdır. Leininger (1984), “Bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır.” ifadesiyle bu iki kavramın bütünü birer parçaları olduğunu belirtmiştir (Özkan ve ark., 2014). Hemşire, her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen gereksinimler doğrultusunda hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir (Hemşirelik Kanunu, 2007). Ayrıca hemşirelik mesleğinde “bakım verme” en önemli, en öncelikli, vazgeçilmez bir misyon olup sağlık bakım sisteminin son derece önemli bir yapı taşı oluşturmaktadır (Atalay, 2011; Kol, 2011; Özkan ve ark., 2014).

2.4.1. Bakım Kavramı

“Bakım” sözcüğü çok uzun bir geçmişe sahip olmakla birlikte çok yönlü kullanılabilen geniş ve zengin bir kavramdır. Bakım kavramını tek bir tanımla açıklamak yeterli olmamakla beraber bakım kavramının farklı meslek grupları için farklı tanımları bulunmaktadır (Atalay, 2011; Kıvanç, 2016). TDK sözlüğüne göre bakım, “bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2017).

Bakım, hemşirelik mesleğinin çatısını oluşturan, karşılıklı ilişki ve güvene dayanan, ahlaki boyutu olan bir kavramdır (Dinç, 2010; Altıok ve ark., 2011). Bakım, hemşirelik uygulamalarının, sağlık yasalarının ve etik kodlar gibi bazı temel mesleki konu alanlarının odak noktasında yer alır (Altıok ve ark., 2011; Kıvanç, 2016). Hemşirelik sözlüğüne göre bakım, eylem olarak kullanıldığında; korumak, yardım etmek, sevgi beslemek, düşünmek, özen göstermek ve empati duymak anlamına gelmekte ve bu anlamların hepsi bakım kavramını ifade etmektedir (Kıvanç, 2016). Hemşirelik bakım olgusuna temellenmesine karşın bakım kavramı, hemşirelik literatüründe henüz tam anlamıyla açıklanamamıştır (Dinç, 2010; Altıok ve ark., 2011). Florence Nightingale’den günümüze kadar olan dönemde hemşireler, bakım uygulamasını felsefi ve ahlaki açıdan değerlendirmişler ve bu doğrultuda bazı kavram ve kuramlar geliştirmişlerdir (Kıvanç, 2016).

Madeleine M. Leininger’in kuramında bakım zor bir kavram olup hemşirelik bilgi ve girişimlerdeki en temel yapıdır. Leininger bakımı, bireyin kötü yaşam tarzından kurtulmasına ve sağlığına tekrardan ulaşmasına yardım eden en güçlü etken olarak

açıklamıştır (Ay, 2012b; Özkan ve ark., 2014). Bakım, hemşirelik ve transkültürel hemşirelik eylemlerinin merkezi olup iyileşmenin temelini oluşturmaktadır. Leininger bakım kavramı çerçevesinde; sağlık bakım uygulamaları, değişen sağlık örüntüleri, sağlık sistemleri ile sağlığı geliştirme ve sürdürme üzerine odaklanır. Leininger'e göre bakım, bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için temel bir insan gereksinimi olup bireye yardım etmedir. Bakım gelişme, iyileştirme ve hayatta kalma desteği sağlar (Kıvanç, 2016).

Patrica Benner ve Wrubel'e göre bakım, hemşireliğin temelini oluşturan sağlık, hastalık ve rahatsızlık arasında etkileşimli bir süreçtir (Özkan ve ark., 2014; Kıvanç, 2016).

Lydia E. Hall'in kuramında ise bakım kavramı, hemşireliği besleyen iç içe geçmiş üç halkadan biridir. Hall'e göre bakım, bireyin rahatının sağlanması, eğitim ve öğrenme ihtiyaçlarının giderilmesi olarak tanımlanır. Hall'e göre hastaların bakım ve eğitimi, profesyonel hemşireler tarafından karşılanır. Hall bireye bakım verme ve bakımını kontrol altına almanın profesyonel hemşirenin temel sorumluluğu olduğunu ifade eder (Ay, 2012b).

Dorothea E. Orem kuramında bakımı, "insanın temel istek ve gereksinimlerine dayalı öz bakım" kavramı ile açıklar (Velioğlu, 2012b; Özkan ve ark., 2014). Orem'e göre, birey öz bakım gereksinimlerini karşılayamadığı zaman hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar. Hastanın bakım ihtiyacı, öz bakım eksikliğinden doğar. Hemşirelik bakımı ile bireyin bu gereksinimleri karşılanır. Öz Bakım Kuramının odağında, hastanın gereksinimleri ve bu ihtiyaçları karşılamak için hemşirenin yaptığı uygulamalar yer alır (Ay, 2012b).

Jean Watson bakım teorisinde, bilinçli bir yaklaşımı öne sürerek hastada iyileşme ve bütünlüğü sağladığını ifade eder. Bakım, hemşirelerin bireye sunması gereken öncelikli ve en değerli özellik olup tedaviden önce gelen bir kavramdır. Watson'un kuramı hümanizm üzerinde temellenerek bakımda hasta-hemşire ilişkisini vurgular (Kıvanç, 2016). Watson'a göre bakım; bedensel, akılsal, ruhsal, sosyal ve kültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleşmiş kişilerarası bir süreçtir (Aydın, 2014; Kıvanç, 2016). Watson'un bakım modeli uygulaması, hemşirelik bakım ve uygulamalarının kalitesini artırır (Kıvanç, 2016).

Faye Gleen Abdellah ise kuramında, “hasta ve ailesinin fiziksel, emosyonel, entelektüel, sosyal ve spirütüel ihtiyaçlarını karşılamak için tüm insanlara sunulan hemşirelik bakımının önemini vurgular” (Özkan ve ark., 2014).

Kriesten Swanson bakımı, “sorumluluk hissedenden bir bireyin, değer verdiği diğer bireylerle ilgilenmesi” olarak tanımlamıştır. Swanson bakımının beş kategoriden oluştuğunu belirtmiştir. Bunlar; bireyi tanıma/bilme, bireyle birlikte bir şey yapma, birey için bir şey yapma, bireye imkan verme ve inancını sürdürmedir (Kıvanç, 2016).

Morse ve arkadaşlarına göre bakım ise; bireyin özelliğini, ahlaki bir ideali, kişiler arası ilişkiyi ve terapötik girişimleri kapsamaktadır. Halldorsdottir ise bakım kavramını, insan ilişkileri üzerine temellendirmiş, öfkeye neden olan ve iyilik halini azaltan insan ilişkilerinin yapısını incelemiştir (Kıvanç, 2016).

Logsturp’da bakım kavramını, bireyler arasında bakıma dayalı ilişki olarak açıklamıştır. Bireylerarası bakımda hemşire, hastalık yerine iyileştirmeye ve bütünlüğe odaklanmalıdır. Bakımı uygulayan hemşire, hastanın yaşamına dokunur. Bakım, bireye iyileşme imkanı tanıyan eşsiz bir andır. Bakım anında hemşire, bireye bir bütün olduğunu ve iyileşebileceğini hissettirmelidir. Bunun yanı sıra hemşire, hastanın sorunlarını algılayabilmeli ve davranışları, duyguları, beden dili ve enerjisi ile bu sorunların üstesinden gelebilmelidir (Kıvanç, 2016).

Bakım çok boyutlu bir kavram olup insan varlığının vazgeçilmez bir uğraşı ve yaşam boyu süren temel bir gereksinimdir (Atalay, 2011; Aydın, 2014). İnsan yaşam sürecinin herhangi bir aşamasında bakıma ihtiyaç duyabilir. Profesyonel anlamda hemşireliğin görev ve amacı, kişinin ihtiyaç duyduğu bakım ve yardımı en üst düzeyde sağlamaktır (Özkan ve ark., 2014). Sağlığın önemli bir yapı taşı olan bakım, hemşirelik mesleğinin temeli ve başlıca unsuru olarak görülmektedir (Atalay, 2011; Aydın, 2014).

2.4.2. Bireyselleştirilmiş Hasta Bakımı

Hemşireliğin temel sorumluluğu sağlıklı/hasta bireye ihtiyaç duydukları bakımı sunmaktır (Aydın, 2014). Watson (2010)’a göre bakım, hemşireliğin beşinci temel kavramını oluşturmakla birlikte iki kişinin karşılıklı etkileşimiyle bilimsel, etik, estetik ve profesyonel olarak bireyselleştirilmiş kişilerarası bir süreçtir (Koç, 2004; Atar ve Aştı, 2012; Aydın, 2013; Aydın, 2014; Can ve Acaroğlu, 2015). Benzersiz her bireyin bakım ve tedavisi hemşirelik bakımında el üstünde tutulan bir değerdir (Suhonen ve ark., 2002).

Bakım her insanın bireysel gereksinim, deneyim, tutum ve algılarına göre belirlenmektedir (Güneş ve Çoban, 2017). Hemşire ve hastalar tarafından önemi kabul edilen bireysellik ve bireyselleştirilmiş bakım kavramları, yaşam kalitesinin önemli bileşenlerinden biridir (Suhonen ve ark., 2007b; Suhonen ve ark., 2010b; Ceylan, 2014).

Sağlık bakım sisteminin tüm alanlarında hasta merkezli bakıma olan ilgi giderek artmakta ve bu doğrultuda günümüzde uluslararası sağlık ve hasta örgütleri, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının önemini vurgulamaktadır (IAPO, 2007; WHO, 2013). Bireyselleştirilmiş bakım, sağlık bakım literatüründe “uyarlanmış”, “müşteri merkezli”, “kişisel” ve “kişi merkezli” bakım kavramları ile eş anlamlı olarak kullanılmaktadır (Lauver ve ark., 2002; O’Rourke ve ark., 2009). Tüm bu kavramlar, bireye bakım sunulurken bireylerin ihtiyaçları, istekleri, deneyimleri, tercihleri, davranışları, duyguları, algıları ve anlayışlarının göz önünde bulundurulmasını ifade etmektedir (Suhonen ve ark., 2000; Radwin ve Alster, 2002; Hagsten ve ark., 2004).

Bireysellik “Bir kişiyi benzerlerinden ayıran özelliklerin bütünüdür”. Bireyselleştirmek ise “bir şeyi ayrı olarak, bireysel olarak göz önüne almak” anlamına gelmektedir (TDK, 2017). “Bireysellik” ve “bireyselleştirmek” hemşirelik bakımının önemli öğeleri olmakla beraber “bireyselleştirilmiş bakım” sağlık bakımı için kritik öneme sahip bir kavramdır (Suhonen ve ark., 2002).

Bireyselleştirmek ve uyarlamak terimleri arasında fark olmasına karşın, hemşirelik literatüründe bu iki kavram yıllarca eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Literatürde bu terimler kullanırken, özel bir bilgi şeklini elde etme ve kullanmanın, bireysel farklılıkları hesaba katan değişkenler hakkında bilgi sahibi olmanın önemi vurgulanmak istenmiştir (Suhonen ve ark., 2002). Bazı çalışmalarda “uyarlama” kelimesi, bireyselleştirilmiş bakımın bir alt kavramı olarak da kullanılmıştır (Suhonen ve ark., 2008b).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, hasta merkezli bakımın uygulanmasında önemli rol oynar. Hasta merkezli bakım; bütüncül, bireyselleştirilmiş, saygılı ve güçlendirici bakım sürecini merkeze alan, bütüncül bakım sunumu yaklaşımı olarak tanımlanabilir (Lauver ve ark., 2002; Morgan ve Yoder, 2012). Hasta merkezli hemşirelik bakımı, hastaların öz bakım yeteneğini, bakıma ilişkin memnuniyetini ve özerkliğini, aynı zamanda yaşam kalitesini yükseltir (Suhonen ve ark., 2007a; Wolf ve ark., 2008; Poochikian-Sarkissian ve ark., 2010; Suhonen ve ark., 2012b).

Bireyselleştirilmiş bakım ile eşanlamlı olarak kullanılan diğer bir terim de kişiye özel bakımdır. Kişiye özel bakımda bireye sunulan bakım, her bir bireyin ihtiyaç, davranış, deneyim, algılama ve duygularına göre belirlenir (Radwin ve Alster, 2002; Radwin ve ark., 2003). Lauver ve arkadaşları (2002), bireyselleştirilmiş bakımın, kişilerarası yaklaşımlar ile hemşirelik girişimlerini belirlemeyi ve hastanın bireyselliğini göz önünde bulundurmaya sağladığını bildirmişlerdir. Bu yaklaşım doğrultusunda bakım planlarının, hemşirelik girişimlerinden önce hasta ile birlikte geliştirilmesi son derece önemlidir (Berg ve ark., 2007).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı hastanın ihtiyaçları, değerleri ve bireyselliğine saygı duyar. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, hemşirelikte ve tıbbi ortamlarda daha iyi hasta bakım sonuçlarıyla yakından ilişkilidir (Guruge ve Sidani, 2002; Radwin ve Alster, 2002; Köberich ve ark., 2015). Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, hemşirelikte temel bir değer olarak kabul edilir. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, politikaların belirlenmesinde ve kalite standartlarının geliştirilmesinde el üstünde tutulur. Bireyselleştirilmiş bakım, hastalar için daha uygun tedavilere ve bakım sonuçlarına neden olur (Hagsten ve ark., 2004; Suhonen ve ark., 2008a; Suhonen ve ark., 2008b).

Bireyselleştirilmiş bakım, hemşireliğin temel bileşeni olmakla birlikte klinik uygulamalarda merkezi bir ilkelere bütünü olarak tanımlanır (Suhonen ve ark., 2002). Bireyselleştirilmiş bakım, tüm hastaların farklı olduğunu kabul eder. Bireyselleştirilmiş bakım, bireyin bakım ihtiyaçlarını karşılamak için potansiyel olarak farklı uygulamalar gerektiğini göz önünde bulundurur (Suhonen ve ark., 2008b; Suhonen ve ark., 2011; Suhonen ve ark., 2012a; Güneş ve Çoban, 2017). Farklı kültürler için farklı anlamlar çağrıştıran bireyselleştirilmiş bakım, olumlu hasta sonuçlarına ulaşabilmek için kişisel olarak planlanmış, sağlığı geliştirici davranışları teşvik eden bir süreçtir (Suhonen ve ark., 2012a; Güneş ve Çoban, 2017). Bireyselleştirilmiş bakımın birçok avantajı bulunmakla birlikte, bireye ve onun spesifik sağlık problemine odaklanır. Bu nedenle bireyselleştirilmiş bakım hasta merkezlidir (Suhonen ve ark., 2002; Suhonen ve ark., 2007a; Suhonen ve ark., 2008a; Suhonen ve ark., 2008b; Suhonen ve ark., 2014).

Kişiye özgü bireyselleştirilmiş girişimlerin uygulanabilmesi için, birey için hastalığın nedeni, yaşam aktivitelerine etkisi ve nasıl hissettiğinin hemşireler tarafından algılanması son derece önemlidir. Hastanın bireysel gereksinimlerine uygun sağlık

bakımı aldığında daha iyi sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle bireyin yaşamı ve hastalığını anlamaması bakım kavramının etkili bir şekilde verilemediğinin bir göstergesi olabilir (Suhonen ve ark., 2007a; Suhonen ve ark., 2008a; Altıok ve ark., 2011; Amaral ve ark., 2014).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, farklı hastalarda benzer durumlarda farklı birçok tepkinin görülmesine neden olabilir (Suhonen ve ark., 2002). Bireyselleştirilmiş bakım, hasta-hemşire etkileşimi sırasında gelişen faaliyetleri kapsar. İlk olarak, hemşireler hastanın tercih, ihtiyaç ve algıları hakkında mümkün olduğunca çok bilgi toplamalı ve bu bilgileri değerlendirmelidir. İkincisi gerekli faaliyet ve girişimleri organize edebilmek amacıyla hastanın özelliklerini, durumu ile ilgili bilgilerini, sağlık endişelerini ve bu duruma verdikleri tepki ve yanıtları kullanmalıdır. Son olarak hemşireler hastaları, hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesi ve uygulanmasına katılmaları konusunda teşvik etmelidir (Suhonen ve ark., 2010b).

Bireyselleştirilmiş bakım ile her bir bireyin kendi çevresi içerisinde dinamik bir etkileşime sahip olduğu düşünülür. Bireyselleştirilmiş bakımda tedavi ve müdahalelerin, o kişiye özgü birden fazla boyutta yapılması hedeflenir. Bu yaklaşım, hastanın ihtiyaç ve tercihlerine esnek yanıt verilmesini sağlar. Ayrıca bireyin değer ve inançlarına saygı gösterilmesine imkan verir. Bu doğrultuda bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarında herhangi bir girişim planlanırken ve uygulanırken, her insanın gerçek veya potansiyel sağlık ve hastalık durumlarına yanıt süreçlerini etkileyen değer ve inançları göz önünde bulundurulmalıdır (Amaral ve ark., 2014).

Bireyin bakımını bireyselleştirmek için yapılması gerekenler şunlardır:

- Hastayla, hastalığıyla ilgili duyguları hakkında konuşmak.
- Hastayla, bakım ve dikkat gerektiren ihtiyaçları hakkında konuşmak.
- Hastaya, bakım sorumluluğunu üstlenmesi için şans vermek.
- Hastanın nasıl hissettiğiyle ilgili değişimleri tanımlamak.
- Hastayla, korkuları ve tedirginlikleri hakkında konuşmak.
- Hastalığın hastayı nasıl etkilediğini ortaya çıkarmaya çalışmak.
- Hastayla, hastalığının onun için ne anlam ifade ettiği hakkında konuşmak.
- Hastaya, yaşam alışkanlıklarını, günlük alışkanlıklarını (iş, boş zaman aktiviteleri) ve hastane dışındaki günlük yaşantısında neler yaptığını sormak.
- Hastaya ailesinin bakıma katılmasını isteyip istemediğini sormak.

- Hastanın, hastanede verilen talimatları doğru şekilde anladığından emin olmak.
- Hastaya, sağlık durumu veya hastalığı hakkında neler bilmek istediğini sormak.
- Hastanın bakımıyla ilgili kişisel isteklerini dinlemek.
- Hastaya, kendi bakımıyla ilgili kararlarda yer alması için yardım etmek.
- Hastaya, bakımıyla ilgili görüşlerini ifade etmesinde yardımcı olmak.
- Bakım için seçenekler sunmak ve hastanın seçmesine izin vermek.
- Hastayı, bakımı hakkında istediği her şeyi sorma konusunda cesaretlendirmektir (Suhonen ve ark., 2007a).

Bireyselleştirilmiş bakım, bakımın kalitesine odaklanır. Bireyselleştirilmiş bakım, bakımın nasıl organize edildiği sorusunu ele alır (Henderson, 1978; Suhonen ve ark., 2008a). Henderson (1978) ve Servellen (1988) hastaların standart tedaviye verdikleri tepkiler ile bireylerin benzersizliklerinin korunması hususuna dikkati çekmişler ve bakımı bir birey olarak hastanın ihtiyaçlarına odaklandırmışlardır. 1970'li yıllarda da bireyselleştirilmiş bakım, primer hemşireliğe yerleştirilmiştir (Manthey, 1973).

Literatürde bireyselleştirilmiş bakımın, hemşirelik felsefesinde güçlü bir temele sahip olduğu aynı zamanda hemşirelik için son derece etkili ve maliyet-etkin bir araç olduğu bildirilmiştir (Suhonen ve ark., 2005). Benzer şekilde bireyselleştirilmiş bakımın, kişilerarası yaklaşımların ve hemşirelik girişimlerinin belirlenmesine olanak sağladığı ifade edilmiştir. Hastalar farklı özelliklere sahip olduğu için onlara uygulanacak hemşirelik girişimleri de farklılık gösterir. Bireyselleştirilmiş bir hemşirelik girişiminin içeriği hemşire-hasta etkileşiminden önce belirlenemez. Bireyselleştirilmiş bir girişim ancak bu etkileşimin bir sonucu olarak ortaya çıkar. Bu nedenle hemşirelerin protokoller yerine klinik rehberlere göre plan yapmaları, hemşirelik girişimlerini hastalarla gerçek zamanlı etkileşimlere göre belirlemeleri büyük önem arz etmektedir (Lauver ve ark., 2002; Lauver ve ark., 2004; Suhonen ve ark., 2008b).

Hemşirelik bakımının kalite ve etkililiğinde bireyselleştirilmiş bakım önemli bir rol oynar. Bireyselleştirilmiş bakım, bakım uygulamasına bağlılık, mobilitede gelişme, iyileşme, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğinde artış ve hasta memnuniyeti gibi uygun tedavi ve hasta sonuçları sağlar (Stewart ve ark., 2000; Ward

ve ark., 2000; Little ve ark., 2001; Ryan ve Lauver, 2002; Brug ve ark., 2003; Suhonen ve ark., 2007a).

Bireye bakım sunulurken onun bireyselliğini kabul etmenin önemi, kaliteli bakım sunumu sağlamak üzere planlanmış olan hemşirelik modellerinde de vurgulanmıştır (Servellen, 1988). Örneğin, Leininger'in kültür bakımı teorisine dayanan Sunrise Modeli, bir bireyin sağlık bakımı davranışının açıklanmasında kültürün anlam ve önemini vurgular. Bununla birlikte, bireyselleştirilmiş bakımın nasıl sunulması gerektiğine ilişkin olarak hemşirelikte teorik seviyede bir görüş birliği de mevcuttur. Suhonen ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada hem hasta hem de hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakımın önemli olduğu görüşünü paylaştıkları ortaya çıkarılmıştır (Dehn, 2007; Charalambous ve ark., 2012).

Uluslararası Hemşireler Konseyinin hemşirelik etik ilkelerine (2005) göre, hemşirelik bakımı alan tüm bireylerin bireyselliklerine ve benzersizliklerine saygı göstermek bir hemşirelik yükümlülüğüdür. Bu doğrultuda hastaların bakıma ilişkin algıları ile birlikte klinik rehber kullanımının kalite ve etkililiği artırmada oldukça yararlı olduğu tespit edilmiştir. Ancak bazen uygulamalar klinik rehberler ve standart protokoller doğrultusunda yönetildiğinde, bakımda bireyselleştirme ile ilgili sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu doğrultuda her hastaya bireyselleştirilmiş bakım sunumunda klinik rehberler ve standart protokollerin yeterli olmama riski bulunmaktadır (Woolf ve ark., 1999; Guruge ve Sidani, 2002; Berg ve ark., 2007). Standardize protokollerin hastaların farklı olduğu gerçeğini kabul etmemesi, pozitif hasta sonuçlarını arttırmada her zaman işe yaramaması, her hastaya bireyselleştirilmiş etkili bir bakım sunabilmek için klinik kılavuzlardan yararlanılması bu durumu etkileyebilmektedir. Bu nedenle hastaların kendi bakımları konusundaki algılarının belirlenmesi son derece önemlidir (Woolf ve ark., 1999; Guruge ve Sidani, 2002; Suhonen ve ark., 2005).

Bireyselleştirilmiş bakım birçok faktörden etkilenmekle birlikte, çalışanların tutumu, beceri zayıflığı veya beceri karmaşası, personel eksikliği, ekip üyeleri arasındaki iletişim yetersizliği ve disiplinler arası bir ekibin olmaması bireyselleştirilmiş bakımı olumsuz yönde etkileyen faktörlere örnek olarak verilebilir (Tonuma ve Winbolt, 2000; Suhonen ve ark., 2007c). Bununla birlikte bu konuda yapılan bir çalışmada toplam bakım saati arttıkça hasta memnuniyet ölçümlerinin de arttığı bildirilmiştir (Seago ve ark., 2006).

Literatürde hemşirelerin bireylere bakım sunarken hastanın bireyselliği hakkındaki bilgileri kullanmadığı ve bu durumun hastalarda endişeye yol açtığı bildirilmektedir (Ali ve ark., 1993; Karkkainen ve ark., 2005; Muntlin ve ark., 2006; Suhonen ve ark., 2008a). Hemşireler ilk olarak hastaların tercihleri, ihtiyaçları ve algıları hakkında bilgiler toplar ve bunları değerlendirir. Daha sonra bu bilgiyi hemşirelik bakımına, klinik uygulamalardaki rehabilitasyon faaliyetlerine, hastanın özelliklerine ve durumuna, hastanın bir sağlık kaygısı ile ilgili reaksiyonlarına, fiziksel ve sosyo-çevresel özelliklerine göre bireyselleştirir (Ward ve ark., 2000; Hagsten ve ark., 2004; Suhonen ve ark., 2008b).

Bireyselleştirilmiş bakım, hastanın bakış açısıyla iki farklı perspektiften değerlendirilebilir. Bunlardan ilki hastaların hemşirelik uygulamaları aracılığıyla bireyselliklerinin desteklenmesi hakkında ne hissettiklerinin belirlenmesi, ikincisi ise hastaların kendi bakımlarında bireyselliği nasıl algıladıklarının saptanmasıdır. Bireyselleştirilmiş bakım kavramının bu iki boyutu ile klinik durum, kişisel yaşam durumu ve bakımda karar verme kontrolü olmak üzere üç etki alanı vardır (Suhonen ve ark., 2005). Bireyselleştirilmiş bakım; hastanın bireysel klinik durumunun, kişisel yaşam durumunun ve bakım üzerinde karar vermeye yönelik kontrolünün kabul edilmesidir (Radwin ve Alster, 2002; Suhonen ve ark., 2004). Karar verme kontrolü, bireyin yeterli bilgiyi elde etme ve bakımıyla ilgili verilen kararlara katılma yetkisine sahip olma konusundaki beklentilerini ifade etmektedir (Berg ve ark., 2007).

Hemşireler için yalnızca bireysel hasta özelliklerini göz önünde bulundurmak ve bakımda karar verme kontrolü için hastanın amaçlarını ve kişisel yaşam durumunu belirlemek yeterli değildir. Hastaların kendilerine sunulan bakımda bireyselliklerine önem verildiğini hissedebilmeleri son derece önemlidir. Çünkü bireyselleştirilmiş bakım, hastalar tarafından deneyimlendiğinde ve algılandığında anlamlı hale gelir. Bireyselleştirilmiş bakım, insanların farklı değerlere sahip olduklarını, bu nedenle bakım ve iyileşmeye farklı anlamlar yüklediklerini kabul eder (Suhonen ve ark., 2005).

Finlandiya, İsveç, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri gibi birçok ülkede bireyselleştirilmiş bakıma odaklanılmasına rağmen, hastaların birçoğunun hemşirelik bakımından memnun olmadıkları bildirilmiştir (Muntlin ve ark., 2006; Suhonen ve ark., 2008a). Bakımın genellikle bir profesyonelin ve hastane organizasyonlarının perspektifinden tanımlanmasının bu durumu etkilediği düşünülmektedir. Sağlık bakım

organizasyonları hızlı değişimler gerçekleştirmesine karşın bu değişimlerin bazıları, hastanın bakıma ilişkin algılarını göz önünde bulunduran bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını tehdit etmekte veya engelleyebilmektedir (Muntlin ve ark., 2006; Suhonen ve ark., 2008a).

Hastayı bir birey olarak görme, hastaların “benzersiz bir birey” olarak bakıma ihtiyaçı olduğunu kabul etmeyi ifade eder. Ancak bu konuda yapılan bazı çalışmalarda hastalara karşı her zaman bir birey olarak yaklaşımda bulunulmadığı ortaya çıkarılmıştır. Muntlin ve arkadaşları (2006), hemşirelerin hastanede yatan hastaların yaşam durumlarına yeterli ilgi göstermediklerini; Suhonen ve arkadaşları da (2008a) Fin, Yunan, İngiliz ve İsveçli hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarında ülkelerarası farklılıkların bulunduğunu bildirmişlerdir (Suhonen ve ark., 2009).

Hastaların sağlık bakım sonuçlarına ilişkin ülkeler arasındaki görüş farklılıkları; hastaların aldığı tedavi, bakımın teknik kalitesi, bakımın organizasyon ve koordinasyonu ile sağlık sistemi dışında yer alan kültür gibi etkilere bağlanabilir (OECD, 2004). Hastaların algılarındaki bu farklılıklar, her hastaya bireyselleştirilmiş bakımın uygulanmamasından (Lauver ve ark. 2004; Suhonen ve ark., 2007a), kendi bakımlarına dahil olma düzeylerinden (Muntlin ve ark., 2006) ve hasta özelliklerinden kaynaklanabilir (Suhonen ve ark., 2009).

Bu doğrultuda bazı hastaneler kaliteyi artırabilmek ve artan maliyeti kontrol altına alabilmek için, hasta ihtiyaçlarına, değerlerine ve tercihlerine odaklanan bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını benimser. İş merkezli ve katı hiyerarşik yapılarla odaklanan geleneksel hemşirelik kültürü, bireyselleştirilmiş bakım sunumunu engeller. Ayrıca, literatürde günlük sunulan hemşirelik bakımının her bir bireyin ihtiyaçlarıyla her zaman örtüşmediği de bildirilmektedir. Bu nedenle daha iyi hasta bakım sonuçlarına ulaşabilmek amacıyla, klinik uygulamaları değiştirmek ve bireyselliği teşvik etmek son derece önemlidir (Procter, 1989; Tonuma ve Winbolt, 2000; Lauver ve ark. 2004; Suhonen ve ark., 2007c).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirmesinde hastaların algı, görüş ve değerlendirmeleri büyük önem arz etmektedir (OECD, 2004). Hastanelerde, hastaların görüşleri genellikle memnuniyet anketleri kullanılarak değerlendirilmektedir. Hastaların aldıkları bakıma ilişkin yargıları, onların bu bakıma ilişkin algılarını temsil etmektedir. Ayrıca hastaların hemşire algıları da, hemşirelik bakımının kalitesini derecelendirme

düzeyleriyle yakından ilişkilidir. Hastalar, onlarla ve bakımlarıyla ilgilenen hemşirelere değer verirler. Bununla beraber, hemşireler genellikle bu hasta perspektifinden haberdar değildirler. Akut bakım ortamında tedavi periyodu sırasında hastalar hemşireler tarafından tespit edilemeyen bazı ciddi problemleri tanımlayabilirler (Suhonen ve ark., 2009).

Literatürde hastane ve servisin büyüklüğü, hemşire sayısı ve işin organizasyonu gibi yapısal faktörlerin, hasta sonuçlarını direkt etkilediği düşünülmesine karşın (Aiken ve ark., 2002, Needleman ve ark., 2002), bireyselleştirilmiş bakımın uygulanabilmesi için hemşire sayısının artırılması yerine hemşire-hasta etkileşiminin kalitesinin iyileştirmesine ihtiyaç olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte hemşire kadrosunun özelliklerinin (örneğin; hemşire sayısı, eğitim seviyesi ve sahip olduğu beceriler) sunulan bakıma ilişkin hasta algılarıyla yakından ilişkili olduğu ortaya çıkarılmıştır. Kadrolaşma seviyesi, deneyim ve beceri sahibi olma durumu, bireyselleştirilmiş hasta bakımının ön koşullarıdır. Bazı araştırmalar hastane özelliklerinin, hemşire kadrolarının sahip olduğu niteliklerin ve bakım verme modelinin, hasta sonuçlarını ve hasta algılarını etkilediğini göstermiştir (Suhonen ve ark., 2007c).

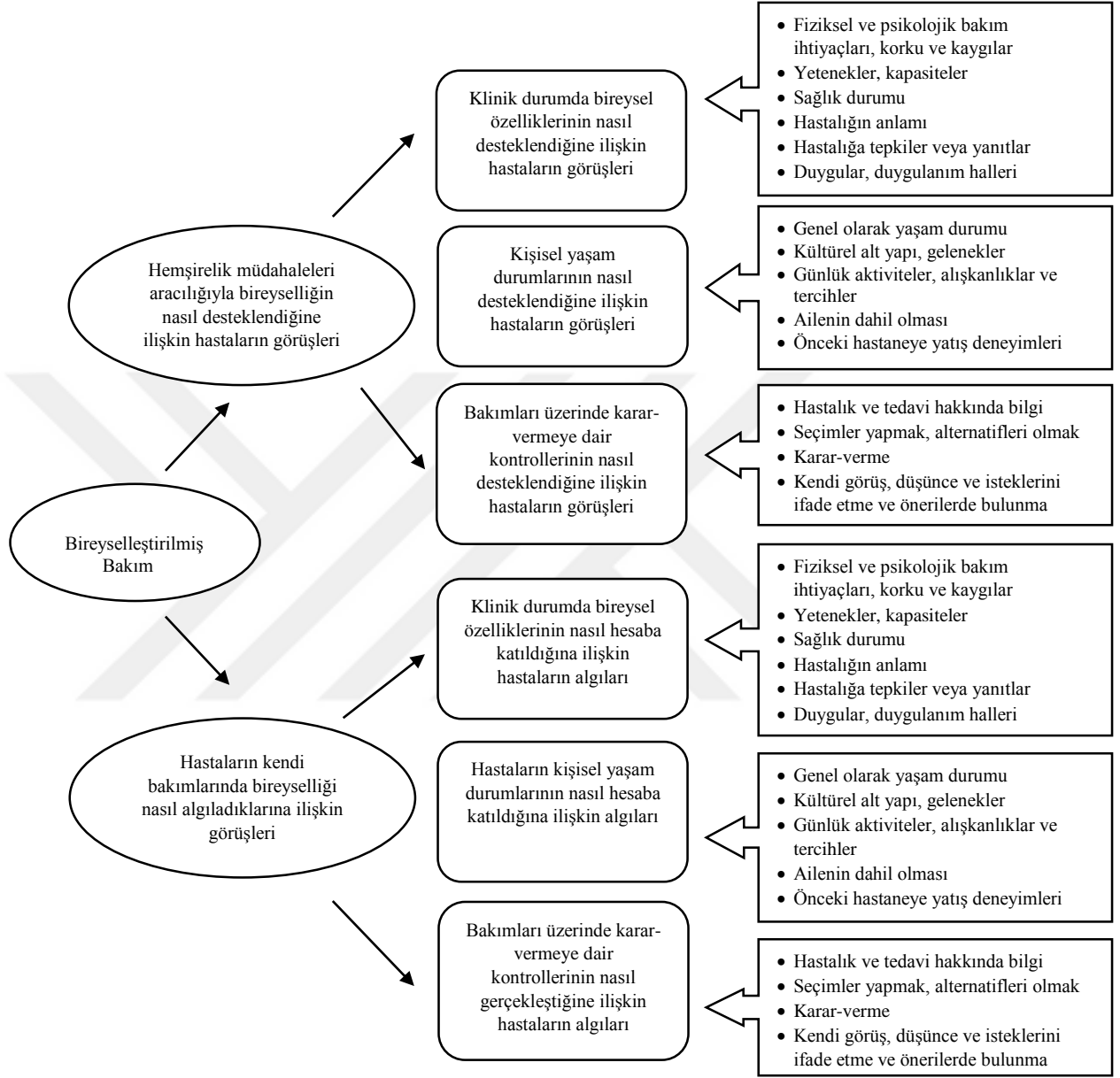
Sağlık bakım organizasyonlarının performans artırmaya yönelik sağlık stratejisi ve politikalarında verimlilik ve etkililik ile hasta merkezli bireyselleştirilmiş bakım oldukça önemli kavramlardır. Bakım sunumunda, sonuçların planlanmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde organizasyonel yapı, hastanede yatış özellikleri, bakım süreci ve bakım sunum problemleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte bazı hastaneler; hasta özellikleri, ihtiyaçları, değerleri ve tercihlerine odaklanan bireyselleştirilmiş bakım uygulamalarını benimsemektedir. Bu doğrultuda hasta özellikleri onların bireyselliğinin bir parçası olmakla birlikte bakım sunumunda dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır (Suhonen ve ark., 2010a).

Bu amaçla geliştirilmiş olan Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği; Finlandiya, İsveç, Yunanistan, Kıbrıs, Kanada, Amerika Birleşik Devletleri, Portekiz, Türkiye, İngiltere, Çek Cumhuriyeti ve Macaristan olmak üzere birçok ülkede kullanılmakta ve test edilmektedir (Petroz ve ark., 2011; Suhonen ve ark., 2011). Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı hakkında hastaların görüşlerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Özellikle Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği, taburcu olma sürecinde olan hastaların hastane algılarını ölçmektedir. Bireyselleştirilmiş Bakım

Ölçeği bakım kalitesinin bir sonuç ölçütü olarak veya bakımı bireyselleştirmek için bir araç olarak kullanılabilir (Suhonen ve ark., 2005).

Birey odaklı ya da bireyselleştirme olarak kavramsallaştırılan bu eylem biçimi, hasta bireyin değerlerini anlamak, önemsemek ve kabul etmeyi gerektirir. Bireyselleştirilmiş bakım; hemşirelik felsefesi, değerleri ve etik kodlarının temelini oluşturur. Bireyselleştirilmiş bakım insanın bireyselliği, eşsizliği ve bütünlüğüne olan inancın uygulama alanında yaşama geçirilmesi, bireye hümanistik ve holistik bakış açısıyla bakım verilmesidir (Can ve Acaroğlu 2015; Özdemir, 2015).





Şekil 1. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeğinin teorik çerçevesi (Suhonen'den, 2005)

2.5. Yoğun Bakım

Yoğun bakım üniteleri, kritik bakıma ihtiyacı olan hastaların izlendiği ve özel tedavi yöntemlerinin uygulandığı birimlerdir (İnan ve ark., 2002; Eşer ve ark., 2007; Zengin, 2017). Yoğun bakım üniteleri, organizmanın geçirdiği ağır bir hastalık, zehirlenme, travma veya ameliyat nedeniyle önceden tahmin edilmesi mümkün olmayan komplikasyonlarla yaşamı tehdit altında olan bireylerin 24 saat izlendiği, yüksek teknolojik donanımın kullanıldığı ve uzman sağlık profesyonellerinin hizmet sunduğu özel birimlerdir (Hatipoğlu, 2002; Beğer, 2004; Çelik, 2007; Uysal ve ark., 2010; Günerli ve Gökmen, 2011; Şahinoğlu, 2011; Tuna, 2014; Ergün, 2017).

Yoğun bakım, genellikle iyileşme umudu veya beklentisi bulunan ve durumu son derece ağır olan bireylere, hastalıklarının ciddiyetine göre değişik düzeyde bakım ve tedavinin uygulandığı ünitelerdir (Özdemir, 2012; Zengin, 2017). Bu doğrultuda yoğun bakım üniteleri hizmet düzeylerine göre üçe ayrılmaktadır:

I. Düzey Yoğun Bakım Ünitesi: Normal servislerde takip ve tedavisinin yapılması mümkün olmayan hastaların tedavi edildiği, temel monitör olanaklarını içeren, 24 saat yoğun bakım uzmanı bulunmayan ara yoğun bakım olarak tanımlanan ünitelerdir. Bu üniteler yapay organ desteği ile üst düzey yoğun bakım ünitesine gereksinimi olmayan, yakın takip gerektiren hastaların kabul edildiği ünitelerdir (Tunçay, 2005; Bayrak, 2010; Günerli ve Gökmen, 2011; Özdemir, 2012).

II. Düzey Yoğun Bakım Ünitesi: Tek organ yetmezliği nedeni ile yaşamsal destek ihtiyacı olan, bir üst seviye yoğun bakım ünitelerine gereksinimi bulunmadığı için transfer edilen, ayrıntılı gözlem ve girişim ihtiyacı bulunan hastaların takip ve tedavisinin yapıldığı ve sorumlu bir uzmanı bulunan ünitelerdir (Tunçay, 2005; Günerli ve Gökmen, 2011; Özdemir, 2012).

III. Düzey Yoğun Bakım Ünitesi: Çoklu organ işlev bozukluğu ya da yetersizliği olan, ileri düzey solunum desteği gerektiren hastaların bulunduğu gelişmiş ünitelerdir. Tam gün doktor gözetim ve denetimi altında olan bu ünitelerde, 24 saat radyoloji ve laboratuvar desteği olup tam kapsamlı yoğun bakım hizmeti sunulmaktadır (Tunçay, 2005; Bayrak, 2010; Günerli ve Gökmen, 2011; Özdemir, 2012).

2.5.1. Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi

Dünyada Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi

Tarihte yoğun bakım üniteleri konusunda ilk girişim Florence Nightingale tarafından başlatılmıştır. Nightingale, 1852 yılında Kırım Harbi sırasında yaralanan askerleri ve durumu kritik olan hastaları mümkün olduğu kadar aynı koşutta toplamanın, hemşirelik bakımı açısından daha verimli olacağı düşüncesiyle yoğun bakımın önemini vurgulamıştır (Günerli ve Gökmen, 2011; Zengin, 2017). Bu alanda deneyimli hekim, hemşire, teknik personel ve cihazlarla donatılmış olan modern yoğun bakım üniteleri, yüzyıllar içerisinde gelişme göstererek bugünkü düzeyine ulaşmıştır (Günerli ve Gökmen, 2011).

1920'li yıllarda John Hopkins hastanesinde ameliyat sonrası nöroşirürji hastalarının bakım ve gözlemini yapmak için üç yataklı, basit bir yoğun bakım ünitesi düzenlenmiştir (Günerli ve Gökmen, 2011; Zengin, 2017). İkinci dünya savaşı sırasında yaralı askerlerin acil tedavisinde kullanılan bu üniteler, özel ünite kavramının gelişmesine katkıda bulunmuştur. Ayrıca 1950-1960'lı yıllarda gözlem üniteleri hastaların postoperatif yönetiminde devrim yaratmıştır. Bununla birlikte medikal teknolojideki gelişmeler yoğun bakım ünitelerinin gelişmesine katkıda bulunmuştur (Zengin, 2017).

1953 yılında, Anestezist Bjorn Ibsen'in yapmış olduğu çalışmalar sonucunda yapay akciğerler geliştirilmiş ve Avrupa'da ilk yoğun bakım ünitesi kurulmuştur. Fakat akciğerlerin yerini yatak başı ventilatörlerin alması 1960'lı yılları bulmuştur. Ventilatör cihazlarının gelişmesiyle "respiratuvar bakım üniteleri" kurulmuş ve 1960 yılından sonra multidisipliner yoğun bakım üniteleri yaygınlaşmaya başlamıştır (Günerli ve Gökmen, 2011; Zengin, 2017).

1943 yılında Hollandalı fizyolog Kolff tarafından hemodiyaliz makinasının keşfedilmesiyle birlikte renal yetmezlikler tedavi edilmeye başlanmıştır (1952-1953). 1956 yılında ise Paul Zoll, kalbi yeniden çalıştıracak defibrilatörü bulmuştur. Hastalara 1953'te açık kalp defibrilasyonu ve 1956'da kapalı göğüs defibrilasyonu uygulanmıştır. Ayrıca 1960'da eksternal kardiyopulmoner resüsitasyon uygulanmış ve 1970'lerde yoğun bakım monitörizasyonu geliştirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri 1970'te yoğun bakım derneğini kurmuştur. 1977 yılında da dünyadaki yoğun bakım dernekleri birleşerek, Dünya Kritik ve Yoğun Bakım Dernekleri Federasyonunu oluşturmuştur (Zengin, 2017).

Türkiye’de Yoğun Bakım Ünitelerinin Tarihçesi

Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinin gelişimi Avrupa ile eş zamanlı olarak başlamış buna karşın 1950 yıllarına kadar yoğun bakımla ilgili bilgiler yetersiz kalmıştır (Günerli ve Gökmen, 2011; Zengin, 2017). Türkiye’nin ilk anestezi hekimleri olan Sadi Sun ve Cemalettin Önder, yurt dışında buldukları dönemde yoğun bakım çalışmalarını yakından izlemişler ve bu süreçte yoğun bakım eğitimi almışlardır. Ülkemizde Sadi Sun anestezi, Cemalettin Önder ise reanimasyon alanlarındaki çalışmaları ile yoğun bakım ünitelerinin kurulmasına katkıda bulunmuştur. Cemalettin Önder 1959 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesinde ilk reanimasyon servisi kurulmasına öncülük etmiş, 1969 yılında Haydarpaşa Numune Hastanesinde 30 yataklı bir yoğun bakım ünitesi açılmıştır (Zengin, 2017).

İlerleyen dönemlerde Türkiye’de yoğun bakım ünitelerinin sayısı artmış ve 1978 yılında Ege Üniversitesinde solunum yoğun bakım ünitesi, 1987 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde ilk dahili yoğun bakım ünitesi açılmıştır. Türkiye’de 1978 yılında ilk yoğun bakım derneği ve 2004 yılında Türk Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Derneği kurulmuştur. 2012 yılında da bir kanunla yoğun bakım uzmanlığı bir yan dal olarak kabul edilmiştir (Zengin, 2017).

2.5.2. Yoğun Bakım Hemşiresinin Roller ve Sorumlulukları

Yoğun bakım üniteleri, klinik durumu ciddi olan hasta gruplarına mümkün olan en ileri teknoloji ile bakım sağlayan birimlerdir (Dedeli ve Akyol, 2008). Yoğun bakım ünitesi, hastanenin diğer bölümleriyle karşılaştırıldığında hasta profili ve çalışma özellikleri itibariyle oldukça farklı bir ünitelerdir. Yoğun bakım ünitesi, sahip olduğu özellikler doğrultusunda bu üniteye çalışan hemşirelere hem geleneksel hem de çağdaş rollerini sergileyebilme fırsatı veren özel bir ünitelerdir. Yoğun bakım hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları 08.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmi Gazete’de bildirilmiştir. Bu doğrultuda; yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanınmasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir (Resmi Gazete, 2011).

Görev, yetki ve sorumluluklar

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hemşirelik bakımı

- Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.
- Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.
- Hastaların monitörizasyonu sağlar. Monitörizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.
- Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.
- Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.
- Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.
- Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.
- Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KIBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.
- Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonunu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.
- Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

- İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.
- Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar (Resmi Gazete, 2011).

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma

- Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.
- Diğer sağlık personelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.
- Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.
- Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.
- Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.
- Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.
- Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.
- Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.
- Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an ünite de hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var

ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

- Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir (Resmi Gazete, 2011).

Yoğun Bakım Hemşiresinin Geleneksel Roller

Yoğun Bakım hemşiresinin rol ve sorumlulukları hasta ve ailesinin bakım ihtiyaçlarına bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte, geleneksel rolleri bakım, tanı ve tedaviye katılım, eğitim, yönetim ve araştırmayı içermektedir (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, bakım verici rolünde; hastayı tanımlar ve değerlendirir. Hastanın gereksinim duyduğu bakımı karşılayarak, hasta ve ailesinin yaşadıkları kriz durumuyla baş etmelerinde onlara yardımcı olur (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, eğitici rolünde; hasta ve ailesinin geleneksel ve kültürel özelliklerini göz önünde bulundurarak onlara eğitim verir. Öğrenci hemşirelerin klinik eğitim ve becerilerini destekler. Yoğun bakım hemşireliği ile ilgili klinik bilgi, beceri ve yetkinliklerini günceller. Bununla birlikte meslektaşlarının ve diğer sağlık bakım profesyonellerinin mesleki gelişimlerine katkıda bulunur (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, tanı ve tedaviye katılım rolünde; hekimin verdiği tedaviyi uygular. Tanı ve tedaviye yardımcı uygulamalarda hekimi destekler (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, yönetim rolü doğrultusunda; bakımın yönetimi ile ilgili girişimleri planlamak, uygulamak, koordine etmek ve değerlendirmekten sorumludur. Bununla birlikte hastanedeki politika ve prosedürlerle ilgili kararlara katılır. Hasta ve ailesinin 24 saat bakım ve güvenliğini sağlar (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, araştırma rolü kapsamında; daha etkili bakım sunabilmek için mesleği geliştirici çalışmalar yapar. Alanıyla ilgili araştırmaları takip eder. Araştırma sonuçlarını uygulamaya yansıtır. Ayrıca uygulamaların etkinliğini değerlendirmekten ve yaptığı çalışmaları yayınlamaktan sorumludur (Ergün, 2017).

Yoğun Bakım Hemşiresinin Çağdaş Roller

Yoğun bakım hemşirelerinin geleneksel rollerinin yanında çağdaş hemşirelik rolleri de bulunmaktadır. Yoğun bakım hemşiresinin çağdaş hemşirelik rol ve işlevleri;

koordinatörlük, danışmanlık, savunuculuk, vaka yönetimi ve rehabilite edici rolleri kapsamaktadır (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, koordinatörlük rolü doğrultusunda; hastanın kabul ve taburculuğunu yönetir. Sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yapar. Kurumun diğer hizmetlerinden de yararlanması konusunda hastaya yardımcı olur. Yoğun bakım ünitesinde kalite iyileştirme faaliyetlerine katılır ve koordinasyonu sağlar (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, koruyucu ve savunucu rolü kapsamında; tanı ve tedavinin olumsuz etkilerinden hastayı korur. Fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden güvenli çevre sağlar ve bunu sürdürür. Hastayı kimyasal yaralanmalardan ve alerjik reaksiyonlardan korur. Hasta haklarını savunur. Hastanın değer ve inançlarına saygı duyar. Mesleğin etik ilkelerine uyar. Hastanın mahremiyetini sağlar (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, danışmanlık rolü ile ilgili olarak; birey, aile ve topluma sağlığı koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini artırma konularında danışmanlık yapar. Hastanın yaşam biçimindeki değişiklikler ile evde bakım sorunlarıyla başa çıkmasında hasta ailesine destek olur. Karmaşık hasta sorunlarını çözümler. Yoğun bakım ünitesi dışındaki servis çalışanlarına danışmanlık hizmeti verir (Ergün, 2017).

Yoğun Bakım Hemşiresinin İleri Uygulama Roller

Tıp bilimi ve teknolojisindeki ilerlemelere bağlı olarak yoğun bakım hemşiresinin geleneksel ve çağdaş rollerinin yanında ileri hemşirelik rolleri de gelişmiştir (Ergün ve ark., 2007; Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, uzman klinik hemşiresi rol ve işlevleri doğrultusunda; en uygun hasta sonuçlarının ortaya çıkmasını sağlayan bir uygulama çevresi yaratmaktan sorumludur. Bununla birlikte eğitim hemşiresi ile birlikte yoğun bakım hemşirelerinin profesyonel gelişimlerine katkıda bulunur (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, akut bakım pratisyen hemşiresi rol ve işlevleri kapsamında; ileri seviye temel hasta bakımı sunar ve ilaç yazar. Bakım görevinin yanı sıra hasta bireye, ailesine ve diğer ekip üyelerine eğitim verir. Tıbbi işlevlerde bazı hekimlik hizmetleri ile birlikte çağdaş hemşirelik rollerinden sorumludur (Ergün, 2017).

Yoğun bakım hemşiresi, ileri uygulama hemşiresi rolü ve işlevleri ile ilgili olarak; spesifik bir alana özgü uzmanlık veya doktora eğitimi alarak alanıyla ilgili klinik sorunları ve sistem sorunlarını yönetir. Hasta ve ailesine ileri düzeyde yetkin ve bağımsız bir bakım

sağlar. Birey ve ailesine hastalığın kısa ve uzun dönem yönetimi hakkında danışmanlık yapar (Ergün, 2017).

2.5.3. Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Üzerine Etkisi

Hastalık; bireyin daha önceki durumuyla karşılaştırıldığında fizyolojik, psikolojik ve sosyal fonksiyonlarını azaltan ve insanın yaşamındaki dengeleri tümüyle değiştirebilen bir durumdur. Hastalık durumu, genellikle bireyin sağlığına tekrar kavuşabilmesi ve bozulan denge durumunun düzenlenebilmesi için hastaneye yatmasını gerektirebilir (Tekinsoy, 2005). Hastaneye yatan bir birey; ailesi ve yakın çevresinden ayrılmakta, içinde bulunduğu çevreye ve insanlara karşı yabancılaşma hissetmekte, günlük yaşam düzeni ve alışkanlıkları değişmekte, öz denetimini ya da kendi üzerindeki kontrolünü kaybedebilmektedir (Taşdemir ve Özşaker, 2007; Tunçay ve Uçar, 2010; Alaca ve ark., 2011).

Bu doğrultuda hastaneye yatmaktan kaynaklanan bu sıkıntıları, yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi görmekte olan hastalar daha fazla deneyimlemekte ve bu duruma bağlı olarak stres, yalnızlık, korku gibi psiko-sosyal sorunları daha çok yaşamaktadırlar (Tunçay ve Uçar, 2010; Alaca ve ark., 2011). Ayrıca yoğun bakım ünitelerinde tanı ve tedavi amaçlı olarak yapılan birçok invaziv ve noninvaziv girişimlerde hastalara ağrı ve acı vermektedir. Bununla birlikte yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda uzun süre vücudun hareketsizliğine bağlı olarak yatak yaraları gelişebilmekte, invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemleri, aspirasyon uygulaması, cerrahi işlemler, kateterler ve drenler, pansuman uygulaması, pozisyon değişimleri ile birlikte 24 saat sürekli bakım ve monitörle izlemde bu üniteye yatan hastaları rahatsız edebilmektedir (Arslan ve Karadağ, 2007; Dedeli ve Akyol, 2008; Gündoğan ve ark., 2016).

Tunçay ve Uçar'ın (2010) yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşlerini belirlemek üzere yapmış oldukları araştırma sonrasında, ortamın aydınlatılmasının, gürültü seviyesinin, ortamda yabancı aletler ve cihazların bulunmasının, başka hastalara yapılan tıbbi uygulamalara tanık olunmasının, bakım ortamında TV, radyo, saat, takvim gibi araçların bulunmamasının, diğer hastaların acı çekmesine, durumlarının kötüleşmesine ya da ölümlerine tanık olunmasının, yoğun bakım ünitesinde yatan hastaları rahatsız ettiği saptanmıştır (Tunçay, 2005). Benzer şekilde bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da yoğun bakım ünitesinin fiziksel

ortamının hastaları fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönden olumsuz etkilediği ve uyku kalitelerini azalttığı bildirilmiştir (Dedeli ve Akyol, 2008; Hindistan ve ark., 2009; Batum, 2011).

2.6. Yaşam Kalitesi Kavramı

Yaşamın her anında kalite arayışı ortaya çıkmış ve bu kavrama ilişkin çeşitli tanımlamalar yapılmıştır (Sapançalı, 2009). Kalite, tek bir cümle ile ifade edilmesi mümkün olmayan, ulaşılmak istenen kusursuzluk ve mükemmellik düzeyi olmakla birlikte ölçülmesi ve sayısallaştırılması güç bir kavramdır (Sapançalı, 2009; Çizmeçi, 2013). Her birey çağdaşlaşma ve modern yaşamın gelişimi ile birlikte huzur, mutluluk ve rahatlık içinde yaşamayı, yaşam standartlarını artırmayı, iyi yaşam koşullarına sahip olmayı hedefler (Bozkurt, 2003; Sapançalı, 2009). Bu doğrultuda kalite, bireylerin devamlı artan beklentilerinin doyuma ulaşmasıdır (Bozkurt, 2003).

Yaşam kalitesi, Dünyada önemi giderek artan, içinde fiziksel ve duygusal sağlamlığı barındıran, birbirinden farklı unsurları kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (Rejeski ve ark., 1996; Sapançalı, 2009). Yaşam kalitesi yaygın bir şekilde kullanılan bir terim olmakla birlikte psikoloji, sosyoloji, tıp, hemşirelik, coğrafya, ekonomi, tarih ve felsefeye kadar birçok alana konu olmaktadır (Sapançalı, 2009; Çoşkun, 2011). En genel anlamıyla kalite, örgütün belirlediği koşulların yerine getirilmesidir. Bu bağlamda kalite; hizmet alanların gereksinimlerini, beklentilerini tam ve sürekli olarak karşılayabilen ürün ve hizmetleri en ekonomik şekilde üretmek anlamına gelmektedir (İntepeler, 2014).

Felsefi yönden yaşam kalitesi; yaşamın çok boyutluluğu ile ilgilenen, bireysel özgürleşmeyi sağlayan ve nitelikli yaşam biçimini savunan bir kavram olarak açıklanır (Bozkurt, 2003). Bir diğer tanıma göre yaşam kalitesi bir görüş, anlayış ve kabul sorunudur. Birey yaşamını nasıl görüyor, algılıyor ve yorumluyorsa yaşam kalitesi de ona göre şekillenir (Sirgy ve ark., 2006). Sosyoloji disiplini yaşam kalitesini; yaşam standartları, yaşam şekli, sosyal ilişkiler ve yoksulluk açısından değerlendirir (Sirgy ve ark., 2006). Sosyal psikoloji açısından yaşam kalitesi ise bireyin yaşamında; ekonomik, sosyal, kültürel ve psiko-sosyal dengenin sağlanması için ihtiyaç duyulan insan gereksinimlerinin tatmini olarak açıklanabilir (Sapançalı, 2009).

Bununla birlikte yaşam kalitesi kavramı, makro (toplumsal-kollektif) ve mikro (bireysel) açıdan da ele alınmaktadır. Mikro (bireysel) açıdan yaşam kalitesi bireyin yaşamının iyi ve tatminkar yönlerinin değerlendirilmesidir. Mikro yaşam kalitesinde

bireyin kendi yaşamına yönelik vermiş olduğu kararlar önemlidir. Aile ve arkadaşlarla olan ilişkiler, bireyin sağlığı, aile ve arkadaşlarının sağlık durumu, bireyin gelir düzeyi ve yaşam olanakları mikro açıdan yaşam kalitesinin temel belirleyicileri arasında yer almaktadır (Sapançalı, 2009).

Çok daha geniş ve çok boyutlu anlam taşıyan makro (toplumsal-kollektif) açıdan yaşam kalitesi ise, toplumdaki bireylerin refah, huzur ve mutluluk düzeyleri ile ilgilidir. Bütün bireylerin sağlık, eğitim ve güvenlik şartlarından eşit şekilde yararlanabilmesi, gelir gücünün dengeli olması, açlık sınırında yaşayan bireylerin olmaması ve yoksulluk sınırında yaşayan bireylerin sayısının olabilecek en düşük değere getirilmesi, makro açıdan yaşam kalitesinin üzerinde durduğu önemli konulardan bazılarına örnek olarak verilebilir (Sapançalı, 2009).

Yaşam kalitesi “iyi olma durumu” ile birlikte bir çeşit memnuniyeti de simgelemektedir (Taşçı, 2011; Çizmeci, 2013; Hacıoğlu, 2014). Bireysel iyilik halinin anlatımı olan yaşam kalitesi, özgül ve nesnel olmaktan çok genel ve öznel bir kavramdır. Yaşamın farklı alanlarındaki öznel doyumunu ifade eden yaşam kalitesi, istenen ve mevcut olan yaşam biçimi arasındaki farkı yansıtmaktadır (Güngör ve ark., 2007; Taşçı, 2011). Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesini, “kişilerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak buldukları durumu algılama ve değerlendirme biçimi” olarak tanımlamıştır (Gemalmaz, 2007; Sapançalı, 2009; Taşçı, 2011; Kutlu, 2012; Çizmeci, 2013; Şahin ve Emiroğlu, 2014).

Ruzevicius ve Akranaviciute (2007), yaşam kalitesinin sekiz farklı bileşenden oluştuğunu belirtmişler ve bu bileşenleri; sağlık odaklı yaşam kalitesi, ruhsal yaşam kalitesi, maddi yaşam kalitesi, iş yaşamında kalite, aile yaşamında kalite, sosyal yaşamda kalite, boş zamanlarda yaşam kalitesi ve çevre odaklı yaşam kalitesi olarak sıralamışlardır. Fonseca ve arkadaşları (2008) ise, yaşam kalitesinin en önemli bileşeninin fiziksel ve ruhsal sağlıktan oluştuğunu ifade etmişlerdir.

Yaşam kalitesiyle yakından ilişkili olan en önemli bileşenlerinden biri de sağlıkla ilgili yaşam kalitesidir (Taşçı, 2011; Çelikkalek, 2014). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hasta bireyin beklentileri ve gerçek deneyimleri arasındaki fark olarak tanımlanır (Sapançalı, 2009). Sağlık odaklı yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan veya dolaylı olarak ilişkili birçok faktörü kapsamaktadır (Hacıoğlu, 2014). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hastanın fizyolojik fonksiyonlarını değerlendirmekten çok, hastalıklar ve hastalıkların

tedavisiyle ilgili etkilenen durumları vurgular. Bu bağlamda yaşam kalitesi; hastanın problemlerinin belirlenmesinde, tedavi önceliklerinin saptanmasında, girişimlerin yönlendirilmesinde ve hastalık sürecinin izlenmesinde oldukça yararlıdır (Mollaoğlu, 2007; Sapancalı, 2009; Özbay, 2010; Yıldız, 2010).

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramı fiziksel, kognitif, emosyonel, sosyal işlevsellik ve genel sağlık algısı olmak üzere birçok alt boyuttan oluşmaktadır (Taşçı, 2011). Fitzpatric ve arkadaşları (1992) da birçok yaşam kalitesi ölçeğinin içerik ve yapılarını inceleyerek bu ölçeklerin çoğunda ortak olarak bulunan yaşam kalitesi boyutlarını; fiziksel fonksiyon (hareket kabiliyeti, özbakım vb.), sosyal fonksiyon (cinsel hayat, sosyal destek, sosyal ilişki vb.), rol performans (iş hayatında ve günlük ev işlerinde görevlerini yerine getirebilme), ağrı ve diğer semptomlar (yorgunluk, bulantı, hastalığa özgün farklı semptomlar) olarak açıklamışlardır.

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinde sağlığın fiziksel, maddi, ailesel ve duygusal iyilik durumu öznel ve nesnel olarak değerlendirilir. Nesnel açıdan değerlendirmeler, kişilerin fiziksel sağlık durumu, içinde yaşadığı konutun kalitesi, sosyal roller, politik ortam, arkadaşlık ilişkileri gibi yaşam koşullarının tanımlanmasına ilişkin özellikleri kapsar. Öznel açıdan değerlendirmeler ise bireyin yukarıdaki koşullara ilişkin memnuniyet duygusunu içerir (Çizmeci, 2013).

Genel olarak sağlıkla ilgili yaşam kalitesi değerlendirilmeleri hastalık ve tedavi gibi sağlıkla ilgili değişkenlerin önemli olan yaşam olayları ile ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (Testa ve Nackley, 1994). Bunun yanı sıra yaşam kalitesi ve alanları, kişiden kişiye farklılık gösterebilmekte ve bireylerin yaşam kalitesi birçok faktörden etkilenebilmektedir (Taşçı, 2011; Çizmeci, 2013; Şen, 2013; Soylu, 2015). Temel gereksinimlerin karşılanmaması, beden imgesinin değişmesi, günlük yaşam aktiviteleri ve öz bakım davranışları ile ilgili yetersizlik, kronik yorgunluk, bitkinlik, seksüel fonksiyonlarda bozulma, gelecek ile ilgili kaygılar, destek sistemlerindeki yetersizlik, akut ve kronik sağlık sorunları nedeniyle yaşam tarzı değişiklikleri yaşam kalitesini azaltan faktörlere örnek olarak verilebilir (Taşçı, 2011; Çizmeci, 2013; Şen, 2013; Soylu, 2015).

Bireyin gereken konfora sahip olması, anlamlı ve aktif bir yaşantı içinde yer alması, ekonomik ve sosyal güvencesinin bulunması, yakın çevresi ile olumlu ilişkiler içinde olması, güven içinde yaşaması, eğlence ve zevk aldığı aktivitelerinin bulunması,

itibar görmesi, otonomisinin olması, mahremiyetine değer verilmesi, kendini ifade edebilmesi, fonksiyonel olarak yeterli olması, özgün bir birey olarak algılanması, huzur içinde yaşaması, inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi ise yaşam kalitesini artıran faktörlerden bazılarıdır (Taşçı, 2011; Şen, 2013; Soylu, 2015).

2.7. Yaşam Doyumu Kavramı

Yaşam doyumu bireylerin ruh sağlığını ve toplumsal ilişkilerini etkileyen en önemli etkenlerden biri olmakla birlikte (Çayır, 2013; Işık, 2013), ilk kez 1961 yılında Neugarten tarafından ortaya atılmıştır (Özer ve Karabulut, 2003; Acar, 2009; Acar, 2011; Çayır, 2013; Işık, 2013; Akarsu, 2014; Işık, 2014). Yaşam doyumu ya da bilinen diğer adıyla mutluluk, çağlar boyunca insanlığın ilgi odağı olmuş konulardan biridir (Özer ve Karabulut, 2003).

Doyum, organizmada açlık, susuzluk, cinsellik vb. gibi temel biyolojik gereksinimlerin giderilmesi ya da beklentilerin, ihtiyaçların, istek ve arzuların karşılanması ile denge durumunun sağlanmasıdır (Özer ve Karabulut, 2003; Acar, 2009; Acar, 2011; Işık, 2013; Akarsu, 2014; Işık, 2014). Yaşam doyumu ise, bir insanın beklentileriyle sahip olduklarının karşılaştırılması sonucunda elde edilen bir durumdur (Özer ve Karabulut, 2003; Arslan ve ark., 2008; Acar, 2011; Çayır, 2013; Işık, 2013). Diğer bir deyişle bireyin beklentilerinin, gerçek durumla karşılaştırılması sonucunda ortaya çıkan durumu gösterir. Yaşam doyumu, kişilerin belirli bir durum ve sürece ilişkin doyumlarını değil, yaşamın çeşitli boyutları ile birlikte tüm yaşantılarındaki doyumu ifade eder (Özer ve Karabulut, 2003; Arslan ve ark., 2008; Işık, 2013; Akarsu, 2014; Işık, 2014). Tüm yaşam alanlarındaki doyumu ifade eden yaşam doyumu kavramı, mutluluk, moral ve doyum gibi değişik açılardan iyi olma halini açıklar (Özer ve Karabulut, 2003; Işık, 2013; Akarsu, 2014; Işık, 2014).

Yaşam doyumu, bireyin ruh sağlığını ve toplumsal ilişkilerini etkileyen en önemli bileşenlerden biri olup mutlu olabilmenin önemli bir ögesidir (Diener ve ark., 1985; Şener, 2017). Yaşam doyumu kavramı, bireyin çalışma hayatı ve çalışma hayatı dışındaki yaşam alanındaki doyumu ifade etmektedir (Keser, 2005).

Yaşam doyumu; kişinin iş, boş zaman ve diğer iş dışı zaman olarak tanımlanan yaşama karşı gösterdiği duygusal tepkiler olarak da açıklanabilir (Köker, 1991; Keser, 2005). Yaşam doyumu, bir anlamda bireyin kendi yaşamı hakkında yaptığı evrensel bir değerlendirme olarak da tanımlanmaktadır. İleri yaş bireyler için yaşam doyumu

tanımlandığında ise, yaşamayı hayal ettikleri hayat ile yaşadıkları hayat arasındaki denge olarak ifade edilebilir (Çelikkilek, 2014).

Genel olarak yaşam doyumu ile ilgili olarak yapılan tanımlamalar üç kategoride gruplanmıştır: Birinci grupta; yaşam doyumu iyi oluş, erdem, kutsallık gibi dış bir ölçüte dayandırılarak tanımlanmıştır. İkinci grupta ise; insanların yaşamlarını olumlu anlamda değerlendirmelerine neden olan etmenler dikkate alınarak, bireylerin kendi yaşamlarına ilişkin yargılarını etkileyen faktörler incelenmiştir. Üçüncü grupta da yaşam doyumu, günlük yaşam akışı üzerine temellenmiştir. Bu durumda günlük ilişkiler içinde olumlu duygunun olumsuz duyguya egemen olması anlamına gelmektedir (Yetim, 1991; Vara, 1999; Yılmaz ve Altıok, 2009; Işık, 2014).

Appleton ve Song (2008) yaşam doyumunun altı farklı bileşenden meydana geldiğini belirtmişlerdir. Bu bileşenleri; bireyin gelir düzeyi, mesleği ve sosyal statüsü, sahip olduğu imkanlar ve sosyal faaliyetleri, refah koşulları, mevcut devlet politikası ve çevre, aile ve sosyal ilişkiler olarak sıralamışlardır.

Ayrıca yaşam doyum algısı, bireyin yaşamının sosyal yaşam, aile yaşamı, sağlık ve iş yaşamı gibi çeşitli alan ve boyutlarını kapsamakta ve bireyler arası farklılık gösterebilmektedir. Bireysel, demografik, ekonomik, toplumsal faktörler, kişinin yetiştiği ortam ve kültürel çevresi bireyin yaşam doyumu ile doğrudan doğruya ilişkilidir. Bununla birlikte yaşam doyumu yaş, cinsiyet, eğitim, evlilik, aile, din, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, sağlık durumu, kişilik özellikleri ve çevre gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir (Gülyüz, 2004; Sapmaz ve Doğan, 2012; Benli, 2016). Bireylerin yaşam doyumunu etkileyebilecek faktörler ise şunlardır:

- Günlük yaşamdan mutluluk duymak,
- Yaşamı anlamlı bulmak,
- Amaçlara ulaşma konusunda uyum,
- Pozitif bireysel kimlik,
- Fiziksel olarak bireyin kendisini iyi hissetmesi,
- Ekonomik özgürlük ve
- Sosyal ilişkiler (Keser, 2005; Şahin, 2008; Arasan, 2010).

2.8. Yoğun Bakım Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyumu İle Bireyselleştirilmiş Hasta Bakımı Arasındaki İlişki

Hemşirelik bakımı iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile gerçekleşen bireyselleştirilmiş kişilerarası bir süreçtir (Koç, 2004). Bireyselleştirilmiş bakım; hemşirelik hizmeti sunumunda hastanın kişisel özelliklerini, yaşam biçimini ve tercihlerini göz önünde bulunduran, bireyin kendi bakımı ile ilgili kararlara katılımını sağlayan, hemşirelik felsefesinin temelini oluşturan bir ögedir (Suhonen ve ark., 2007a; Ceylan, 2014).

Bireyselleştirilmiş bakım, klinik ortamda hastanın bireyselliği ve kişisel yaşam şekli göz önüne alındığında, birey kendi bakımı hakkında karar verme kontrolüne sahip olduğunda gerçekleşir (Suhonen ve ark., 2007a). Sağlık bakım ortamlarında klinik durumu farklılık gösteren özellikle fiziksel rahatsızlığı olan, immün yetmezliği bulunan, yaşlı ve demaslı bireyler ile onkoloji hastaları bireyselleştirilmiş bakıma en çok ihtiyaç duyan özel hasta gruplarıdır (Ceylan, 2014).

Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007) bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, hastaların bireyselliği destekleyen hemşirelik bakım uygulamalarının farkında oldukları ve bakım uygulamaları bireyselleştirildikçe hastaların memnuniyet düzeylerinin arttığı, bireyselleştirilmiş bakım ile sağlığa ilişkin yaşam kalitesi arasında çok zayıf bir ilişkinin bulunduğu bildirilmiştir.

Suhonen ve arkadaşlarının (2011) hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin algılarını değerlendirdikleri bir araştırmada da, eğitim içeriklerinin, çalışma koşullarının, düşünce ve değerlerin ülkeler arasında farklılık gösterdiği ve bu duruma bağlı olarak hemşirelerinde bireyselleştirilmiş bakım algılarında farklılıklar görüldüğü bildirilmiştir.

Suhonen ve arkadaşlarının (2008a) farklı ülkelerin ortopedi ve travmatoloji servislerinde yatan hastalar üzerinde yaptıkları diğer bir çalışmada, hemşirelik girişimleri sırasında hastaların bakımlarında genellikle bireyselliği algıladıklarını, sonuçların ülkeler arasında bazı farklılıklar gösterdiğini; Finlandiya, İsveç ve İngiltere'deki hastaların, bireyselleştirilmiş bakım algılarının, Yunanistan'daki hastalardan daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Gürdoğan ve arkadaşlarının (2015) bir üniversite hastanesinin iç hastalıkları ve genel cerrahi servisinde yatan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının normalin üzerinde olduğu ve bu duruma bağlı olarak bireyselleştirilmiş bakımın hastaların memnuniyet düzeyini arttırdığı saptanmıştır.

Kaplan'ın (2015) hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörleri değerlendirmek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapmış olduğu çalışmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada cinsiyet, servise kabul şekli ve hemşirelerin tutumlarının bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediği, hastaların yaşam doyumu ile hemşirelik bakımı doyum algıları arttıkça bireyselleştirilmiş bakım algılarının da arttığı belirlenmiştir.

Alaca ve arkadaşlarının (2011) yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimleriyle ilgili hasta ve hemşire görüşlerini karşılaştırdıkları diğer bir çalışmada, yoğun bakımda yatan hastaların, psiko-sosyal sorunları sık ve yoğun bir şekilde yaşadıkları ve bu sorunların hemşireler tarafından yeterince tanımlanamadığı bildirilmiştir.

Dedeli ve Akyol'un (2008) yoğun bakım hastalarında psiko-sosyal sorunları belirlemek üzere yapmış oldukları araştırmada ise, yoğun bakım ünitesindeki stresörlerin hastayı fiziksel ve psiko-sosyal yönden etkilediği belirtilmiştir. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşlerinin incelendiği diğer bir araştırmada da, hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerinden rahatsızlık duydukları saptanmıştır (Tunçay ve Uçar, 2010).

Çizmeci'nin (2013) yoğun bakım ünitesinde takip edilen hastaların yatış öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini değerlendirmek üzere yapmış olduğu çalışma sonrasında; yoğun bakım ünitesinde ağrı ve uyku düzeni takibi yapılmasının, psikolojik ve sosyal destek verilmesinin, mental egzersizler ve fizik tedavi girişimleri uygulanmasının hastaların yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediği, bu hizmetlerden yoksun kalan hastaların yaşam kalitelerinin ise bu durumdan olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir.

Tekin'in (2011) ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakım algılarını ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemek üzere yapmış olduğu araştırmada, hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının ve hemşirelik bakımından

memnuniyet puanlarının ortalamasının üstünde olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların hemşirelik girişimlerinin farkına varma oranları arttıkça kendi bakımında bireyselliği algılama durumlarının arttığı, bununla birlikte hastaların hemşirelik eyleminin farkına varma ve bakımında bireyselliği algılama düzeyleri arttıkça hemşirelik bakımından memnuniyet oranlarının da yükseldiği bildirilmiştir.

Suhonen ve arkadaşlarının (2008b) yapmış olduğu bir literatür taramasında ise, araştırmaların %81'inde bireyselleştirilmiş girişimlerin hasta sonuçları üzerine olumlu bir etkisinin olduğu ve bireyselleştirilmiş bakımın hasta memnuniyet düzeyini arttırdığı bildirilmiştir.

Sonuç olarak bireyselleştirilmiş bakım algısıyla ilgili olarak yapılan çalışmalar ve bu konudaki literatür incelendiğinde, hasta bakımının bireyselleştirilerek sunulmasının, yaşam kalitesini ve doyumunu artırdığı, bireylerin özerkliklerini iyileştirdiği ve bakımın kalitesini yükselttiği görülmektedir (Acaroğlu ve ark., 2007; Suhonen ve ark., 2007a; Suhonen ve ark., 2008b; Suhonen ve ark., 2010a; Suhonen ve ark., 2011). Bu doğrultuda dolaylı olarak da olsa hastaların yaşam kalitesi ve doyumunu ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında da bir ilişkiden söz etmek mümkün olup bu ilişkinin incelenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. MATERYAL

3.1.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma yoğun bakım ünitelerinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel bir çalışma olarak gerçekleştirildi.

3.1.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15.02.2017-15.08.2017 tarihleri arasında Samsun Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Bafra Devlet Hastanesi erişkin yoğun bakım ünitelerinde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü erişkin yoğun bakım üniteleri birinci, ikinci ve üçüncü düzey hastaların yatarak tedavi edildiği ünitelerdir.

3.2. METOT

3.2.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Samsun Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Bafra Devlet Hastanesi erişkin yoğun bakım ünitelerinde yatarak tedavi görmekte olan tüm hastalar oluşturmuştur. Araştırmaya bilinci açık, bizimle iletişim kurabilen, kadın ve erkek, 18 yaş üzeri, okuryazar, araştırmaya katılmasında tıbbi açıdan herhangi bir sakınca olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında iki hastanenin erişkin yoğun bakım ünitelerinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların tümüne ulaşılması hedeflenmiş ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n:4), bilinci kapalı olması nedeniyle iletişim kurulamayan (n:42) ve yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavisi 24 saatten daha az süren (n:22) yoğun bakım hastaları çalışma kapsamı dışında bırakılarak araştırma 317 yoğun bakım hastasının katılımı ile tamamlanmıştır (%82,3).

3.2.2. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından literatür (Suhonen ve ark., 2005; Acaroğlu ve ark., 2007; Tunçay ve Uçar, 2010; Terzi ve Kaya, 2011; Acaroğlu ve Şendir, 2012;

Çolakdalcı, 2012; Can, 2013; Çayır, 2013; Gürdoğan ve ark., 2015; Kaplan, 2015) doğrultusunda hazırlanan hastaların sosyo-demografik ve klinik özelliklerini belirleyici hastayı tanıtıcı bilgi formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Yaşam Doyum Ölçeği, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Anket formu 10 kişilik bir grupta ön uygulama yapılarak test edilmiş, anlaşılmayan ya da eksik olan sorular belirlenip düzeltilmiş, pilot çalışma sonrasında taslağa son şekli verilerek araştırma grubuna uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan yoğun bakım hastalarına çalışma hakkında bilgi verilip, bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra hastayı tanıtıcı bilgi formu ve ölçekler yoğun bakım hastalarına uygulanmıştır. Erişkin yoğun bakım ünitesinde yatan hastalara araştırmaya katılıp katılmama konusundaki kararın tamamen kendilerine ait olduğu, anket formuna isimlerinin yazılmayacağı ve bu çalışmadan toplanacak verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı belirtilmiştir. Yaklaşık olarak veri toplama süresi 15-20 dakika sürmüştür.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

Hastayı Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan hastayı tanıtıcı bilgi formu, hastaların sosyo-demografik bilgilerini içeren 14 soru (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, sosyal güvencesi, yaşadığı yerleşim birimi, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, evde kimlerle birlikte yaşadığı, ailesi ve sosyal çevresi ile olan ilişkisini nasıl tanımladığı, gelir durumu), klinik bilgilerini içeren 16 soru (kronik bir hastalığa sahip olma durumu, cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıklar, düzenli olarak ilaç kullanma durumu, mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını etkileme durumu, mevcut tanısı, mevcut tanısı veya kronik hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyi, mevcut tanısı veya kronik hastalıklarının günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu, daha önce yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi görme durumu, daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma neden/nedenleri, daha önce yoğun bakım ünitesinde yattığı gün sayısı vb.) olmak üzere toplamda 30 sorudan oluşmaktadır.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu (BBS-Hasta)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu, hastaların bakış açısıyla bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirmek amacıyla Suhonen ve arkadaşları (2000)

tarafından geliştirilmiştir. Bu skala, 2005 yılında aynı yazarlar tarafından yeniden düzenlenerek madde sayısı azaltılmıştır (Suhonen ve ark., 2005). Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS); yalnızca yetişkin, hastanede yatarak bakım alan, soruları bağımsızca yanıtlayabilen ve hastaneden eve taburcu edilen hastalara uygulanmaktadır. Skala, hasta bireyin hastaneden taburcu olduğu gün kendisi tarafından doldurulmaktadır (Acaroğlu ve Şendir, 2012).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası hastanın, hastanede kaldığı süre boyunca, bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varmasını (BBS-A Hasta) ve hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılamasını (BBS-B Hasta) değerlendiren bir skaladır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu olmak üzere on yedişer madde içeren iki bölümden oluşmaktadır. BBS-A ve BBS-B 5' li likert tipi bir skala olup 1=Kesinlikle katılmıyorum; 2= Kısmen katılmıyorum; 3=Kararsızım; 4=Kısmen katılıyorum; 5=Tamamen katılıyorum şeklinde puanlandırılmaktadır. BBS-A Hasta ve BBS-B Hastada benzer olumlu ifadelerden oluşan ve eşit sayıda madde içeren; klinik durum, kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü olmak üzere her iki bölümde üçer alt boyut bulunmaktadır. Bu alt boyutlardan;

1. *Klinik durumda bireysel özellikler (KlinA-KlinB)*; hasta bireylerin hastalığa yanıtlarını, duygularını, hissettiklerini ve hastalığın kendileri için anlamını ele alan konularda bireyselliğinin desteklenmesine yönelik bakım davranışlarını içermektedir. Bu alt boyut yedi maddeden oluşmaktadır.

2. *Hastanın kişisel yaşam durumu (KişA-KişB)*; hasta bireylerin inanç ve değerini yansıtan; alışkanlık, aktivite, tercih, aile bağları, iş ve hastane deneyimine odaklanan bireyselliğinin desteklenmesine yönelik davranışları içermektedir. Bu alt boyut dört maddeden oluşmaktadır.

3. *Karar verme kontrolü (KarA-KarB)*; hasta bireylerin duygularını, düşüncelerini, isteklerini yansıtan, kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlayan ve bireyselliğinin desteklenmesine yönelik bakım davranışlarını içermektedir. Bu alt boyut altı maddeden oluşmaktadır (Suhonen ve ark., 2005; Acaroğlu ve ark., 2007; Tekin, 2011; Acaroğlu ve Şendir 2012; Kaplan, 2015).

BBS-A ve BBS-B'nin alt boyutlarının içerdikleri maddeler şunlardır:

1. *Klinik durum*; A01-A07 (KlinA) ve B01-B07 (KlinB),
2. *Kişisel yaşam durumu*; A08-A11 (KişA) ve B08-B11 (KişB),
3. *Karar verme kontrolü*; A12-A17 (KarA) ve B12-B17 (KarB) (Suhonen ve ark., 2007b; Acaroğlu ve Şendir, 2012).

BBS-Hasta Versiyonu'nun her bir bölümünden ve alt boyutlarından en az 1 puan, en fazla 5 puan alınabilmektedir (Suhonen ve ark., 2005; Acaroğlu ve Şendir, 2012). A ve B bölümlerinin toplam puan ortalamaları ise bölümdeki tüm maddelerden alınan puanların toplamının madde sayısına bölünmesi ile elde edilir (Acaroğlu ve ark., 2007; Suhonen ve ark., 2007b; Suhonen ve ark., 2010b; Acaroğlu ve Şendir, 2012). Bu skaladan alınan puanların yüksekliği hastanın bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına vardığını (BBS-A), hastanın kendi bakımında bireyselliği algıladığını ve deneyimlediğini (BBS-B) ifade etmektedir (Suhonen ve ark., 2005; Acaroğlu ve Şendir, 2012).

BBS-Hasta Versiyonu, 2007 yılında Acaroğlu ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Acaroğlu ve arkadaşları skalanın Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısını BBS-A için 0,92 ve BBS-B için 0,93 olarak saptamışlardır (Tekin, 2011; Acaroğlu ve Şendir, 2012).

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu (BBS-Hasta) Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı BBS-A Hasta için 0,97, BBS-B Hasta için ise 0,95 olarak bulunmuştur. BBS-A Hasta alt boyutlarından Klinik Durum alt boyutu Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,96, Kişisel Yaşam Durumu Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,86 ve Karar Verme Kontrolü Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,93 olarak saptanmıştır. BBS-B Hasta alt boyutlarından ise Klinik Durum alt boyutu Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,95, Kişisel Yaşam Durumu Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,83 ve Karar Verme Kontrolü Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu (BBS-Hasta) kullanımı için ölçeği geliştiren Suhonen ve ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapan Acaroğlu'ndan izin alınmıştır (Ek-9).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ware ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş olan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, sağlıkla ilgili araştırmalarda oldukça sık kullanılan bir ölçektir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği fiziksel ve mental yönden sağlığı değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olan bir ölçektir. Yaşam kalitesi ölçekleri içerisinde jenerik ölçüt özelliğine sahip olan ve geniş açılı ölçüm sağlayan bu ölçek, Rand Corporation tarafından 1992 yılında Kısa Form-36 (Short-Form Health Survey, SF-36) olarak yeniden düzenlenmiş ve araştırmacıların kullanıma sunulmuştur (Ware ve Sherbourne, 1992; Çıtıl, 2009).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 14 yaş ve üzerindeki bireylere kolayca uygulanabilen bir ölçektir. Ölçek, bireyin kendisi tarafından ya da bu konuda bilgilendirilmiş bir bireyin eşliğinde yüz yüze veya telefon görüşmesi yoluyla doldurabilmektedir (Çıtıl, 2009). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, 1995 yılında Pınar tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek kardiyoloji, diabetes mellitus ve hemodiyaliz hastaları üzerinde uygulanmıştır. Pınar'ın (1995) çalışmasında SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin test-tekrar-test değeri 0,94, iç tutarlık katsayısı ise 0,91 olarak bulunmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun bir diğer güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır. Koçyiğit ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısının 0,73-0,76 arasında değiştiğini bildirmişlerdir.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 36 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin sekiz alt boyutunu (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık algısı, yaşamsallık, sosyal fonksiyon, mental rol ve mental işlev) ayrı ayrı değerlendirilebilen bir ölçektir (Ware ve Sherbourne, 1992; Pınar, 1995; Çıtıl, 2009; İçyeroğlu, 2012; Kara, 2016). SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutları Tablo 1'de ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği değerlendirme yönergesi ise Tablo 2'de sunulmuştur.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği likert tipi bir ölçektir. Ölçekte yer alan 36 ifadeden 35'i son 4 hafta göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. Ölçekteki ikinci soru bireyin son 12 ay içindeki sağlık durumu ile ilgili değişim algısını sorguladığı için değerlendirmede dikkate alınmamaktadır (Uslu, 2011; İçyeroğlu, 2012). Ölçeğin dördüncü ve beşinci sorusu evet/hayır, diğer sorular likert tipi derecelendirme ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, 11d maddeleri ters

çevrilerek puanlanmaktadır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirmektedir (Elaltuntaş, 2008). Ölçeğin yalnızca tek bir toplam puanı bulunmamaktadır (Soylu, 2015). Her bir alt ölçek için ayrı toplam puan alınmaktadır. Ölçek puanları 0 ile 100 arasında değişim göstermektedir. 100 puan iyi sağlık durumuna, 0 puan kötü sağlık durumuna işaret etmektedir. Ayrıca her bir alt ölçekten alınan puanın yüksek olması yaşam kalitesinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Uslu, 2011).

Bu çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği' nin Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları ise sırasıyla 0,94, 0,79, 0,84, 0,85, 0,58, 0,78, 0,73 ve 0,58 olarak saptanmıştır.

Tablo 1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği değerlendirme yönergesi (Çolakdalcı, 2012)

Alt Boyutlar	Soruların Anketteki Numaraları	En Düşük Ham Puan	Olası Ham Puan
Fiziksel Fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10	20
Fiziksel Rol	4a+4b+4c+4d	4	4
Ağrı	7+8	2	10
Genel Sağlık Algısı	1+11a+11b+11c+11d	5	20
Yaşamsallık	9a+9e+9g+9i	4	20
Sosyal Fonksiyon	6+10	2	8
Mental Rol	5a+5b+5c	3	3
Mental İşlev	9b+9c+9d+9f+9h	5	25

Tablo 2. SF-36 Yaşam Kalitesi ölçek alt boyutları (Elaltuntaş, 2008; Çolakdalcı, 2012)

Ölçek Alt Boyutları	Soru Sayısı	Düşük Puan	Yüksek Puan
1. Fiziksel Fonksiyon	10	Yıkanma ve giyinme dâhil tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dâhil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirme
2. Fiziksel Rol	4	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
3. Ağrı	2	Çok şiddetli ve aşırı kısıtlayıcı ağrı	Ağrı ya da ağrıya bağlı kısıtlılık olmaması
4. Genel Sağlık Algısı	5	Sağlığın kötü olduğuna ve daha kötü gideceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma
5. Yaşamsallık	4	Sürekli yorgun ve bitkin hissetme	Her zaman yaşam dolu, canlı ve enerjik hissetme
6. Sosyal Fonksiyon	2	Fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürütülmesi
7. Mental Rol	3	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunların olmaması
8. Mental İşlev	5	Sürekli sinirlilik ve depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat hissetme

Yaşam Doyum Ölçeği

Yaşam Doyum Ölçeği Diener, Emmons, Larsen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilen, bireylerin yaşamlarından aldıkları doyumunu belirleyen bir ölçektir. Yaşam Doyum Ölçeği, 5 maddeden oluşan 7 dereceli (1= Kesinlikle katılmıyorum - 7= Kesinlikle katılıyorum) likert tipi bir ölçektir. Yaşam Doyum Ölçeği'nin her bir maddesinden alınan puan değerleri 1-7 arasında puanlanmakta ve 5-35 arasında bir toplam puan elde edilmektedir. Ölçek maddelerinin sıklığı ise 1= Kesinlikle katılmıyorum; 2= Katılmıyorum; 3= Biraz katılmıyorum; 4= Ne katılıyorum ne de katılmıyorum; 5= Çok az katılıyorum; 6= Katılıyorum; 7= Kesinlikle katılıyorum ifadeleri ile değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar yükseldikçe yaşam doyumunu düzeyi artmakta, alınan puanlar azaldıkça yaşam doyumunu düzeyi azalmaktadır. Yaşam Doyum Ölçeğinden alınan puanlar aşağıda gösterildiği şekilde değerlendirilmektedir.

30-35 puan: Aşırı memnun

25-29 puan: Memnun

20-24 puan: Nötr

15-19 puan: Yaşam doyumunu ortalamanın biraz altında

10-14 puan: Memnun değil

5-9 puan: Aşırı memnuniyetsiz

Yaşam Doyum Ölçeği ilk olarak Köker (1991) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve Türkiye'de birçok araştırmada kullanılmıştır. Köker, ölçeğin test-tekrar-test güvenilirliğini 0,71 ve iç tutarlılık katsayısını ise 0,78 olarak belirlemiştir. Yaşam Doyum Ölçeği'nin bir diğer Türkçeye uyarlanması Durak tarafından yapılmıştır (Durak, 2017). Durak ve arkadaşları (2010) ölçeğin iç tutarlılık katsayısını üniversite öğrencilerinde 0,81, cezaevi çalışanlarında 0,82 ve yaşlı bireylerde 0,89 olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada Yaşam Doyum Ölçeği Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı 0,96 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun (13.02.2017/ Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/681-748) onayı alındıktan sonra başlanmıştır (Ek-6). Verileri toplamak amacıyla, çalışmanın yapılacağı Samsun Kamu Hastaneleri Birliğinden yazılı (22.03.2017/ Sayı: 48669339-7144) (EK-7) ve araştırma kapsamına alınan hastalardan da sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3.2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları:

- Araştırmanın yalnızca iki hastanenin erişkin yoğun bakım ünitesinde yapılmış olması ve
- Örnekleme grubu ile yapılan yüz yüze görüşmelerde verilen cevaplardaki ifadelerin doğruluğunu değerlendirebilmek amacıyla tedavi süreci sonrasında uzun süreli gözlem ve değerlendirmelerin yapılamamasıdır.

3.2.6. İstatistiksel Değerlendirme

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi, bilgisayar ortamında IBM SPSS V23 paket programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk ile incelendi. Normal dağılım göstermeyen nicel verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Güvenilirlik analizi çalışmaları Cronbach Alfa ile incelendi. Nicel verilerin sunumu ortanca (minimum-maksimum), nitel veriler ise frekans (yüzde) şeklinde sunuldu. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 3. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (N=317)

Özellikler		n	%
Yaş grupları 56,4 ± 7,6	27-36 yaş	7	2,2
	37-46 yaş	24	7,6
	47-56 yaş	97	30,6
	57 yaş ve üzeri	189	59,6
Cinsiyet	Kadın	180	56,8
	Erkek	137	43,2
Medeni durum	Bekar	68	21,5
	Evli	249	78,5
Eğitim durumu	Okur Yazar	93	29,3
	İlkokul	98	30,9
	Ortaokul	74	23,3
	Lise	49	15,5
	Üniversite	3	1,0
Çalışma durumu	Evet	85	26,8
	Hayır	232	73,2
Meslek	Ev hanımı	159	50,2
	İşçi	21	6,6
	Memur	15	4,7
	Serbest meslek	72	22,7
	Emekli	44	13,9
	İşsiz	6	1,9
Sosyal güvence durumu	Var	278	87,7
	Yok	39	12,3
Gelir durumu	Gelir giderden az	135	42,6
	Gelir gidere eşit	182	57,4
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	48	15,2
	İlçe	202	63,7
	Köy	67	21,1

Tablo 3. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
Aile yapısı	Çekirdek aile	281	88,6
	Geniş aile	36	11,4
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	306	96,5
	Hayır	11	3,5
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Yalnız	23	7,3
	Eşi	107	33,8
	Eşi ve çocukları	142	44,8
	Çocukları	37	11,7
	Diğer (Anne, bakıcı, gelin vb.)	8	2,4
Evde bakımla ilgilenen birey varlığı	Evet	247	78,2
	Hayır	69	21,8
*Cevabı evet ise evde bakımıyla ilgilenen kişi/kişiler (n=247)	Eşi	149	60,3
	Çocukları	131	53,0
	Ücretli bakıcı	7	2,8
	Diğer (Gelin, kardeş vb.)	60	24,3
Ailesi ile olan ilişkilerini nasıl tanımladığı	Çok iyi	62	19,6
	İyi	230	72,6
	Kötü	25	7,8
Sosyal çevresi ile olan ilişkilerini nasıl tanımladığı	Çok iyi	40	12,6
	İyi	263	83,0
	Kötü	14	4,4

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %56,8'ini kadınların, %43,2'sini erkeklerin oluşturduğu, %78,5'inin evli, %21,5'inin bekar olduğu, %30,9'unun ilkökul mezunu olduğu, %26,8'inin çalıştığı, %50,2'sinin ev hanımı olduğu, %87,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu, %57,4'ünün gelirlerinin giderlerine eşit olduğu, %63,7'sinin ilçede yaşadığı, %88,6'sının çekirdek aile yapısına sahip olduğu, %96,5'inin çocuk sahibi olduğu, %44,8'inin eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı, %78,2'sinin evde bakımıyla ilgilenen biri olduğu, %60,3'üne evde eşi tarafından bakım verildiği, %72,6'sının aile ile

ilişkilerini iyi ve %83'ünün sosyal çevresiyle olan ilişkilerini iyi olarak tanımladığı belirlenmiş olup yaş ortalamaları $56,4 \pm 7,6$ 'dır (Tablo 3).

4.2. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (N=317)

Özellikler		n	%
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	291	91,8
	Hayır	26	8,2
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıkları (n=291)	Hipertansiyon	125	43,0
	Kalp hastalığı	123	42,3
	KOAH	94	32,3
	Diyabet	65	22,3
	Böbrek hastalığı	32	11,0
	Diğer (Astım, migren, troid vb.)	59	20,3
Düzenli olarak ilaç kullanma durumu	Evet	269	92,1
	Hayır	23	7,9
Mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu	Evet	291	99,7
	Hayır	1	0,3
*Mevcut tanısı	Solunum Sistemi Hastalıkları	102	32,2
	Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	36	11,4
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	120	37,9
	Hematolojik Sistem Hastalıkları	19	6,0
	Duyu Organları ve Sinir Sistemi Hastalıkları	9	2,8
	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	14	4,3
	Endokrin Sistem Hastalıkları	17	5,4

Tablo 4. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler		n	%
Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı	Yetersiz	96	30,3
	Orta	167	52,7
	İyi	52	16,4
	Oldukça iyi	2	0,6
Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu	Evet	251	79,2
	Hayır	66	20,8
*Cevabı evet ise mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı (n=251)	Hemşire	245	98,0
	Doktor	176	70,4
	Diğer (Akraba, internet, kitap vb.)	11	4,4
Mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu	Evet	297	93,7
	Hayır	20	6,3
*Cevabı evet ise mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği (n=297)	Hareket-yürüme	284	95,6
	Yeme-içme	231	77,8
	Solunum	195	65,7
	Kişisel temizlik ve giyim	73	24,6
	Boşaltım	43	14,5
	İletişim	13	4,4
Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumu	Evet	89	28,1
	Hayır	228	71,9
Cevabı evet ise yoğun bakım ünitesine kaç kez yattığı (n=89)	1 kez	75	84,3
	2 kez	9	10,1
	3 kez	4	4,5
	4 kez	1	1,1

Tablo 4. Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı (devam)

Özellikler	n	%	
*Daha önce yoğun bakım ünitesine yatma neden ya da nedenleri	Solunum Sistemi Hastalıkları	21	23,6
	Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	2	2,2
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	51	57,3
	Hematolojik Sistem Hastalıkları	3	3,4
	Duyu Organları ve Sinir Sistemi Hastalıkları	5	5,6
	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	6	6,7
	Endokrin Sistem Hastalıkları	1	1,2

*Birden fazla cevap verilmiştir, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri.

Hastaların klinik özelliklerinin dağılımı Tablo 4’de sunulmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %91,8’inin kronik bir hastalığa sahip olduğu, %43’ünün hipertansiyon, %42,3’ünün kalp hastalığı, %32,3’ünün KOAH ve %22,3’ünün diyabet tanısı aldığı, %92,1’inin düzenli olarak ilaç kullandığı, %99,7’sinin mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkilediği, %37,9’unun kardiyovasküler sistem hastalıkları, %32,2’sinin solunum sistemi hastalıkları, %11,4’ünün gastrointestinal sistem hastalıklarına ilişkin tanı aldığı, %52,7’sinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini orta olarak tanımladığı, %79,2’sinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi aldığı, %98’inin bilgi kaynağının hemşireler olduğu, %93,7’sinin mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının günlük yaşam aktivitelerini etkilediği, %95,6’sının hareket-yürüme, %77,8’inin yeme-içme, %65,7’sinin solunum günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bir bireye bağımlı olduğu, %28,1’inin daha önce yoğun bakım ünitesinde yattığı, %57,3’ünün kardiyovasküler sistem hastalıkları, %23,6’sının solunum sistemi hastalıkları nedeniyle yoğun bakım ünitesine yattığı belirlenmiş olup yoğun bakımda yatma gün ortalaması $4,3 \pm 2,3$ ’tür (Tablo 4).

4.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu'na (BBS-Hasta) İlişkin Bulgular

Tablo 5. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

BBS-A Hasta Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Klinik Durum	7	3,6 \pm 0,7	3,7	1 - 5
Kişisel Yaşam Durumu	4	3,5 \pm 0,7	3,5	2 - 5
Karar Verme Kontrolü	6	3,5 \pm 0,7	3,5	1 - 5
Toplam	17	3,5 \pm 0,7	3,6	1 - 5

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 5'te verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu alt boyutlarından Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 3,6 \pm 0,7, 3,5 \pm 0,7 ve 3,5 \pm 0,7 olarak belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu alt boyutlarından Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerleri sırasıyla 3,7, 3,5 ve 3,5 olarak saptandı. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam ortalama, standart sapma ve ortanca puan değeri sırasıyla 3,5 \pm 0,7 ve 3,6 olarak belirlendi (Tablo 5).

Tablo 6. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu madde puan ortalamaları

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuşular	3,6	0,8	4 (1-5)
Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuşular	3,7	0,8	4 (1-5)
Elimden geldiği oranda kendi bakımında sorumluluk alma fırsatı verdiler	3,8	0,8	4 (1-5)
Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar	3,6	0,8	4 (1-5)
Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuşular	3,4	0,9	4 (1-5)
Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar	3,5	0,8	4 (1-5)
Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuşular	3,6	0,8	4 (1-5)
Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (örneğin; iş, hobiler)	3,5	0,8	4 (1-5)
Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular	3,8	0,7	4 (2-5)
Günlük alışkanlıklarımı sordular (örneğin; kişisel hijyen)	3,5	0,8	4 (1-5)
Ailemin, bakımında yer almasını isteyip istemediğimi sordular	3,1	0,8	3 (1-5)
Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler	3,6	0,8	4 (1-5)
Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular	3,6	0,8	4 (1-5)
Bakımım ile ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler	3,4	0,8	3 (1-5)

Tablo 6. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu madde puan ortalamaları (devam)

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Bakımım ile ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular	3,6	0,7	4 (1-5)
Bakımım ile ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular	3,5	0,7	4 (1-5)
Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular	3,0	0,9	3 (1-5)

*Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu madde puan ortalamaları Tablo 6’da verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu’nda, “Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular”, “Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular”, “Elimden geldiği oranda kendi bakımında sorumluluk alma fırsatı verdiler”, “Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar”, “Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular”, “Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar”, “Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular”, “Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (örneğin; iş, hobiler)”, “Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular”, “Günlük alışkanlıklarımı sordular (örneğin; kişisel hijyen)”, “Ailemin, bakımında yer almasını isteyip istemediğimi sordular”, “Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler”, “Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular”, “Bakımım ile ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler”, “Bakımım ile ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular”, “Bakımım ile ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular”, “Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular” maddelerinin ortalamaları ve standart sapmaları sırasıyla; $3,6\pm 0,8$, $3,7\pm 0,8$, $3,8\pm 0,8$, $3,6\pm 0,8$, $3,4\pm 0,9$, $3,5\pm 0,8$, $3,6\pm 0,8$, $3,5\pm 0,8$, $3,8\pm 0,7$, $3,5\pm 0,8$, $3,1\pm 0,8$, $3,6\pm 0,8$, $3,6\pm 0,8$, $3,4\pm 0,8$, $3,6\pm 0,7$, $3,5\pm 0,7$ ve $3,0\pm 0,9$ olarak belirlendi. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu madde puan ortalamaları 3,0 ile 3,8 arasında değişmektedir (Tablo 6).

Tablo 7. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu maddelerinin yüzdeler dağılımları

Ölçek maddeleri		n	%
Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular	Kesinlikle Katılmıyorum	1	0,3
	Kısmen Katılmıyorum	21	6,6
	Kararsızım	102	32,2
	Kısmen Katılıyorum	159	50,2
	Tamamen Katılıyorum	34	10,7
Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular	Kesinlikle Katılmıyorum	2	0,6
	Kısmen Katılmıyorum	15	4,7
	Kararsızım	107	33,8
	Kısmen Katılıyorum	157	49,5
	Tamamen Katılıyorum	36	11,4
Elimden geldiği oranda kendi bakımında sorumluluk alma fırsatı verdiler	Kesinlikle Katılmıyorum	2	0,6
	Kısmen Katılmıyorum	6	1,9
	Kararsızım	89	28,1
	Kısmen Katılıyorum	164	51,7
	Tamamen Katılıyorum	56	17,7
Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar	Kesinlikle Katılmıyorum	4	1,3
	Kısmen Katılmıyorum	16	5,0
	Kararsızım	114	36,0
	Kısmen Katılıyorum	144	45,4
	Tamamen Katılıyorum	39	12,3
Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular	Kesinlikle Katılmıyorum	4	1,2
	Kısmen Katılmıyorum	40	12,6
	Kararsızım	114	36,0
	Kısmen Katılıyorum	134	42,3
	Tamamen Katılıyorum	25	7,9
Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar	Kesinlikle Katılmıyorum	4	1,3
	Kısmen Katılmıyorum	27	8,5
	Kararsızım	121	38,2
	Kısmen Katılıyorum	130	41,0
	Tamamen Katılıyorum	35	11,0

Tablo 7. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu maddelerinin yüzdelik dağılımları (devam)

Ölçek maddeleri		n	%
Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular	Kesinlikle Katılmıyorum	4	1,2
	Kısmen Katılmıyorum	23	7,3
	Kararsızım	113	35,6
	Kısmen Katılıyorum	141	44,5
	Tamamen Katılıyorum	36	11,4
Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (örneğin; iş, hobiler)	Kesinlikle Katılmıyorum	2	0,7
	Kısmen Katılmıyorum	27	8,5
	Kararsızım	123	38,8
	Kısmen Katılıyorum	136	42,9
	Tamamen Katılıyorum	29	9,1
Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular	Kesinlikle Katılmıyorum	-	-
	Kısmen Katılmıyorum	12	3,8
	Kararsızım	90	28,4
	Kısmen Katılıyorum	169	53,3
	Tamamen Katılıyorum	46	14,5
Günlük alışkanlıklarımı sordular (örneğin; kişisel hijyen)	Kesinlikle Katılmıyorum	1	0,4
	Kısmen Katılmıyorum	27	8,5
	Kararsızım	118	37,2
	Kısmen Katılıyorum	142	44,8
	Tamamen Katılıyorum	29	9,1
Ailemin, bakımında yer almasını isteyip istemediğimi sordular	Kesinlikle Katılmıyorum	5	1,5
	Kısmen Katılmıyorum	62	19,6
	Kararsızım	146	46,1
	Kısmen Katılıyorum	89	28,1
	Tamamen Katılıyorum	15	4,7
Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler	Kesinlikle Katılmıyorum	3	1,0
	Kısmen Katılmıyorum	21	6,6
	Kararsızım	115	36,3
	Kısmen Katılıyorum	145	45,7
	Tamamen Katılıyorum	33	10,4

Tablo 7. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu maddelerinin yüzdeler dağılımları (devam)

Ölçek maddeleri		n	%
Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular	Kesinlikle Katılmıyorum	4	1,2
	Kısmen Katılmıyorum	24	7,6
	Kararsızım	106	33,4
	Kısmen Katılıyorum	146	46,1
	Tamamen Katılıyorum	37	11,7
Bakımım ile ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler	Kesinlikle Katılmıyorum	5	1,6
	Kısmen Katılmıyorum	25	7,9
	Kararsızım	135	42,6
	Kısmen Katılıyorum	131	41,3
	Tamamen Katılıyorum	21	6,6
Bakımım ile ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular	Kesinlikle Katılmıyorum	3	0,9
	Kısmen Katılmıyorum	12	3,8
	Kararsızım	119	37,5
	Kısmen Katılıyorum	159	50,2
	Tamamen Katılıyorum	24	7,6
Bakımım ile ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular	Kesinlikle Katılmıyorum	4	1,3
	Kısmen Katılmıyorum	14	4,4
	Kararsızım	136	42,9
	Kısmen Katılıyorum	143	45,1
	Tamamen Katılıyorum	20	6,3
Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular	Kesinlikle Katılmıyorum	21	6,7
	Kısmen Katılmıyorum	59	18,6
	Kararsızım	155	48,9
	Kısmen Katılıyorum	74	23,3
	Tamamen Katılıyorum	8	2,5

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu maddelerinin yüzdeler dağılımları Tablo 7’de verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu’nun maddelerinden “Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular” ifadesine araştırmaya katılan hastaların %50,2’sinin, “Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular” ifadesine %49,5’inin, “Elimden geldiği oranda kendi bakımimde sorumluluk alma fırsatı verdiler” ifadesine %51,7’sinin “Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar” ifadesine %45,4’ünün,

“Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular” ifadesine %42,3’ünün, “Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar” ifadesine %41’inin, “Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular” ifadesine %44,5’inin, “Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (örneğin; iş, hobiler)” ifadesine %42,9’unun, “Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular” ifadesine %53,3’ünün, “Günlük alışkanlıklarımı sordular (örneğin; kişisel hijyen)” ifadesine %44,8’inin, “Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler” ifadesine %45,7’sinin, “Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular” ifadesine %46,1’inin, “Bakımım ile ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular” ifadesine %50,2’sinin, “Bakımım ile ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular” ifadesine %45,1’inin “kısmen katılıyorum”, “Ailemin, bakımım da yer almasını isteyip istemediğimi sordular” ifadesine %46,1’inin, “Bakımım ile ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler” ifadesine %42,6’sının, “Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular” ifadesine ise %48,9’unun “kararsızım” cevabı verdikleri belirlendi (Tablo 7).

Tablo 8. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

BBS-B Hasta Alt Boyutları	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Klinik Durum	7	3,0 \pm 0,6	3,0	1 - 4
Kişisel Yaşam Durumu	4	3,4 \pm 0,6	3,3	1 - 5
Karar Verme Kontrolü	6	3,5 \pm 0,7	3,5	2 - 5
Toplam	17	3,3 \pm 0,6	3,3	1 - 5

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam ve alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 8’de verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu alt boyutlarından Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 3,0 \pm 0,6, 3,4 \pm 0,6 ve 3,5 \pm 0,7 olarak belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu alt boyutlarından Klinik Durum, Kişisel Yaşam Durumu ve Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerleri sırasıyla 3,0, 3,3 ve 3,5 olarak saptandı. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam ortalama,

standart sapma ve ortanca puan değeri sırasıyla $3,3\pm 0,6$ ve 3,3 olarak belirlendi (Tablo 8).

Tablo 9. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu madde puan ortalamaları

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular	3,6	0,8	4 (1-5)
Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular	3,6	0,7	4 (1-5)
Kendi bakımımında elimden geldiği kadar sorumluluk aldım	4,0	0,7	4 (1-5)
Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular	3,6	0,7	4 (1-5)
Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular	3,2	0,8	3 (1-5)
Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular	3,5	0,8	4 (1-5)
Bakımım sırasında, hastalığının kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular	3,5	0,8	4 (1-5)
Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar	3,4	0,8	3 (1-5)
Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular	3,7	0,7	4 (1-5)
Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen)	3,5	0,7	3 (2-5)
Ailem, istediğim zaman bakımımında yer aldılar	2,8	0,9	3 (1-5)
Hastanede bana verilen bilgilere uydum	4,1	0,7	4 (2-5)
Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım	3,9	1,1	4 (1-5)

Tablo 9. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu madde puan ortalamaları (devam)

Ölçek Maddeleri	Ortalama	Standart Sapma	Ortanca (Min-Mak)
Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar	3,4	0,8	3 (1-5)
Bakımım ile ilgili kararlara katıldım	3,6	0,7	4 (2-5)
Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular	3,4	0,8	3 (1-5)
Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim	2,7	0,9	3 (1-5)

*Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu madde puan ortalamaları Tablo 9’da verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu’nda, “Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular”, “Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular”, “Kendi bakımında elimden geldiği kadar sorumluluk aldım”, “Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular”, “Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular”, “Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular”, “Bakımım sırasında, hastalığının kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular”, “Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar”, “Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular”, “Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen)”, “Ailem, istediğim zaman bakımında yer aldılar”, “Hastanede bana verilen bilgilere uydum”, “Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım”, “Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar”, “Bakımım ile ilgili kararlara katıldım”, “Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular”, “Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim” maddelerinin ortalamaları ve standart sapmaları sırasıyla; $3,6 \pm 0,8$, $3,6 \pm 0,7$, $4,0 \pm 0,7$, $3,6 \pm 0,7$, $3,2 \pm 0,8$, $3,5 \pm 0,8$, $3,5 \pm 0,8$, $3,4 \pm 0,8$, $3,7 \pm 0,7$, $3,5 \pm 0,7$, $2,8 \pm 0,9$, $4,1 \pm 0,7$, $3,9 \pm 1,1$, $3,4 \pm 0,8$, $3,6 \pm 0,7$, $3,4 \pm 0,8$ ve $2,7 \pm 0,9$ olarak belirlendi. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş

Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu madde puan ortalamaları 2,7 ile 4,1 arasında değişmektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu maddelerinin yüzdelik dağılımları

Ölçek maddeleri		n	%
Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular	Katılmıyorum	2	0,6
	Kısmen Katılmıyorum	23	7,3
	Kararsızım	100	31,5
	Kısmen Katılıyorum	169	53,3
	Tamamen Katılıyorum	23	7,3
Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular	Katılmıyorum	1	0,3
	Kısmen Katılmıyorum	21	6,6
	Kararsızım	96	30,3
	Kısmen Katılıyorum	176	55,5
	Tamamen Katılıyorum	23	7,3
Kendi bakımında elimden geldiği kadar sorumluluk aldım	Katılmıyorum	1	0,3
	Kısmen Katılmıyorum	7	2,2
	Kararsızım	63	19,9
	Kısmen Katılıyorum	171	53,9
	Tamamen Katılıyorum	75	23,7
Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular	Katılmıyorum	2	0,7
	Kısmen Katılmıyorum	18	5,7
	Kararsızım	113	35,6
	Kısmen Katılıyorum	162	51,1
	Tamamen Katılıyorum	22	6,9
Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular	Katılmıyorum	6	1,8
	Kısmen Katılmıyorum	52	16,4
	Kararsızım	154	48,6
	Kısmen Katılıyorum	95	30,0
	Tamamen Katılıyorum	10	3,2
Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular	Katılmıyorum	4	1,3
	Kısmen Katılmıyorum	33	10,4
	Kararsızım	109	34,4
	Kısmen Katılıyorum	155	48,9
	Tamamen Katılıyorum	16	5,0

Tablo 10. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu maddelerinin yüzdeler dağılımları (devam)

Ölçek maddeleri		n	%
Bakımım sırasında, hastalığımın kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular	Katılmıyorum	3	0,9
	Kısmen Katılmıyorum	30	9,5
	Kararsızım	121	38,2
	Kısmen Katılıyorum	144	45,4
	Tamamen Katılıyorum	19	6,0
Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar	Katılmıyorum	2	0,6
	Kısmen Katılmıyorum	26	8,2
	Kararsızım	140	44,2
	Kısmen Katılıyorum	131	41,3
	Tamamen Katılıyorum	18	5,7
Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular	Katılmıyorum	1	0,3
	Kısmen Katılmıyorum	13	4,1
	Kararsızım	94	29,7
	Kısmen Katılıyorum	169	53,3
	Tamamen Katılıyorum	40	12,6
Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen)	Katılmıyorum	-	-
	Kısmen Katılmıyorum	24	7,6
	Kararsızım	137	43,2
	Kısmen Katılıyorum	137	43,2
	Tamamen Katılıyorum	19	6,0
Ailem, istediğim zaman bakımında yer aldılar	Katılmıyorum	22	6,9
	Kısmen Katılmıyorum	88	27,8
	Kararsızım	154	48,6
	Kısmen Katılıyorum	44	13,9
	Tamamen Katılıyorum	9	2,8
Hastanede bana verilen bilgilere uydum	Katılmıyorum	-	-
	Kısmen Katılmıyorum	5	1,6
	Kararsızım	44	13,9
	Kısmen Katılıyorum	181	57,1
	Tamamen Katılıyorum	87	27,4

Tablo 10. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu maddelerinin yüzdeler dağılımları (devam)

Ölçek maddeleri		n	%
Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım	Katılmıyorum	11	3,5
	Kısmen Katılmıyorum	29	9,1
	Kararsızım	55	17,4
	Kısmen Katılıyorum	116	36,6
	Tamamen Katılıyorum	106	33,4
Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar	Katılmıyorum	2	0,7
	Kısmen Katılmıyorum	33	10,4
	Kararsızım	137	43,2
	Kısmen Katılıyorum	123	38,8
	Tamamen Katılıyorum	22	6,9
Bakımım ile ilgili kararlara katıldım	Katılmıyorum	-	-
	Kısmen Katılmıyorum	13	4,1
	Kararsızım	129	40,7
	Kısmen Katılıyorum	152	47,9
	Tamamen Katılıyorum	23	7,3
Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular	Katılmıyorum	2	0,6
	Kısmen Katılmıyorum	35	11,0
	Kararsızım	147	46,4
	Kısmen Katılıyorum	115	36,3
	Tamamen Katılıyorum	18	5,7
Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim	Katılmıyorum	30	9,5
	Kısmen Katılmıyorum	98	30,9
	Kararsızım	139	43,8
	Kısmen Katılıyorum	43	13,6
	Tamamen Katılıyorum	7	2,2

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu maddelerinin yüzdelerle dağılımları Tablo 10'da verilmiştir. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun maddelerinden "Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulundurdular" ifadesine araştırmaya katılan hastaların %53,3'ünün, "Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulundurdular" ifadesine %55,5'inin, "Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım" ifadesine %53,9'unun, "Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulundurdular" ifadesine %51,1'inin, "Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulundurdular" ifadesine %48,9'unun, "Bakımım sırasında, hastalığının kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulundurdular" ifadesine %45,4'ünün, "Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulundurdular" ifadesine %53,3'ünün, "Hastanede bana verilen bilgilere uydum" ifadesine %57,1'inin, "Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım" ifadesine %36,6'sının, "Bakımım ile ilgili kararlara katıldım" ifadesine %47,9'unun "kısmen katılıyorum", "Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulundurdular" ifadesine %48,6'sının, "Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobilere) dikkate aldılar" ifadesine %44,2'sinin, "Ailem, istediğim zaman bakımım da yer aldılar" ifadesine %48,6'sının, "Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar" ifadesine %43,2'sinin, "Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulundurdular" ifadesine %46,4'ünün, "Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim" ifadesine %43,8'inin "kararsızım" cevabı verdikleri, "Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulundurdular (örneğin; kişisel hijyen)" ifadesine %43,2'sinin hem "kararsızım" hem de "kısmen katılıyorum" cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 10).

Tablo 11. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Yaş grupları	27-36 yaş	3 (1,8 - 5)	3,1 (1,4 - 5)	3 (2,5 - 5)	3 (1,5 - 5)
	37-46 yaş	3,9 (2,4 - 5)	3,9 (2,1 - 5)	4 (2,3 - 5)	3,8 (2 - 5)
	47-56 yaş	3,8 (2 - 5)	4 (2,1 - 5)	3,8 (2 - 5)	3,7 (1,8 - 5)
	57 yaş ve üzeri	3,5 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
Test İstatistiği		$\chi^2=3,968$	$\chi^2=2,798$	$\chi^2=5,977$	$\chi^2=5,558$
p		p=0,265	p=0,424	p=0,113	p=0,135
Cinsiyet	Kadın	3,6 (1 - 5)	3,9 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
	Erkek	3,6 (2 - 5)	3,7 (1,4 - 5)	3,5 (2 - 5)	3,7 (1 - 5)
Test İstatistiği		U=12206,5	U=12030,5	U=12197,0	U=12087,5
p		p=0,878	p=0,707	p=0,868	p=0,763
Medeni durum	Bekar	3,4 (2 - 5)	3,3 (1,4 - 5)	3,3 (1,8 - 5)	3,3 (1 - 5)
	Evli	3,7 (1 - 5)	3,9 (1,3 - 5)	3,8 (1,5 - 5)	3,7 (1 - 5)
Test İstatistiği		U=7763	U=7295,5	U=7708,0	U=7543,0
p		p=0,293	p=0,076	p=0,252	p=0,165
Eğitim durumu	Okuryazar	3,6 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
	İlkokul	3,6 (1,8 - 5)	3,7 (2 - 5)	3,5 (2 - 5)	3,6 (1 - 5)
	Ortaokul	3,5 (1,8 - 4,8)	3,6 (1,4 - 5)	3,5 (1,8 - 4,8)	3,4 (1,5 - 4,8)
	Lise	3,9 (2,4 - 5)	4 (2,1 - 5)	3,8 (2,3 - 5)	3,8 (2 - 5)
	Üniversite	4 (3,1 - 5)	4 (3 - 5)	4 (3,5 - 5)	4 (2,7 - 5)
Test İstatistiği		$\chi^2=7,947$	$\chi^2=8,194$	$\chi^2=6,147$	$\chi^2=9,385$
p		p=0,094	p=0,085	p=0,188	p=0,052
Çalışma durumu	Evet	3,8 (1,8 - 5)	4 (1,4 - 5)	3,8 (2 - 5)	3,8 (1,5 - 5)
	Hayır	3,5 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
Test İstatistiği		U=8274,0	U=8206,5	U=8514,5	U=8383,5
p		p=0,028	p=0,020	p=0,059	p=0,040

Tablo 11. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Meslek	Ev hanımı	3,6 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
	İşçi	3,8 (1,8 - 5)	4 (1,9 - 5)	3,5 (2 - 5)	3,7 (1 - 5)
	Memur	3,9 (2,5 - 5)	4 (2,6 - 5)	4 (2,3 - 5)	3,8 (2,7 - 5)
	Serbest meslek	3,7 (1,8 - 5)	3,9 (1,4 - 5)	3,6 (2 - 5)	3,5 (1,5 - 8)
	Emekli	3,6 (2,5 - 4,8)	3,7 (2,4 - 5)	3,8 (2,5 - 4,8)	3,6 (2,2 - 4,8)
	İşsiz	3 (2,9 - 3,7)	3 (3 - 3,7)	3 (2,8 - 3,8)	3 (2,8 - 3,7)
Test İstatistiği		$\chi^2=7,416$	$\chi^2=6,380$	$\chi^2=8,394$	$\chi^2=7,607$
p		p=0,191	p=0,271	p=0,136	p=0,197
Sosyal güvence durumu	Var	3,7 (1,3 - 5)	3,9 (1,3 - 5)	3,8 (1,5 - 5)	3,7 (1 - 5)
	Yok	3,2 (1,8 - 4,2)	3,3 (1,4 - 4,7)	3 (1,8 - 4,5)	3 (1,5 - 4)
Test İstatistiği		U=3960,0	U=4122,5	U=3773,5	U=4036,0
p		p=0,006	p=0,014	p=0,002	p=0,009
Gelir durumu	Gelir giderden az	3,3 (1,8 - 5)	3,6 (1,4 - 5)	3,3 (1,8 - 5)	3,2 (1,5 - 5)
	Gelir gidere eşit	3,7 (1,3 - 5)	4 (1,3 - 5)	3,8 (1,5 - 5)	3,7 (1 - 5)
Test İstatistiği		U=9775,5	U=9921	U=9788,5	U=9939,5
p		p=0,002	p=0,003	p=0,002	p=0,003
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	3,9 (1,9 - 5)	4 (1,7 - 5)	3,8 (1,8 - 5)	3,8 (1,7 - 5)
	İlçe	3,6 (1,3 - 5)	3,9 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
	Köy	3,6 (1,6 - 5)	3,6 (1,4 - 5)	3,5 (1,8 - 5)	3,5 (1,2 - 5)
Test İstatistiği		$\chi^2=3,328$	$\chi^2=4,146$	$\chi^2=1,811$	$\chi^2=3,413$
p		p=0,198	p=0,126	p=0,404	p=0,181
Aile yapısı	Çekirdek aile	3,6 (1,3 - 5)	3,9 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
	Geniş aile	3,7 (2,5 - 5)	3,7 (2,1 - 5)	3,6 (2 - 5)	3,5 (2,5 - 5)
Test İstatistiği		U=5024,5	U=4980,0	U=4887,5	U=4979,0
p		p=0,948	p=0,879	p=0,739	p=0,878

Tablo 11. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	3,6 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
	Hayır	3 (1,8 - 5)	3,1 (1,4 - 5)	3 (2,5 - 5)	3 (1,5 - 5)
Test İstatistiği		U=1481,5	U=1563,5	U=1414,0	U=1445,5
p		p=0,499	p=0,685	p=0,362	p=0,423
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Yalnız	4 (2,5 - 5)	4 (2,6 - 5)	3,8 (2 - 5)	3,5 (2,2 - 5)
	Eşi	3,6 (1,3 - 4,8)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,7 (1 - 4,8)
	Eşi ve çocukları	3,7 (1,8 - 5)	4 (2 - 5)	3,8 (1,8 - 5)	3,7 (1 - 5)
	Çocukları	3,4 (1,6 - 4,7)	3,3 (1,4 - 5)	3,3 (1,8 - 5)	3,5 (1,2 - 4,7)
	Diğer (Anne, bakıcı, gelin vb.)	3 (1,8 - 4,2)	3,1 (1,4 - 4,7)	3,8 (2 - 5)	3 (1,5 - 4)
Test İstatistiği		$\chi^2=4,237$	$\chi^2=8,640$	$\chi^2=4,802$	$\chi^2=4,827$
p		p=0,364	p=0,071	p=0,308	p=0,306

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerleri Tablo 11'de karşılaştırılmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puan değerinin hastaların çalışma durumu (U=8274,0, p=0,028), sosyal güvence durumu (U=3960,0, p=0,006) ve gelir durumuna (U=9775,5, p=0,002) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puan değerinin çalışanlarda, sosyal güvencesi bulunanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puan değerinin hastaların yaş ($\chi^2=3,968$, p=0,265), cinsiyet (U=12206,5, p=0,878), medeni durum (U=7763, p=0,293), eğitim durumu ($\chi^2=7,947$, p=0,094), meslek ($\chi^2=7,416$, p=0,191), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=3,328$, p=0,198), aile yapısı (U=5024,5, p=0,948), çocuk sahibi olma durumu (U=1481,5, p=0,499) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=4,273$, p=0,364) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 11).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların çalışma durumu (U=8206,5, p=0,020), sosyal güvence durumu (U=4122,5, p=0,014) ve gelir durumuna (U=9921, p=0,003) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum alt boyut ortanca puan değerinin çalışanlarda, sosyal güvencesi bulunanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum alt boyut ortanca puan değerinin hastaların yaş ($\chi^2=2,798$, p=0,424), cinsiyet (U=12030,5, p=0,707), medeni durum (U=7295,5, p=0,076), eğitim durumu ($\chi^2=8,194$, p=0,085), meslek ($\chi^2=6,380$, p=0,271), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=4,146$, p=0,126), aile yapısı (U=4980,0, p=0,879), çocuk sahibi olma durumu (U=1563,5, p=0,685) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına (U=8,640, p=0,071) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 11).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Kişisel Yaşam Durumu alt boyut ortanca değerinin hastaların sosyal güvence durumu (U=3773,5, p=0,002) ve gelir durumuna (U=9788,5, p=0,002) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Kişisel Yaşam Durumu alt boyut ortanca değerinin sosyal güvencesi bulunanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Kişisel Yaşam Durumu alt boyut ortanca değerinin yaş ($\chi^2=5,977$, p=0,113), cinsiyet (U=12197,0, p=0,868), medeni durum (U=7708,0, p= 0,252), eğitim durumu ($\chi^2=6,147$, p=0,188), çalışma durumu (U=8514,5, p=0,059), meslek ($\chi^2=8,394$, p=0,136), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,811$, p=0,404), aile yapısı (U=4887,5, p=0,739), çocuk sahibi olma durumu (U=1414,0, p=0,362) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=4,802$, p=0,308) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 11).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Karar Verme Kontrolü alt boyut ortanca puan değerinin hastaların çalışma durumu (U=8383,5, p=0,040), sosyal güvence durumu (U=4036,0, p=0,009) ve gelir durumuna (U=9939,5, p=0,003) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Karar Verme Kontrolü alt boyut ortanca puan değerinin çalışanlarda, sosyal güvencesi bulunanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Karar Verme Kontrolü Durumu alt boyut ortanca değerinin yaş ($\chi^2=5,558$, p=0,135), cinsiyet (U=12087,5, p=0,763), medeni

durum (U=7543,0, p=0,165), eğitim durumu ($\chi^2=9,385$, p=0,052), meslek ($\chi^2=7,607$, p=0,197), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=3,413$, p=0,181), aile yapısı (U=4979,0, p=0,878), çocuk sahibi olma durumu (U=1445,5, p=0,423) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=4,827$, p=0,306) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların klinik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'nun ortalama puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	4 (1,8 - 5)	4 (1,4 - 5)	3,9 (2,5 - 5)	3,9 (1,5 - 5)
	Hayır	3,6 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
Test İstatistiği		U=3045,0	U=3140,0	U=3138,0	U=3088
p		p=0,099	p=0,145	p=0,145	p=0,118
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıkları	Diyabet	3,7 (2 - 4,9)	4 (2,1 - 5)	3,8 (2 - 5)	3,7 (2 - 4,8)
	Hipertansiyon	3,7 (1,3 - 5)	3,9 (1,3 - 5)	3,8 (1,5 - 5)	3,7 (1 - 8)
	Kalp hastalığı	3,7 (1,6 - 4,9)	3,9 (1,4 - 5)	3,8 (1,8 - 5)	3,7 (1 - 4,8)
	Böbrek hastalığı	3,4 (2,1 - 5)	3,4 (2,6 - 5)	3,3 (2 - 5)	3,7 (1,8 - 5)
	KOAH	3,5 (1,3 - 5)	3,6 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,3 (1 - 5)
	Diğer (Astım, migren, troid vb.)	3,5 (1,8 - 4,8)	3,7 (1,9 - 4,9)	3,3 (2 - 5)	3,5 (1 - 8)
Test İstatistiği		$\chi^2=5,894$	$\chi^2=7,096$	$\chi^2=6,827$	$\chi^2=3,815$
p		p=0,317	p=0,214	p=0,234	p=0,576
Düzenli olarak ilaç kullanma durumu	Evet	3,6 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
	Hayır	3,8 (2,5 - 4,3)	3,9 (2,1 - 4,9)	3,8 (2 - 4,8)	3,7 (2,5 - 4,5)
Test İstatistiği		U=2889,5	U=2989,5	U=2690,5	U=3045,0
p		p=0,599	p=0,768	p=0,294	p=0,900

Tablo 12. Hastaların klinik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	
Mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu	Evet	3,6 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)	
	Hayır	3 (3 - 3)	3 (3 - 3)	3 (3 - 3)	3 (3 - 3)	
Test İstatistiği		U=73,5	U=65,0	U=74,0	U=79,5	
p		p=0,392	p=0,333	p=0,390	p=0,430	
*Mevcut tanısı	Solunum Sistemi Hastalıkları	3,6 (1,3 - 4,9)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)	
	Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	3,2 (1,8 - 5)	3,1 (1,4 - 5)	3,3 (2 - 5)	3 (1,5 - 5)	
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	3,6 (1,8 - 5)	3,7 (1,7 - 5)	3,5 (1,8 - 5)	3,7 (1 - 5)	
	Hematolojik Sistem Hastalıkları	3,8 (2,4 - 4,4)	4 (2,4 - 5)	3,8 (2,3 - 4,3)	3,8 (2,5 - 4,3)	
	Duyu Organları ve Sinir Sistemi Hastalıkları	3,5 (2,7 - 4,2)	3,6 (2,7 - 4,6)	3,5 (2,5 - 4,3)	3,3 (2,8 - 4)	
	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	3,9 (2,9 - 5)	4 (3 - 5)	3,8 (2,3 - 5)	3,8 (2,8 - 5)	
	Endokrin Sistem Hastalıkları	3,7 (2 - 4,8)	4 (2,1 - 5)	3,8 (2 - 5)	3,7 (2 - 4,8)	
	Test İstatistiği		$\chi^2=4,674$	$\chi^2=5,700$	$\chi^2=3,100$	$\chi^2=4,946$
	p		p=0,586	p=0,459	p=0,795	p=0,551
Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımadığı	Yetersiz	3,3 (1,3 - 5)a	3,4 (1,3 - 5)a	3,3 (1,5 - 5)	3,2 (1 - 5)a	
	Orta	3,7 (1,8 - 5)ab	3,9 (2 - 5)ab	3,8 (2 - 5)	3,7 (1 - 5)b	
	İyi	3,8 (2,5 - 5)b	4 (2,6 - 5)b	3,8 (2,3 - 5)	3,8 (2,7 - 5)b	
	Oldukça iyi	3,5 (3,1 - 3,9)ab	3,2 (3 - 3,4)ab	4 (3,5 - 4,5)	3,3 (2,7 - 3,8)ab	
Test İstatistiği		$\chi^2=13,1$	$\chi^2=14,772$	$\chi^2=8,409$	$\chi^2=21,312$	
p		p=0,004	p=0,002	p=0,050	p<0,001	

Tablo 12. Hastaların klinik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu	Evet	3,8 (2 - 5)	4 (2,1 - 5)	3,8 (2 - 5)	3,7 (2 - 5)
	Hayır	3 (1,3 - 4,8)	3 (1,3 - 5)	3 (1,5 - 5)	3 (1 - 4,3)
Test İstatistiği		U=4375,0	U=4566,0	U=5890,5	U=3578,5
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
*Cevabı evet ise mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı	Hemşire	3,8 (2,5 - 5)	4 (2,1 - 5)	3,8 (2 - 5)	3,7 (2,5 - 5)
	Doktor	3,8 (2 - 5)	4 (2,1 - 5)	3,8 (2 - 5)	3,7 (2 - 5)
	Diğer (Akraba, internet, kitap vb.)	3,7 (2,9 - 4,5)	3,7 (3 - 4,9)	3,8 (2,8 - 4,5)	3,7 (2,7 - 4,5)
Test İstatistiği		$\chi^2=0,229$	$\chi^2=0,308$	$\chi^2=1,436$	$\chi^2=0,228$
p		p=0,892	p=0,857	p=0,488	p=0,892
Mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu	Evet	4 (1,8 - 5)	4 (1,4 - 5)	3,9 (2,5 - 5)	4 (1,5 - 5)
	Hayır	3,6 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
Test İstatistiği		U=2615,5	U=2705,5	U=2745,0	U=2574,0
p		p=0,370	p=0,499	p=0,566	p=0,315
*Cevabı evet ise mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği	Hareket-yürüme	3,6 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
	Yeme-içme	3,7 (1,6 - 5)	3,9 (1,4 - 5)	3,5 (1,8 - 5)	3,7 (1 - 5)
	Solunum	3,6 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,5 (1,5 - 5)	3,5 (1 - 5)
	Kişisel temizlik ve giyim	3,6 (2 - 4,8)	3,7 (1,7 - 5)	3,8 (2,5 - 5)	3,5 (1,7 - 4,8)
	Boşaltım	3,4 (1,3 - 4,8)	3,3 (1,3 - 5)	3,3 (1,5 - 5)	3,7 (1 - 4,8)
	İletişim	3,4 (2,2 - 4)	3,3 (2,1 - 4,1)	3,5 (2,3 - 4)	3,2 (2,2 - 4)
Test İstatistiği		$\chi^2=4,044$	$\chi^2=3,9$	$\chi^2=3,6$	$\chi^2=3,821$
p		p=0,543	p=0,550	p=0,609	p=0,575
Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumu	Evet	3,6 (1,6 - 5)	3,8 (1,4 - 5)	3,5 (1,8 - 5)	3,5 (1 - 5)
	Hayır	3,7 (1,3 - 5)	3,7 (1,3 - 5)	3,8 (1,5 - 5)	3,7 (1 - 5)
Test İstatistiği		U=9796,0	U=10069,0	U=9287,5	U=9460,0
p		p=0,632	p=0,915	p=0,236	p=0,347

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerleri Tablo 12'de karşılaştırılmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puan değerinin hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığına ($\chi^2=13,1$, $p=0,004$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna ($U=4375,0$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=3045$, $p=0,099$), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=5,894$, $p=0,317$), düzenli olarak ilaç kullanma durumu ($U=2889,5$, $p=0,599$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=73,5$, $p=0,392$), mevcut tanısı ($\chi^2=4,674$, $p=0,586$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=0,229$, $p=0,892$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu ($U=2615,5$, $p=0,370$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=4,044$, $p=0,543$) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna ($U=9796,0$, $p=0,632$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığına ($\chi^2=14,772$, $p=0,002$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna ($U=4566,0$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum ortanca

puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=3140,0$, $p=0,145$), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=7,096$, $p=0,214$), düzenli olarak ilaç kullanma durumu ($U=2989,5$, $p=0,768$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=65,0$, $p=0,333$), mevcut tanısı ($\chi^2=5,700$, $p=0,459$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=0,308$, $p=0,857$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu ($U=2705,5$, $p=0,499$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=3,9$, $p=0,550$) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna ($U=10069,5$, $p=0,915$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna ($U=5890,5$, $p<0,001$) göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=3138,5$, $p=0,145$), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=6,827$, $p=0,234$), düzenli olarak ilaç kullanma durumu ($U=2690,5$, $p=0,294$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=74,0$, $p=0,390$), mevcut tanısı ($\chi^2=3,100$, $p=0,795$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=8,409$, $p=0,050$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=1,436$, $p=0,488$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu ($U=2745,0$, $p=0,566$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=3,6$, $p=0,609$) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna ($U=9287,5$, $p=0,236$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerinin hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığına ($\chi^2=21,312$, $p<0,001$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna ($U=3578,5$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi ve orta

düzyer olarak tanımlayan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değeriinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değeriinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=3088, p=0,118), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=3,815$, p=0,576), düzenli olarak ilaç kullanma durumu (U=3045,0, p=0,900), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu (U=79,5, p=0,430), mevcut tanısı ($\chi^2=4,946$, p=0,551), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=0,228$, p=0,892), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu (U=2574,0, p=0,315), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=3,821$, p=0,575) ve daha önce yoğun yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna (U=9460,5, p=0,347) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Yaş grupları	27-36 yaş	2,9 (2,1 - 4,8)	2,6 (1,7 - 4,3)	3 (2,5 - 5)	3 (2 - 5)
	37-46 yaş	3,6 (2,2 - 4,4)	3,4 (1,9 - 4,1)	3,8 (2 - 4,8)	3,9 (2,2 - 4,8)
	47-56 yaş	3,5 (2 - 4,3)	3,3 (1,9 - 4,1)	3,5 (2 - 4,5)	3,8 (2,2 - 4,8)
	57 yaş ve üzeri	3,2 (1,4 - 4,6)	2,9 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,3 (1,7 - 5)
Test İstatistiği		$\chi^2=6,668$	$\chi^2=7,163$	$\chi^2=5,460$	$\chi^2=7,163$
p		p=0,083	p=0,067	p=0,141	p=0,067
Cinsiyet	Kadın	3,3 (1 - 5)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
	Erkek	3,4 (2 - 5)	3,1 (1,7 - 4,3)	3,3 (1,8 - 5)	3,7 (2 - 5)
Test İstatistiği		U=11758,5	U=11351,0	U=12267,5	U=11351,0
p		p=0,479	p=0,224	p=0,938	p=0,224
Medeni durum	Bekar	3,2 (2 - 5)	2,9 (1,4 - 4,3)	3,1 (1,8 - 5)	3,3 (1,7 - 5)
	Evli	3,4 (1 - 5)	3,1 (1,4 - 4,3)	3,5 (1,3 - 5)	3,7 (1,7 - 5)
Test İstatistiği		U=7330	U=7399,5	U=7361,0	U=7399,5
p		p=0,090	p=0,110	p=0,096	p=0,110

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Eğitim durumu	Okuryazar	3,2 (1,4 - 4,4)	3 (1,4 - 4,3)a	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)a
	İlkokul	3,3 (2 - 4,5)	3 (1,9 - 4,3)ab	3,3 (1,8 - 4,5)	3,5 (2,2 - 5)ab
	Ortaokul	3,3 (1,7 - 4,6)	3 (1,6 - 4,1)ab	3,4 (1,8 - 4,8)	3,5 (1,8 - 4,8)ab
	Lise	3,6 (2,2 - 4,2)	3,4 (1,9 - 3,9)b	3,8 (2 - 4,8)	4 (2,2 - 4,5)b
	Üniversite	3,7 (2,6 - 4,8)	3,4 (2,3 - 4,3)ab	3,8 (2,8 - 5)	4 (2,7 - 5)ab
Test İstatistiği		$\chi^2=8,953$	$\chi^2=10,693$	$\chi^2=5,508$	$\chi^2=10,693$
p		p=0,062	p=0,030	p=0,239	p=0,030
Çalışma durumu	Evet	3,5 (2,1 - 4,8)	3,3 (1,7 - 4,3)	3,8 (1,8 - 5)	3,8 (2 - 5)
	Hayır	3,2 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
Test İstatistiği		U=8038,5	U=7758,0	U=8741,0	U=7758,0
p		p=0,012	p=0,004	p=0,118	p=0,004
Meslek	Ev hanımı	3,2 (1,4 - 4,5)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
	İşçi	3,5 (1,9 - 4,2)	3,3 (1,7 - 3,9)	3 (1,8 - 4,3)	3,8 (2 - 4,5)
	Memur	3,7 (2,4 - 4,8)	3,4 (2,3 - 4,3)	3,8 (2 - 5)	4 (2,7 - 5)
	Serbest meslek	3,5 (2,1 - 4,4)	3,1 (1,7 - 4,1)	3,5 (1,8 - 4,5)	3,7 (2 - 4,8)
	Emekli	3,4 (2,2 - 4,6)	3,1 (2 - 4,1)	3,5 (2,3 - 4,8)	3,7 (2,3 - 4,8)
	İşsiz	2,9 (2,6 - 3,4)	2,6 (2,3 - 3,1)	3 (2,8 - 3,5)	3 (2,7 - 3,7)
Test İstatistiği		$\chi^2=9,308$	$\chi^2=11,679$	$\chi^2=5,834$	$\chi^2=11,679$
p		p=0,097	p=0,050	p=0,232	p=0,050
Sosyal güvence durumu	Var	3,4 (1,4 - 4,8)	3,1 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,7 (1,7 - 5)
	Yok	3,2 (1,6 - 3,8)	2,9 (1,4 - 3,6)	3,3 (1,8 - 4,3)	3,3 (1,7 - 4,2)
Test İstatistiği		U=4299,0	U=4169,0	U=4532,5	U=4169,0
p		p=0,036	p=0,019	p=0,094	p=0,019
Gelir durumu	Gelir giderden az	3,2 (1,6 - 4,4)	2,9 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,8 - 5)	3,3 (1,7 - 5)
	Gelir gidere eşit	3,5 (1,4 - 4,8)	3,1 (1,4 - 4,3)	3,5 (1,3 - 5)	3,7 (1,7 - 5)
Test İstatistiği		U=10085,5	U=10045	U=10313,5	U=10045
p		p=0,006	p=0,005	p=0,014	p=0,005

Tablo 13. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	3,5 (1,6 - 4,8)	3,2 (1,4 - 4,3)	3,8 (1,8 - 5)	3,8 (1,7 - 5)
	İlçe	3,3 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,1)	3,5 (1,3 - 4,8)	3,5 (1,7 - 4,8)
	Köy	3,3 (1,7 - 4,4)	3 (1,6 - 4,3)	3,3 (1,8 - 5)	3,5 (1,8 - 5)
Test İstatistiği		$\chi^2=1,476$	$\chi^2=1,203$	$\chi^2=1,199$	$\chi^2=1,203$
p		p=0,478	p=0,548	p=0,549	p=0,548
Aile yapısı	Çekirdek aile	3,3 (1,4 - 4,8)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
	Geniş aile	3,5 (2,4 - 4,3)	3,1 (2,3 - 4,3)	3,5 (2 - 5)	3,7 (2,7 - 5)
Test İstatistiği		U=4547,0	U=4421,0	U=4903,0	U=4421,0
p		p=0,323	p=0,217	p=0,762	p=0,217
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	3,3 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
	Hayır	2,9 (2,1 - 4,8)	2,6 (1,7 - 4,3)	3 (2,5 - 5)	3 (2 - 5)
Test İstatistiği		U=1525,0	U=1457,0	U=1655,5	U=1457,0
p		p=0,597	p=0,448	p=0,926	p=0,448
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Yalnız	3,5 (2,4 - 4,8)	3,1 (2,3 - 4,3)	3,5 (2 - 5)	3,7 (2,7 - 5)
	Eşi	3,3 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,1)	3,3 (1,3 - 4,8)	3,5 (1,7 - 4,8)
	Eşi ve çocukları	3,4 (1,7 - 4,4)	3,1 (1,6 - 4,3)	3,5 (1,8 - 5)	3,7 (1,8 - 5)
	Çocukları	3,1 (1,6 - 3,8)	2,9 (1,4 - 3,6)	3,3 (1,8 - 4,5)	3,3 (1,7 - 4,2)
	Diğer (Anne, bakıcı, gelin vb.)	2,9 (2 - 3,8)	2,6 (1,7 - 3,6)	3 (2,3 - 4)	3 (2 - 4,2)
Test İstatistiği		$\chi^2=8,482$	$\chi^2=8,753$	$\chi^2=7,651$	$\chi^2=8,753$
p		p=0,075	p=0,068	p=0,105	p=0,068

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerleri Tablo 13'te karşılaştırılmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta toplam ortanca puan değerinin hastaların çalışma durumu (U=8038,5, p=0,012), sosyal güvence durumu (U=4299,0, p=0,036) ve gelir durumuna (U=10085,5, p=0,006) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta toplam ortanca puan değerinin çalışanlarda,

sosyal güvencesi bulunanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta toplam ortanca puan değerinin yaş ($\chi^2=6,668$, $p=0,083$), cinsiyet ($U=11758,5$, $p=0,479$), medeni durum ($U=7330$, $p=0,090$), eğitim durumu ($\chi^2=8,953$, $p=0,062$), meslek ($\chi^2=9,308$, $p=0,097$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,476$, $p=0,478$), aile yapısı ($U=4547,0$, $p=0,323$), çocuk sahibi olma durumu ($U=1525,0$, $p=0,597$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=8,482$, $p=0,075$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 13).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin hastaların eğitim durumu ($\chi^2=10,693$, $p=0,030$), çalışma durumu ($U=7758,0$, $p=0,004$), sosyal güvence durumu ($U=4169,0$, $p=0,019$) ve gelir durumuna ($U=10045$, $p=0,005$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin çalışanlarda, sosyal güvencesi bulunanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte lise mezunu olan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin okuryazar olan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin yaş ($\chi^2=7,163$, $p=0,067$), cinsiyet ($U=11351,0$, $p=0,224$), medeni durum ($U=7399,5$, $p=0,110$), meslek ($\chi^2=11,679$, $p=0,050$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,203$, $p=0,548$), aile yapısı ($U=4421,0$, $p=0,217$), çocuk sahibi olma durumu ($U=1457,0$, $p=0,448$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=8,753$, $p=0,068$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 13).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin hastaların gelir durumuna ($U=10313,5$, $p=0,014$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin yaş ($\chi^2=5,460$, $p=0,141$), cinsiyet ($U=12267,5$, $p=0,938$), medeni durum ($U=7361,0$, $p=0,096$), eğitim durumu ($\chi^2=5,508$, $p=0,239$), çalışma durumu ($U=8741,0$, $p=0,118$), meslek ($\chi^2=5,834$, $p=0,232$), sosyal güvence durumu ($U=4532,5$, $p=0,094$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,199$, $p=0,549$), aile yapısı ($U=4903,0$, $p=0,762$), çocuk sahibi olma durumu ($U=1655,5$, $p=0,926$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=7,651$, $p=0,105$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 13).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerinin hastaların eğitim durumu ($\chi^2=10,693$, $p=0,030$), çalışma durumu ($U=7758,0$, $p=0,004$), sosyal güvence durumu ($U=4169,0$, $p=0,019$) ve gelir durumuna ($U=10045$, $p=0,005$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerinin çalışanlarda, sosyal güvencesi bulunanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte lise mezunu olan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerinin okuryazar olan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerinin yaş ($\chi^2=7,163$, $p=0,067$), cinsiyet ($U=11351,0$, $p=0,224$), medeni durum ($U=7399,5$, $p=0,110$), meslek ($\chi^2=11,679$, $p=0,050$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,203$, $p=0,548$), aile yapısı ($U=4421,0$, $p=0,217$), çocuk sahibi olma durumu ($U=1457,0$, $p=0,448$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=8,753$, $p=0,068$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	3,3 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
	Hayır	3,7 (2,1 - 4,8)	3,4 (1,7 - 4,3)	3,8 (2,5 - 5)	4 (2 - 5)
Test İstatistiği		U=3069	U=3148,0	U=3000,0	U=3148,0
p		p=0,111	p=0,155	p=0,077	p=0,155
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıkları	Diyabet	3,5 (2 - 4,4)	3,1 (1,9 - 4)	3,5 (1,8 - 4,5)	3,7 (2,2 - 4,7)
	Hipertansiyon	3,4 (1,4 - 4,6)	3,1 (1,4 - 4,3)	3,4 (1,3 - 4,8)	3,7 (1,7 - 5)
	Kalp hastalığı	3,3 (1,6 - 4,4)	3 (1,4 - 4,1)	3,3 (1,8 - 5)	3,5 (1,7 - 4,8)
	Böbrek hastalığı	3,4 (2,1 - 4,6)	3,1 (2 - 4,3)	3,3 (1,8 - 4,8)	3,7 (2,3 - 5)
	KOAH	3,2 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 4,8)	3,5 (1,7 - 5)
	Diğer (Astım, migren, troid vb.)	3,4 (1,9 - 4,6)	3,1 (1,7 - 4,1)	3,5 (1,8 - 4,8)	3,7 (2 - 4,8)
Test İstatistiği		$\chi^2=4,477$	$\chi^2=3,912$	$\chi^2=7,344$	$\chi^2=3,912$
p		p=0,483	p=0,562	p=0,196	p=0,562

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü	
Düzenli olarak ilaç kullanma durumu	Evet	3,3 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)	
	Hayır	3,3 (2,4 - 4)	3 (2 - 3,7)	3,8 (2,3 - 4)	3,5 (2,3 - 4,3)	
Test İstatistiği		U=2932	U=2973,0	U=2858,5	U=2973,0	
p		p=0,678	p=0,756	p=0,541	p=0,756	
Mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu	Evet	3,3 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)	
	Hayır	2,9 (2,9 - 2,9)	2,6 (2,6 - 2,6)	3 (3 - 3)	3 (3 - 3)	
Test İstatistiği		U=69,5	U=64,5	U=93,5	U=64,5	
p		p=0,367	p=0,335	p=0,533	p=0,335	
*Mevcut tanısı	Solunum Sistemi Hastalıkları	3,3 (1,4 - 4,5)	3 (1,4 - 4,3)	3,4 (1,3 - 4,5)	3,5 (1,7 - 5)	
	Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	3,2 (2,1 - 4,4)	3 (1,7 - 4,3)	3,3 (2,3 - 4,8)	3,5 (2 - 5)	
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	3,4 (1,6 - 4,8)	3,1 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,8 - 5)	3,7 (1,7 - 5)	
	Hematolojik Sistem Hastalıkları	3,6 (2,3 - 4)	3,3 (1,9 - 3,7)	3,5 (2,3 - 4)	3,8 (2,2 - 4,3)	
	Duyu Organları ve Sinir Sistemi Hastalıkları	2,9 (2,6 - 3,6)	2,6 (2,3 - 3,4)	3 (2,8 - 3,8)	3 (2,7 - 4)	
	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	3,7 (2,9 - 4,2)	3,2 (2,6 - 4)	3,8 (3 - 4,5)	3,8 (3 - 4,7)	
	Endokrin Sistem Hastalıkları	3,4 (2 - 4,6)	3,1 (1,9 - 4,1)	3,5 (1,8 - 4,8)	3,7 (2,2 - 4,8)	
	Test İstatistiği		$\chi^2=7,807$	$\chi^2=8,600$	$\chi^2=6,700$	$\chi^2=8,600$
	p		p=0,253	p=0,197	p=0,354	p=0,197

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı	Yetersiz	3,1 (1,4 - 4,4)a	2,7 (1,4 - 4,3)a	3,3 (1,3 - 4,5)a	3,2 (1,7 - 5)a
	Orta	3,3 (2 - 4,6)b	3 (1,9 - 4,1)ab	3,5 (1,8 - 4,8)b	3,5 (2,2 - 4,8)ab
	İyi	3,7 (2,4 - 4,8)b	3,4 (2,4 - 4,3)b	3,8 (2 - 5)c	4 (2,8 - 5)b
	Oldukça iyi	3,1 (2,6 - 3,7)ab	2,9 (2,3 - 3,4)ab	3,3 (2,8 - 3,8)abc	3,3 (2,7 - 4)ab
Test İstatistiği		$\chi^2=21,118$	$\chi^2=24,621$	$\chi^2=10,382$	$\chi^2=24,621$
p		p<0,001	p<0,001	p=0,016	p<0,001
Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu	Evet	3,5 (2 - 4,8)	3,1 (1,9 - 4,3)	3,5 (2 - 5)	3,7 (2,2 - 5)
	Hayır	2,7 (1,4 - 4,1)	2,4 (1,4 - 3,7)	3 (1,3 - 4,5)	2,8 (1,7 - 4,3)
Test İstatistiği		U=3111,5	U=2782,0	U=4612,0	U=2782,0
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
*Cevabı evet ise mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı	Hemşire	3,5 (2,4 - 4,8)	3,3 (2,1 - 4,3)	3,5 (2 - 5)	3,8 (2,5 - 5)
	Doktor	3,5 (2 - 4,6)	3,1 (1,9 - 4,3)	3,5 (2 - 4,8)	3,7 (2,2 - 5)
	Diğer (Akraba, internet, kitap vb.)	3,4 (2,6 - 4,3)	3,1 (2,3 - 4)	3,5 (2,8 - 4,3)	3,7 (2,7 - 4,7)
Test İstatistiği		$\chi^2=0,330$	$\chi^2=0,371$	$\chi^2=0,390$	$\chi^2=0,371$
p		p=0,848	p=0,830	p=0,823	p=0,830
Mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu	Evet	3,7 (2,1 - 4,4)	3,4 (1,7 - 4)	3,6 (2,5 - 4,8)	4 (2 - 4,7)
	Hayır	3,3 (1,4 - 4,8)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
Test İstatistiği		U=2587,0	U=2607,0	U=2609,0	U=2607,0
p		p=0,334	p=0,358	p=0,358	p=0,358

Tablo 14. Hastaların klinik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
*Cevabı evet ise mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği	Hareket-yürüme	3,3 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
	Yeme-içme	3,4 (1,6 - 4,6)	3,1 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,8 - 5)	3,7 (1,7 - 5)
	Solunum	3,3 (1,4 - 4,8)	3 (1,4 - 4,3)	3,5 (1,3 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
	Kişisel temizlik ve giyim	3,3 (2 - 4,4)	3 (1,7 - 4)	3,3 (2,3 - 5)	3,5 (2 - 4,7)
	Boşaltım	3,3 (1,4 - 4,6)	3 (1,4 - 4,1)	3 (1,3 - 4,8)	3,5 (1,7 - 4,8)
	İletişim	2,9 (2 - 3,7)	2,7 (2 - 3,7)	3 (1,8 - 3,5)	3,2 (2,3 - 4,3)
Test İstatistiği		$\chi^2=3,988$	$\chi^2=3,0$	$\chi^2=8,4$	$\chi^2=3,0$
p		p=0,551	p=0,698	p=0,138	p=0,698
Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumu	Evet	3,3 (1,4 - 4,4)	3 (1,4 - 4,3)	3,3 (1,3 - 4,5)	3,5 (1,7 - 5)
	Hayır	3,4 (1,6 - 4,8)	3 (1,4 - 4,3)	3,5 (1,8 - 5)	3,5 (1,7 - 5)
Test İstatistiği		U=9731,0	U=9531,5	U=9925,5	U=9531,5
p		p=0,571	p=0,400	p=0,761	p=0,400

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, GYA: Günlük Yaşam Aktivitesi, a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'nun ortanca puan değerleri Tablo 14'te karşılaştırılmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta toplam ortanca puan değerinin hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığına ($\chi^2=21,118$, $p<0,001$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna ($U=3111,5$, $p<0,001$) göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta toplam ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi ve orta olarak tanımlayan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta toplam ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından

daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta toplam ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=3069, p=0,111), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=4,477$, p=0,483), düzenli olarak ilaç kullanma durumu (U=2932, p=0,678), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu (U=69,5, p=0,367), mevcut tanısı ($\chi^2=7,807$, p=0,253), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=0,330$, p=0,848), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu (U=2587,0, p=0,334), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=3,988$, p=0,551) ve daha önce yoğun bakım ünitesine yatma durumuna (U=9731,0, p=0,571) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 14).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığına ($\chi^2=24,621$, p<0,001), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna (U=2782,0, p<0,001) göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=3148,0, p=0,155), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=3,912$, p=0,562), düzenli olarak ilaç kullanma durumu (U=2973,0, p=0,756), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu (U=64,5 p=0,335), mevcut tanısı ($\chi^2=8,600$, p=0,197), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=0,371$, p=0,830), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu (U=2607,0, p=0,358), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=3,0$, p=0,698) ve daha önce yoğun bakım ünitesine yatma durumuna (U=9531,5, p=0,400) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 14).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl

tanımladığına ($\chi^2=10,382$, $p=0,016$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna ($U=4612,0$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini orta ve yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini orta olarak tanımlayan hastalarda Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=3000,0$, $p=0,077$), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=7,344$, $p=0,196$), düzenli olarak ilaç kullanma durumu ($U=2858,5$, $p=0,541$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=93,5$, $p=0,533$), mevcut tanısı ($\chi^2=6,700$, $p=0,354$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=0,390$, $p=0,823$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu ($U=2609,0$, $p=0,358$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=8,4$, $p=0,138$) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna ($U=9925,5$, $p=0,761$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 14).

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerinin hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığına ($\chi^2=24,621$, $p<0,001$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna ($U=2782,0$, $p<0,001$) göre ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar

Verme Kontrolü ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=3148,0, p=0,155), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=3,912$, p=0,562), düzenli olarak ilaç kullanma durumu (U=2973,0, p=0,756), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu (U=64,5, p=0,335), mevcut tanısı ($\chi^2=8,600$, p=0,197), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=0,371$, p=0,830), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu (U=2607,0, p=0,358), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=3,0$, p=0,698) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna (U=9531,5, p=0,400) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 14).



4.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 15. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca	Min-Mak
Fiziksel Fonksiyon	10	20,4 \pm 5,7	20,0	10 - 30
Fiziksel Rol	4	5,4 \pm 1,4	5,0	4 - 8
Ağrı	2	4,4 \pm 2,1	4,0	1 - 10
Genel Sağlık Algısı	5	11,3 \pm 3,5	11,0	5 - 21
Yaşamsallık	4	11,6 \pm 3,2	12,0	4 - 41
Sosyal Fonksiyon	2	5,4 \pm 1,6	5,0	2 - 10
Mental Rol	3	4,2 \pm 1,1	4,0	3 - 6
Mental İşlev	5	16,3 \pm 3,2	17,0	7 - 29

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 15'te verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev ortalama ve standart sapma değerleri sırasıyla 20,4 \pm 5,7, 5,4 \pm 1,4, 4,4 \pm 2,1, 11,3 \pm 3,5, 11,6 \pm 3,2, 5,4 \pm 1,6, 4,2 \pm 1,1 ve 16,3 \pm 3,2 olarak belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev ortanca puan değerleri sırasıyla 20,0, 5,0, 4,0, 11,0, 12,0, 5,0, 4,0 ve 17,0 olarak saptandı (Tablo 15).

Tablo 16. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği madde puan ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri

Ölçek Maddeleri	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Mak)
1. Sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?	4,3 \pm 0,7	4 (3 - 5)
2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	3,9 \pm 0,9	4 (1 - 5)
3a. Sağlık durumunuz koşmak, ağır kaldırarak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	1,6 \pm 0,7	1 (1 - 3)
3b. Sağlık durumunuz bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	2,2 \pm 0,7	2 (1 - 3)
3c. Sağlık durumunuz günlük alışverişte alınanları kaldırma/ taşıma gibi etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	1,9 \pm 0,7	2 (1 - 3)
3d. Sağlık durumunuz merdivenle çok sayıda kat çıkma gibi etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	1,5 \pm 0,6	1 (1 - 3)
3e. Sağlık durumunuz merdivenle bir kat çıkma gibi etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	2,4 \pm 0,7	3 (1 - 3)
3f. Sağlık durumunuz eğilme ve diz çökme gibi etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	1,9 \pm 0,8	2 (1 - 3)
3g. Sağlık durumunuz bir-iki kilometre yürüme gibi etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	1,5 \pm 0,7	1 (1 - 3)
3h. Sağlık durumunuz birkaç sokak öteye yürüme gibi etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	2,1 \pm 0,8	2 (1 - 3)
3i. Sağlık durumunuz bir sokak öteye yürüme gibi etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	2,5 \pm 0,7	3 (1 - 3)
3j. Sağlık durumunuz kendi kendine banyo yapma ve giyinme gibi etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?	2,7 \pm 0,6	3 (1 - 3)
4a. Son 4 Hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, iş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1,6 \pm 0,5	2 (1 - 2)
4b. Son 4 Hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1,4 \pm 0,5	1 (1 - 2)
4c. Son 4 Hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, iş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldumu?	1,3 \pm 0,4	1 (1 - 2)
4d. Son 4 Hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, iş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin; daha fazla çaba gerektirmesi)	1,1 \pm 0,3	1 (1 - 2)

Tablo 16. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği madde puan ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri
(devam)

Ölçek Maddeleri	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Mak)
5a. Son 4 Hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin; çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, iş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	1,6 ± 0,5	2 (1 - 2)
5b. Son 4 Hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin; çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	1,4 ± 0,5	1 (1 - 2)
5c. Son 4 Hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin; çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, işinizi ve diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyormuydunuz?	1,2 ± 0,4	1 (1 - 2)
6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?	3 ± 0,9	3 (1 - 5)
7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?	4,3 ± 1,2	5 (1 - 6)
8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?	3,3 ± 1	3 (1 - 5)
9a. Son 4 hafta boyunca kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	3,4 ± 1	3 (1 - 6)
9b. Son 4 hafta boyunca çok sinirli bir insan oldunuz mu?	3,2 ± 1,4	3 (1 - 6)
9c. Son 4 hafta boyunca sizi hiç bir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	2,8 ± 0,8	3 (1 - 6)
9d. Son 4 hafta boyunca kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	4 ± 1,8	4 (1 - 33)
9e. Son 4 hafta boyunca kendinizi enerjik hissettiniz mi?	3,9 ± 0,9	4 (1 - 6)
9f. Son 4 hafta boyunca kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	2,9 ± 0,7	3 (1 - 6)
9g. Son 4 hafta boyunca kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	4,4 ± 1,8	4 (2 - 33)
9h. Son 4 hafta boyunca kendinizi mutlu hissettiniz mi?	3,6 ± 1,3	4 (1 - 22)
9i. Son 4 hafta boyunca kendinizi yorgun hissettiniz mi?	4,9 ± 0,8	5 (1 - 6)
10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş ve akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?	3,6 ± 0,8	4 (1 - 5)
11a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim ifadesi sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır?	3,8 ± 1,1	4 (1 - 5)
11b. Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım ifadesi sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır?	3,4 ± 0,9	3 (1 - 5)
11c. Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum ifadesi sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır?	3,2 ± 0,8	3 (1 - 5)
11d. Sağlığım mükemmel ifadesi sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır?	4,1 ± 0,8	4 (2 - 5)

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği madde puan ortalama, standart sapma ve ortanca puan değerleri Tablo 16'da verilmiştir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ndeki 36 soru içindeki ortalama değerlerin 1,1-4,9 (min- mak) arasında değiştiği, ölçek maddeleri içinde 4d. maddesi olan “Son 4 Hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, iş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin; daha fazla çaba gerektirmesi)” ifadesine verilen cevabın en düşük minimum değere ($1,1\pm 0,3$), 9i. maddesi olan “Son 4 hafta boyunca kendinizi yorgun hissettiniz mi?” ifadesine verilen cevabında en yüksek maksimum değere ($4,9\pm 0,8$) sahip olduğu belirlendi (Tablo 16).



Tablo 17. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Yaşamsallık	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental İşlev
Yaş grupları	27-36 yaş	30 (27 - 30)a	8 (5 - 8)a	9 (5 - 10)a	17,4 (13-18,4)a	13 (8 - 16)	8 (4 - 9)a	6 (4 - 6)a	15 (11 - 22)
	37-46 yaş	26 (10 - 30)bc	6,5 (4 - 8)bc	6 (1 - 10)bc	14,2 (8-18,4)bc	13 (7 - 16)	6 (3 - 10)a	5 (3 - 6)a	17 (10 - 24)
	47-56 yaş	24 (11 - 30)c	6 (4 - 8)c	4 (1 - 10)c	11 (5-20,4)c	12 (4 - 18)	5 (3 - 10)a	4 (3 - 6)a	17 (8 - 29)
	57 ve üzeri	18 (10 - 30)bc	5 (4 - 8)bc	3 (1 - 9)bc	10 (5-21)bc	11 (4 - 41)	5 (2 - 9)b	4 (3 - 6)b	16 (7 - 26)
Test İstatistiği		$\chi^2=74,486$	$\chi^2=45,757$	$\chi^2=44,543$	$\chi^2=37,316$	$\chi^2=7,116$	$\chi^2=37,532$	$\chi^2=34,802$	$\chi^2=2,947$
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,068	p<0,001	p<0,001	p=0,400
Cinsiyet	Kadın	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 20)	11 (4 - 18)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (10 - 24)
	Erkek	22 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5 - 21)	12 (4 - 41)	5 (3 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
Test İstatistiği		U=9929,5	U=10580,5	U=9847,5	U=10642,5	U=10946,5	U=10372,5	U=10715,5	U=12275,5
p		p=0,003	p=0,025	p=0,002	p=0,036	p=0,085	p=0,013	p=0,037	p=0,946
Medeni durum	Evli	18 (10 - 30)	4,5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (6 - 19,4)	11 (4 - 17)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	16 (11 - 26)
	Bekar	20 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5 - 21)	12 (4 - 41)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
Test İstatistiği		U=7805,5	U=7721,0	U=8137,0	U=8144,0	U=7293,0	U=7950,5	U=7341,5	U=7370,5
p		p=0,323	p=0,248	p=0,618	p=0,629	p=0,078	p=0,430	p=0,080	p=0,098
Eğitim durumu	Okuryazar	17 (10 - 28)a	4 (4 - 7)ac	3 (1 - 8)a	10 (5 - 19,4)a	11 (5 - 17)a	5 (2 - 9)a	3 (3 - 6)a	16 (10 - 26)
	İlkokul	21 (10 - 30)b	5 (4 - 8)b	4 (1 - 10)b	11 (5 - 21)a	12 (4 - 18)ab	5 (3 - 10)a	4 (3 - 6)b	17 (8 - 29)
	Ortaokul	20,5 (10-30)b	5 (4 - 8)b	4 (1 - 10)ab	10 (5 - 18,4)a	11 (6 - 41)a	5 (3 - 9)ab	4 (3 - 6)b	16 (7 - 23)
	Lise	27 (15 - 30)c	7 (4 - 8)c	5 (1 - 10)c	14,4 (7-20,4)ab	13 (7 - 17)b	6 (3 - 10)b	5 (3 - 6)c	17 (11 - 25)
	Üniversite	27 (26 - 27)bc	5 (4 - 5)ac	5 (5 - 8)ac	16 (10 - 16)b	14 (7 - 16)ab	7 (3 - 8)b	5 (3 - 5)abc	17 (10 - 22)
Test İstatistiği		$\chi^2=68,005$	$\chi^2=59,514$	$\chi^2=31,362$	$\chi^2=26,620$	$\chi^2=22,986$	$\chi^2=37,316$	$\chi^2=58,359$	$\chi^2=3,492$
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,479

Tablo 17. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Yaşamsallık	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental İşlev
Çalışma durumu	Evett	24 (10 - 30)	6 (4 - 8)	5 (1 - 10)	12 (6 - 20,4)	12 (6 - 18)	6 (3 - 10)	5 (3 - 6)	17 (7 - 29)
	Hayır	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 21)	11 (4 - 41)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (8 - 26)
Test İstatistiği		U=6219	U=6817,5	U=7433,5	U=7823,5	U=8863	U=7864,5	U=7028	U=9514,5
p		p<0,001	p<0,001	p=0,001	p=0,005	p=0,165	p=0,005	p<0,001	p=0,628
Meslek	Ev hanımı	19 (10 - 30)b	5 (4 - 8)a	3 (1 - 10)a	10 (5 - 18)a	11 (4 - 18)	5 (2 - 10)a	4 (3 - 6)b	17 (10 - 24)
	İşçi	23 (10 - 30)ab	5 (4 - 8)ab	6 (2 - 10)b	12 (7 - 18)b	12 (7 - 16)	6 (4 - 10)b	4 (3 - 6)ab	17 (12 - 25)
	Memur	26 (18 - 27)a	7 (4 - 8)ab	5 (2 - 8)ab	12 (7 - 17,4)ab	13 (7 - 16)	6 (3 - 8)ab	5 (3 - 6)ab	17 (10 - 22)
	Serbest meslek	24 (13 - 30)a	6 (4 - 8)b	5 (1 - 10)b	11,5 (6 - 20,4)b	11,5 (4 - 18)	5 (3 - 9)ab	4 (3 - 6)a	16 (7 - 29)
	Emekli	18 (12 - 30)b	5 (4 - 8)ab	4 (1 - 9)ab	10 (5 - 21)ab	12 (4 - 41)	5 (3 - 9)ab	4 (3 - 6)b	17 (8 - 24)
	İşsiz	24,5 (17-30)ab	6 (4 - 8)ab	5 (4 - 10)ab	11 (8 - 18,4)ab	12,5 (10 - 14)	6 (4 - 9)ab	5,5 (3 - 6)ab	16,5 (13 - 17)
Test İstatistiği		$\chi^2=34,717$	$\chi^2=25,383$	$\chi^2=30,087$	$\chi^2=21,338$	$\chi^2=11,276$	$\chi^2=16,829$	$\chi^2=24,733$	$\chi^2=3,122$
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,001	p=0,050	p=0,005	p<0,001	p=0,681
Sosyal güvence durumu	Var	20 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5 - 21)	12 (4 - 41)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
	Yok	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (6 - 18,4)	10 (8 - 15)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	14 (11 - 20)
Test İstatistiği		U=5017	U=5109	U=5198,5	U=4789	U=4423,5	U=4607	U=5208	U=3729,5
p		p=0,450	p=0,546	p=0,673	p=0,236	p=0,061	p=0,120	p=0,679	p=0,001
Gelir durumu	Gelir giderden az	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (6 - 21)	11 (4 - 18)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	16 (8 - 29)
	Gelir gidere eşit	20,5 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5 - 20,4)	12 (4 - 41)	5 (3 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 26)
Test İstatistiği		U=11451,5	U=11776	U=11076	U=10263,5	U=9525	U=9321,5	U=11474,5	U=9931,5
p		p=0,301	p=0,513	p=0,128	p=0,012	p=0,001	p<0,001	p=0,295	p=0,003

Tablo 17. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Yaşamsallık	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental İşlev
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	23 (10 - 30)a	6 (4 - 8)a	5 (2 - 10)	13 (7-21)a	12 (6 - 17)	5,5 (4 - 9)a	5 (3 - 6)a	17 (11 - 24)
	İlçe	21 (10 - 30)a	5 (4 - 8)b	4 (1 - 10)	10 (5-20,4)b	11 (4 - 41)	5 (2 - 10)ab	4 (3 - 6)b	17 (8 - 25)
	Köy	17 (10 - 28)b	4 (4 - 8)c	4 (1 - 9)	11 (5-18,4)ab	11 (6 - 18)	5 (2 - 8)b	3 (3 - 6)c	17 (7 - 29)
Test İstatistiği		$\chi^2=17,493$	$\chi^2=22,699$	$\chi^2=4,794$	$\chi^2=6,83$	$\chi^2=3,24$	$\chi^2=9,307$	$\chi^2=23,64$	$\chi^2=1,942$
p		p<0,001	p<0,001	p=0,091	p=0,033	p=0,198	p=0,010	p<0,001	p=0,379
Aile yapısı	Çekirdek aile	21 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5 - 21)	12 (4 - 41)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
	Geniş aile	16 (10 - 27)	4 (4 - 6)	3 (1 - 7)	9,5 (5 - 16,4)	10 (8 - 17)	4,5 (2 - 8)	3 (3 - 5)	16 (10 - 22)
Test İstatistiği		U=2731	U=2682,5	U=4055,5	U=3867,5	U=4149,5	U=3951	U=2967,5	U=4578,5
p		p<0,001	p<0,001	p=0,049	p=0,021	p=0,077	p=0,028	p<0,001	p=0,348
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	20 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 21)	11 (4 - 41)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
	Hayır	30 (20 - 30)	8 (5 - 8)	9 (3 - 10)	16 (13 - 18,4)	12 (8 - 16)	8 (4 - 9)	6 (3 - 6)	15 (11 - 22)
Test İstatistiği		U=312	U=466	U=453	U=445,5	U=1443	U=748,5	U=836,5	U=1479,5
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,418	p=0,001	p=0,003	p=0,490
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Yalnız	19 (13 - 30)ab	5 (4 - 8)ab	4 (2 - 9)ab	10 (6 - 17,4)ab	12 (7 - 16)	5 (4 - 8)	4 (3 - 6)	16 (11 - 22)
	Eşi	19 (10 - 30)ab	5 (4 - 8)ab	4 (1 - 9)a	10 (5 - 21)a	11 (4 - 41)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	17 (7 - 24)
	Eşi ve çocukları	22 (10 - 30)b	5 (4 - 8)ab	4 (1 - 10)ab	11 (5 - 20,4)ab	12 (6 - 18)	5 (3 - 10)	4 (3 - 6)	17 (10 - 29)
	Çocukları	17 (10 - 29)a	4 (4 - 8)a	3 (1 - 10)ab	10 (6 - 19,4)ab	11 (4 - 17)	5 (2 - 9)	3 (3 - 6)	16 (11 - 26)
	Diğer (Anne, bakıcı, gelin vb.)	30 (10 - 30)b	8 (4 - 8)b	9 (1 - 10)b	15,9 (8 - 18,4)b	9,5 (8 - 15)	7 (3 - 9)	5,5 (3 - 6)	13 (11 - 18)
Test İstatistiği		$\chi^2=17,209$	$\chi^2=14,534$	$\chi^2=10,227$	$\chi^2=11,647$	$\chi^2=4,537$	$\chi^2=7,013$	$\chi^2=10,682$	$\chi^2=6,23$
p		p=0,002	p=0,006	p=0,037	p=0,020	p=0,338	p=0,135	p=0,050	p=0,183

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 17’de karşılaştırılmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların yaş ($\chi^2=74,486$, $p<0,001$), cinsiyet ($U=9929,5$, $p=0,003$), eğitim durumu ($\chi^2=68,005$, $p<0,001$), çalışma durumu ($U=6219$, $p<0,001$), meslek ($\chi^2=34,717$, $p<0,001$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=17,493$, $p<0,001$), aile yapısı ($U=2731$, $p<0,001$), çocuk sahibi olma durumu ($U=312$, $p<0,001$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=17,209$, $p=0,002$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin erkeklerde, çalışanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda ve çocuk sahibi olmayanlarda yüksek olduğu görüldü.

Bununla birlikte 27-36 yaş arasında bulunan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin diğer yaş gruplarında olan hastaların puanından, üniversite mezunu olan hastalarda Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar olan hastaların puanından, lise mezunu olan hastalarda Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastaların puanından, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastalarda Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar olan hastaların puanından, memur ve serbest meslek sahibi olan hastalarda Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin emekli ve ev hanımı olan hastaların puanından, il ve ilçede yaşayan hastalarda Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin köyde yaşayan hastaların puanından, diğerleriyle birlikte yaşayan hastalarda Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin çocuklarıyla yaşayan hastaların puanından, eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalarda Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin çocuklarıyla yaşayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı.

Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin medeni durum ($U=7805,5$, $p=0,323$), sosyal güvence durumu ($U=5017$, $p=0,450$) ve gelir durumuna ($U=11451,5$, $p=0,301$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların yaş ($\chi^2=45,757$, $p<0,001$), cinsiyet ($U=10580,5$, $p=0,025$), eğitim durumu ($\chi^2=59,514$, $p<0,001$), çalışma durumu ($U=6817,5$, $p<0,001$), meslek ($\chi^2=25,383$, $p<0,001$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=22,699$, $p<0,001$), aile yapısı ($U=2682,5$,

p<0,001), çocuk sahibi olma durumu (U=466, p<0,001) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=14,534$, p=0,006) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin çalışanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda ve çocuk sahibi olmayanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 27-36 yaş arasında bulunan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin diğer yaş gruplarında olan hastaların puanından, lise mezunu olan hastalarda Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin ilkökul ve ortaokul mezunu olan hastaların puanından, ilkökul ve ortaokul mezunu olan hastalarda Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar ve üniversite mezunu olan hastaların puanından, serbest meslek sahibi olan hastalarda Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin ev hanımı olan hastaların puanından, ilde yaşayan hastalarda Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin ilçe ve köyde yaşayan hastaların puanından, ilçede yaşayan hastalarda Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin köyde yaşayan hastaların puanından, diğerleriyle birlikte yaşayan hastalarda Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin çocuklarıyla yaşayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin kadın ve erkeklerde aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde kadınların sıra ortalamasının 149,3, erkeklerin sıra ortalamasının 171,8 olduğu belirlendi. Bu durum erkek hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin kadın hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin medeni durum (U=7721,0, p=0,248), sosyal güvence durumu (U=5109, p=0,546) ve gelir durumuna (U=11776, p=0,513) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların yaş ($\chi^2=44,543$, p<0,001), cinsiyet (U=9847,5, p=0,002), eğitim durumu ($\chi^2=31,362$, p<0,001), çalışma durumu (U=7433,5, p=0,001), meslek ($\chi^2=30,087$, p<0,001), aile yapısı (U=4055,5, p=0,049), çocuk sahibi olma durumu (U=453, p<0,001) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=10,227$, p=0,037) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin çalışanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda ve çocuk sahibi olmayanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 27-36 yaş arasında bulunan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin diğer yaş gruplarında olan hastaların puanından, üniversite mezunu olan hastalarda Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin ilkokul mezunu olan hastaların puanından, lise mezunu olan hastalarda Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastaların puanından, ilkokul mezunu olan hastalarda Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar olan hastaların puanından, işçi ve serbest meslek sahibi olan hastalarda Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin ev hanımı olan hastaların puanından, diğerleriyle birlikte yaşayan hastalarda Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin eşiyle birlikte yaşayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin kadın ve erkeklerde aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde kadınların sıra ortalamasının 145,2, erkeklerin sıra ortalamasının 177,1 olduğu belirlendi. Bu durum erkek hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin kadın hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu ortanca puan değerinin medeni durum ($U=8137,0$, $p=0,618$), sosyal güvence durumu ($U=5198,5$, $p=0,673$), gelir durumu ($U=11076$, $p=0,128$) ve yaşadığı yerleşim birimine ($\chi^2=4,794$, $p=0,091$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların yaş ($\chi^2=37,316$, $p<0,001$), cinsiyet ($U=10642,5$, $p=0,036$), eğitim durumu ($\chi^2=26,620$, $p<0,001$), çalışma durumu ($U=7823,5$, $p=0,005$), meslek ($\chi^2=21,338$, $p=0,001$), gelir durumu ($U=10263,5$, $p=0,012$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=6,83$, $p=0,033$), aile yapısı ($U=3867,5$, $p=0,021$), ocuk sahibi olma durumu ($U=445,5$, $p<0,001$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=11,647$, $p=0,020$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortanca puan değerinin erkeklerde, çalışanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda, ocuk sahibi olmayanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 27-36 yaş arasında bulunan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortanca puan değerinin diğer yaş gruplarında olan hastaların puanından, üniversite mezunu olan hastalarda Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastaların puanından, işçi ve serbest meslek sahibi olan hastalarda Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortanca puan değerinin ev hanımı olan hastaların puanından, ilde yaşayan hastalarda Genel Sağlık

Algısı alt boyutu ortanca puan değerinin ilçede yaşayan hastaların puanından, diğerleriyle birlikte yaşayan hastalarda Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortanca puan değerinin eşiyile birlikte yaşayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortanca puan değerinin medeni durum (U=8144,0, p=0,629) ve sosyal güvence durumuna (U=4789, p=0,236) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşamsallık alt boyutu ortanca puan değerinin hastalarda eğitim durumu ($\chi^2=22,986$, p<0,001) ve gelir durumuna (U=9525, p=0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşamsallık alt boyutu ortanca puan değerinin geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Lise mezunu olan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşamsallık alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar ve ortaokul mezunu olan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşamsallık alt boyutu ortanca puan değerinin yaş ($\chi^2=7,116$ p=0,068), cinsiyet (U=10946,5, p=0,085), medeni durum (U=7293,0, p=0,078), çalışma durumu (U=8863, p=0,165), meslek ($\chi^2=11,276$, p=0,050), sosyal güvence durumu (U=4423,5, p=0,061), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=3,24$, p=0,198), aile yapısı (U=4149,5, p=0,077), çocuk sahibi olma durumu (U=1443, p=0,418) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=4,537$, p=0,338) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların yaş ($\chi^2=37,532$, p<0,001), cinsiyet (U=10372,5, p=0,013), eğitim durumu ($\chi^2=37,316$, p<0,001), çalışma durumu (U=7864,5, p=0,005), meslek ($\chi^2=16,829$, p=0,005), gelir durumu (U=9321,5, p<0,001), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=9,307$, p=0,010), aile yapısı (U=3951, p=0,028) ve çocuk sahibi olma durumuna (U=748,5, p=0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin çalışanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda ve çocuk sahibi olmayanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 27-36 yaş, 37-46 yaş, 47-56 yaş arasında olan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin 57 yaş ve üzerinde hastaların puanından, lise ve üniversite mezunu olan hastalarda Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar ve ilkokul mezunu olan hastaların puanından, işçi olan hastalarda Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin ev hanımı olan hastaların

puanından, ilde yaşayan hastalarda Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin köyde yaşayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin kadın ve erkeklerde aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde kadınların sıra ortalamasının 148,1, erkeklerin sıra ortalamasının 173,3 olduğu belirlendi. Bu durum erkek hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin kadın hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin geliri giderinden az olan ve geliri giderine eşit olan hastalarda aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde geliri giderinden az olanların sıra ortalamasının 137,04, geliri giderine eşit olanların sıra ortalamasının 174,51 olduğu belirlendi. Bu durum geliri giderine eşit olan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin geliri giderinden az olan hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin medeni durum ($U=7950,5$, $p=0,430$), sosyal güvence durumu ($U=4607$, $p=0,120$) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=7,013$ $p=0,135$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların yaş ($\chi^2=34,802$, $p<0,001$), cinsiyet ($U=10715,5$, $p=0,037$), eğitim durumu ($\chi^2=58,359$, $p<0,001$), çalışma durumu ($U=7028$, $p<0,001$), meslek ($\chi^2=24,733$, $p<0,001$), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=23,64$, $p<0,001$), aile yapısı ($U=2967,5$, $p<0,001$) ve çocuk sahibi olma durumuna ($U=836,5$, $p=0,003$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin çalışanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlarda ve çocuk sahibi olmayanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte 27-36 yaş, 37-46 yaş, 47-56 yaş arasında olan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin 57 yaş ve üzerinde hastaların puanından, lise mezunu olan hastalarda Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastaların puanından, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastalarda Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin okuryazar olan hastaların puanından, ilde yaşayan hastalarda Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin ilçe ve köyde yaşayan hastaların puanından, ilçede yaşayan hastalarda Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin köyde yaşayan hastaların puanından daha yüksek

olduğu saptandı. Ayrıca SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin kadın ve erkeklerde aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde kadınların sıra ortalamasının 150, erkeklerin sıra ortalamasının 170,8 olduğu belirlendi. Bu durum erkek hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin kadın hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin ev hanımı, emekli ve serbest meslek sahibi olan hastalarda aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde ev hanımlarının sıra ortalamasının 143,34, emeklilerin sıra ortalamasının 138,44 ve serbest meslek sahibi olanların sıra ortalamasının 190,05 olduğu belirlendi. Bu durum serbest meslek sahibi olan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin ev hanımı ve emekli olan hastaların puanından, ev hanımı olan hastalarda Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin emekli olan hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin medeni durum ($U=7341,5$, $p=0,080$), sosyal güvence durumu ($U=5208$, $p=0,679$), gelir durumu ($U=11474,5$, $p=0,295$) ve evde kimlerle birlikte yaşıadığına ($\chi^2=10,682$, $p=0,050$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental İşlev alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların sosyal güvence durumu ($U=3729,5$, $p=0,001$) ve gelir durumuna ($U=9931,5$, $p=0,003$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental İşlev alt boyutu ortanca puan değerinin sosyal güvencesi olanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental İşlev alt boyutu ortanca puan değerinin yaş ($\chi^2=2,947$, $p=0,400$), cinsiyet ($U=12275,5$, $p=0,946$), medeni durum ($U=7370,5$, $p=0,098$), eğitim durumu ($\chi^2=3,492$, $p=0,479$), çalışma durumu ($U=9514,5$, $p=0,628$), meslek ($\chi^2=3,122$, $p=0,681$), yaşıadığı yerleşim birimi ($\chi^2=1,942$, $p=0,379$), aile yapısı ($U=4578,5$, $p=0,348$), çocuk sahibi olma durumu ($U=1479,5$, $p=0,490$) ve evde kimlerle birlikte yaşıadığına ($\chi^2=6,23$, $p=0,183$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 17).

Tablo 18. Hastaların klinik özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Yaşamsallık	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental İşlev
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 21)	11 (4 - 41)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
	Hayır	29,5 (22 - 30)	8 (4 - 8)	9 (4 - 10)	17,4 (8 - 20,4)	14 (8 - 16)	8 (4 - 10)	6 (3 - 6)	17 (11 - 24)
Test İstatistiği		U=343	U=700	U=496	U=818,5	U=2462,5	U=992,5	U=1040	U=3679
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,003	p<0,001	p<0,001	p=0,814
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıkları	Diyabet	19 (10 - 28)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (6 - 17,4)	11 (6 - 18)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	17 (8 - 22)
	Hipertansiyon	18,5 (10 - 28)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 20,4)	11 (4 - 18)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	16 (8 - 26)
	Kalp hastalığı	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (6 - 21)	12 (4 - 41)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	17 (8 - 29)
	Böbrek hastalığı	18 (10 - 28)	4 (4 - 8)	3 (1 - 8)	9 (6 - 15,4)	11 (4 - 16)	5 (2 - 9)	3 (3 - 6)	16 (8 - 21)
	KOAH	17 (10 - 28)	5 (4 - 8)	3 (1 - 9)	10 (5 - 17,4)	11 (4 - 18)	5 (3 - 10)	4 (3 - 6)	16 (7 - 29)
	Diğer (Astım, migren, troid vb.)	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	3 (1 - 10)	10 (5 - 19,4)	11 (5 - 17)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	16 (11 - 24)
Test İstatistiği		$\chi^2=5,5$	$\chi^2=3,2$	$\chi^2=9,8$	$\chi^2=9,4$	$\chi^2=3,8$	$\chi^2=6,3$	$\chi^2=3,0$	$\chi^2=4,3$
p		p=0,358	p=0,674	p=0,080	p=0,096	p=0,580	p=0,276	p=0,695	p=0,514
Düzenli olarak ilaç kullanma durumu	Evet	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 21)	11 (4 - 41)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	17 (7 - 26)
	Hayır	23 (11 - 28)	6 (4 - 8)	5 (2 - 9)	11 (6 - 16,4)	13 (6 - 18)	6 (4 - 10)	5 (3 - 6)	17 (13 - 29)
Test İstatistiği		U=2099,5	U=2142	U=2416	U=2302,5	U=2424	U=2259	U=2107,5	U=2165,5
p		p=0,010	p=0,010	p=0,075	p=0,041	p=0,083	p=0,027	p=0,008	p=0,016
Mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu	Evet	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 21)	11 (4 - 41)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
	Hayır	30 (30 - 30)	8 (8 - 8)	8 (8 - 8)	15,4 (15,4 - 15,4)	10 (10 - 10)	6 (6 - 6)	6 (6 - 6)	11 (11 - 11)
Test İstatistiği		U=0,5	U=8	U=10,5	U=32,5	U=91	U=74,5	U=14	U=13
p		p=0,085	p=0,088	p=0,102	p=0,178	p=0,515	p=0,385	p=0,101	p=0,112

Tablo 18. Hastaların klinik özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Yaşamsallık	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental İşlev
*Mevcut tanısı	Solunum Sistemi Hastalıkları	18 (10 - 28)b	5 (4 - 8)b	3,5 (1 - 9)a	10 (5 - 19,4)a	11 (4 - 17)	5 (3 - 9)a	4 (3 - 6)b	17 (7 - 26)
	Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	28 (10 - 30)a	8 (4 - 8)a	8 (2 - 10)b	16 (7 - 18,4)b	12 (7 - 16)	6 (2 - 10)b	5,5 (3 - 6)a	15 (11 - 24)
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	20 (10 - 30)b	5 (4 - 8)b	4 (1 - 9)a	11 (5 - 21)a	12 (4 - 41)	5 (2 - 9)ab	4 (3 - 6)b	17 (8 - 29)
	Hematolojik Sistem Hastalıkları	19 (11 - 28)b	5 (4 - 8)b	4 (1 - 7)ab	10 (5 - 15,4)a	11 (6 - 16)	5 (2 - 8)ab	4 (3 - 6)ab	17 (12 - 21)
	Duyu Organları ve Sinir Sistemi Hastalıkları	22 (12 - 27)ab	5 (4 - 7)ab	5 (2 - 6)ab	9 (6 - 16,4)a	12 (6 - 14)	5 (4 - 8)ab	5 (3 - 6)ab	15 (13 - 17)
	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	21,5 (14 - 30)ab	5 (4 - 8)ab	5 (2 - 10)ab	13,5 (6 - 20,4)ab	12 (6 - 17)	6,5 (3 - 9)b	4,5 (3 - 6)ab	17 (12 - 24)
	Endokrin Sistem Hastalıkları	21 (10 - 28)b	5 (4 - 8)b	5 (1 - 8)ab	11 (6 - 15)ab	12 (7 - 16)	5 (3 - 9)ab	4 (3 - 6)ab	16 (10 - 21)
Test İstatistiği		$\chi^2=45,700$	$\chi^2=44,700$	$\chi^2=35,400$	$\chi^2=37,700$	$\chi^2=2,300$	$\chi^2=34,400$	$\chi^2=35,300$	$\chi^2=13,400$
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,892	p<0,001	p<0,001	p=0,050
Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı	Yetersiz	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5-19,4)	11 (4-41)	5 (2-9)	4 (3-6)	16,5 (7-29)
	Orta	21 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5-18,4)	12 (5-17)	5 (2-10)	4 (3-6)	17 (8-26)
	İyi	18 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 9)	11 (6-21)	12,5 (4-16)	5 (3-9)	4 (3-6)	17 (8-25)
	Oldukça iyi	26,5 (26 - 27)	6 (4 - 8)	8,5 (8 - 9)	15,2 (10-20,4)	12 (7-17)	6 (3-9)	4,5 (3-6)	15,5 (10-21)
Test İstatistiği		$\chi^2=9,126$	$\chi^2=8,583$	$\chi^2=6,155$	$\chi^2=4,136$	$\chi^2=7,962$	$\chi^2=7,702$	$\chi^2=5,496$	$\chi^2=4,026$
p		p=0,050	p=0,050	p=0,104	p=0,247	p=0,050	p=0,053	p=0,139	p=0,259

Tablo 18. . Hastaların klinik özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Yaşamsallık	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental İşlev
Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu	Evet	21 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5 - 21)	12 (4 - 18)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
	Hayır	18 (10 - 30)	5 (4 - 8)	3 (1 - 10)	10 (5 - 18,4)	10 (4 - 41)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	14 (10 - 24)
Test İstatistiği		U=6480,5	U=7361	U=7134,5	U=7196,5	U=5678	U=5975	U=7014	U=5897
p		p=0,006	p=0,149	p=0,078	p=0,100	p<0,001	p<0,001	p=0,046	p<0,001
*Cevabı evet ise mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı	Hemşire	21 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5 - 21)	12 (4 - 17)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 26)
	Doktor	20 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5 - 21)	12 (4 - 18)	5 (2 - 9)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
	Diğer (Akraba, internet, kitap vb.)	19 (13 - 27)	5 (4 - 8)	5 (3 - 9)	11 (6 - 20,4)	10 (7 - 17)	5 (3 - 9)	3 (3 - 6)	14 (10 - 22)
Test İstatistiği		$\chi^2=0,7$	$\chi^2=1,1$	$\chi^2=1,9$	$\chi^2=0,4$	$\chi^2=1,1$	$\chi^2=0,1$	$\chi^2=2,5$	$\chi^2=4,0$
p		p=0,690	p=0,568	p=0,391	p=0,817	p=0,571	p=0,948	p=0,282	p=0,135
Mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu	Evet	30 (25 - 30)	8 (8 - 8)	9 (4 - 10)	17,4 (13-20,4)	13,5 (8 - 16)	8 (4 - 10)	6 (4 - 6)	16,5 (11-24)
	Hayır	19 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5-21)	11 (4 - 41)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7-29)
Test İstatistiği		U=115	U=180	U=267	U=432	U=2104	U=775,5	U=616,5	U=2581
p		p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,028	p<0,001	p<0,001	p=0,321

Tablo 18. Hastaların klinik özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık Algısı	Yaşamsallık	Sosyal Fonksiyon	Mental Rol	Mental İşlev
*Cevabı evet ise	Hareket-yürüme	20 (10 - 27)a	4 (4 - 7)	4 (1 - 6)	9 (6 - 16,4)	12 (6 - 15)	5 (3 - 8)a	3 (3 - 6)a	14 (11 - 18)
mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği	Yeme-içme	18 (10 - 28)a	4 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 19,4)	11 (4 - 18)	5 (2 - 10)a	4 (3 - 6)a	16 (7 - 29)
	Solunum	20 (10 - 30)ab	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 21)	11 (4 - 41)	5 (2 - 9)ab	4 (3 - 6)ab	17 (8 - 29)
	Kişisel temizlik ve giyim	17 (10 - 28)b	4 (4 - 8)	3 (1 - 9)	9,5 (5 - 17)	11 (4 - 16)	5 (2 - 9)b	3 (3 - 6)b	16 (8 - 21)
	Boşaltım	17 (10 - 28)ab	4 (4 - 8)	3 (1 - 9)	10 (5 - 18,4)	10 (4 - 18)	4 (2 - 9)ab	3 (3 - 6)ab	15 (10 - 29)
	İletişim	19 (10 - 28)ab	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	10 (5 - 20,4)	11 (4 - 41)	5 (2 - 9)ab	4 (3 - 6)ab	17 (7 - 29)
Test İstatistiği		$\chi^2=20,5$	$\chi^2=19,2$	$\chi^2=5,8$	$\chi^2=2,2$	$\chi^2=4,5$	$\chi^2=14,5$	$\chi^2=19,5$	$\chi^2=6,1$
p		p=0,001	p=0,050	p=0,328	p=0,826	p=0,483	p=0,013	p=0,002	p=0,296
Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumu	Evet	21 (10 - 30)	5 (4 - 8)	4 (1 - 10)	11 (5 - 20,4)	11 (4 - 18)	5 (2 - 10)	4 (3 - 6)	17 (7 - 29)
	Hayır	18 (10 - 30)	4 (4 - 8)	4 (1 - 9)	10 (6 - 21)	12 (5 - 41)	5 (2 - 9)	3 (3 - 6)	17 (8 - 24)
Test İstatistiği		U=7374,5	U=7324,5	U=9103	U=8793	U=9766,5	U=8588	U=7546	U=10112
p		p<0,001	p<0,001	p=0,148	p=0,064	p=0,602	p=0,029	p<0,001	p=0,963

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların klinik özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 18’de karşılaştırılmıştır. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=343$, $p<0,001$), düzenli olarak ilaç kullanma durumu ($U=2099,5$, $p=0,010$), mevcut tanısı ($\chi^2=45,700$, $p<0,001$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu ($U=6480,5$, $p=0,006$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkların GYA’yı etkileme durumu ($U=115$, $p<0,001$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA’ları etkilediği ($\chi^2=20,5$, $p=0,001$) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna ($U=7374,5$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, düzenli olarak ilaç kullanmayanlarda, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları GYA’ları etkileyenlerde ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte gastrointestinal sistem hastalıklarına ilişkin mevcut tanısı bulunan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları, hematolojik sistem hastalıkları ve endokrin sistem hastalıklarına ilişkin mevcut tanısı olan hastaların puanından, hareket-yürüme ve yeme-içme GYA’ları etkilenen hastalarda Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin kişisel temizlik ve giyim GYA’ları etkilenen hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=5,5$, $p=0,358$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=0,5$, $p=0,085$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=9,126$, $p=0,050$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığına ($\chi^2=0,7$, $p=0,690$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 18).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=700$, $p<0,001$), düzenli olarak ilaç kullanma durumu ($U=2142$, $p=0,010$), mevcut tanısı ($\chi^2=44,700$, $p<0,001$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkların GYA’yı etkileme durumu ($U=180$, $p<0,001$) ve daha önce yoğun bakım ünitesine yatma durumuna ($U=7324,5$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortanca puan değerinin

kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, düzenli olarak ilaç kullanmayanlarda, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları GYA'yı etkileyenlerde ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte gastrointestinal sistem hastalıklarına ilişkin tanı alan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortalama puan değerinin solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları, hematolojik sistem hastalıkları ve endokrin sistem hastalıklarına ilişkin tanı alan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyutu ortalama puan değerinin sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=3,2$, $p=0,647$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=8$, $p=0,088$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=8,583$, $p=0,050$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu ($U=7361$, $p=0,149$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=1,1$, $p=0,568$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediğine ($\chi^2=19,2$, $p=0,050$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 18).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu ortalama puan değerinin hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=496$, $p<0,001$), mevcut tanısı ($\chi^2=35,400$, $p<0,001$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkların GYA'yı etkileme durumuna ($U=267$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu ortalama puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları GYA'yı etkileyenlerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte gastrointestinal sistem hastalıklarına ilişkin tanı alan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu ortalama puan değerinin solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıklarına ilişkin tanı alan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyutu ortalama puan değerinin sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=9,8$, $p=0,080$), düzenli olarak ilaç kullanma durumu ($U=2416$, $p=0,075$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=10,5$, $p=0,102$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=6,155$, $p=0,104$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu ($U=7134,5$, $p=0,078$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=1,9$, $p=0,391$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=5,8$, $p=0,328$) ve daha önce

yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna (U=9103, p=0,148) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 18).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortalama puan değerinin hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=818,5, p<0,001), düzenli olarak ilaç kullanma durumu (U=2302,5, p=0,041), mevcut tanısı ($\chi^2=37,700$, p<0,001), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumuna (U=432, p<0,001) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortalama puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, düzenli olarak ilaç kullanmayanlarda, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları GYA'yı etkileyenlerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte gastrointestinal sistem hastalıklarına ilişkin tanı alan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortalama puan değerinin solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları, hematolojik sistem hastalıkları, duyu ve sinir sistemi hastalıklarına ilişkin tanı alan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel Sağlık Algısı alt boyutu ortalama puan değerinin sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=9,4$, p=0,096), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu (U=32,5, p=0,178), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=4,136$, p=0,247), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu (U=7196,5, p=0,100), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=0,4$, p=0,817), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=2,2$, p=0,826) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna (U=8793, p=0,064) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 18).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşamsallık alt boyutu ortalama puan değerinin hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=2462,5, p=0,003), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu (U=5678, p<0,001), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumuna (U=2104, p=0,028) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşamsallık alt boyutu ortalama puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları GYA'yı etkileyenlerde yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşamsallık alt boyutu ortalama puan değerinin sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=3,8$,

p=0,580), düzenli olarak ilaç kullanma durumu (U=2424, p=0,083), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını etkileme durumu (U=91, p=0,515), mevcut tanısı ($\chi^2=2,300$, p=0,892), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=7,962$, p=0,050), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=1,1$, p=0,571), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=4,5$, p=0,483) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna (U=9766,5, p=0,602) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 18).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=992,5, p<0,001), düzenli olarak ilaç kullanma durumu (U=2259, p=0,027), mevcut tanısı ($\chi^2=34,400$, p<0,001), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu (U=5975, p<0,001), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu (U=775,5 p<0,001), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=14,5$, p=0,013) ve daha önce yoğun bakım ünitesine yatma durumuna (U=8588, p=0,029) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, düzenli olarak ilaç kullanmayanlarda, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları GYA'ları etkileyenlerde yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte gastrointestinal sistem hastalıkları, kas ve iskelet sistemi hastalıklarına ilişkin tanı alan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin solunum sistemi hastalıklarına ilişkin tanı alan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin mevcut tanı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda ve bilgi almayanlarda aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde mevcut tanı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanların sıra ortalamasının 168,20, mevcut tanı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi almayanların sıra ortalamasının 124,03 olduğu belirlendi. Bu durum mevcut tanı ve kronik hastalık hakkında bilgi alan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin mevcut tanı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi almayan hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin daha önce yoğun bakımda yatan ve yatmayan hastalarda aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde daha önce yoğun bakımda yatanların sıra ortalamasının 141,49, daha önce yoğun bakımda

yatmayanların sıra ortalamasının 165,83 olduğu belirlendi. Bu durum daha önce yoğun bakımda yatmayan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin daha önce yoğun bakımda yatan hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin hareket-yürüme, yeme-içme, kişisel temizlik ve giyim günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bireye bağımlı olan hastalarda aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde hareket-yürüme GYA sıra ortalamasının 439,07, yeme-içme GYA sıra ortalamasının 436,64, kişisel temizlik ve giyim GYA sıra ortalamasının 337,71 olduğu belirlendi. Bu durum hareket-yürüme günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bireye bağımlı olan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin yeme-içme, kişisel temizlik ve giyim günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bireye bağımlı olan hastaların puanından, yeme-içme günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bireye bağımlı olan hastalarda Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin kişisel temizlik ve giyim günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bireye bağımlı olan hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Sosyal Fonksiyon alt boyutu ortanca puan değerinin sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=6,3$, $p=0,276$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=74,5$, $p=0,385$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=7,702$, $p=0,053$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığına ($\chi^2=0,1$, $p=0,948$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 18).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların kronik bir hastalığa sahip olma durumu ($U=1040$, $p<0,001$), düzenli olarak ilaç kullanma durumu ($U=2107,5$, $p=0,008$), mevcut tanısı ($\chi^2=35,300$, $p<0,001$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu ($U=7014$, $p=0,046$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu ($U=616,5$, $p<0,001$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=19,5$, $p=0,002$) ve daha önce yoğun bakım ünitesine yatma durumuna ($U=7546$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olmayanlarda, düzenli olarak ilaç kullanmayanlarda, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları GYA'yı etkileyenlerde ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte gastrointestinal sistem

hastalıklarına ilişkin tanı alan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin solunum sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıklarına ilişkin tanı alan hastaların puanından, hareket-yürüme ve yeme-içme GYA'ları etkilenen hastalarda Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin kişisel temizlik ve giyim GYA'ları etkilenen hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda ve bilgi almayanlarda aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda sıra ortalamasının 164,1, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi almayanlarda sıra ortalamasının 139,8 olduğu belirlendi. Bu durum mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi almayan hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental Rol alt boyutu ortanca puan değerinin sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=3,0$, $p=0,695$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=14$, $p=0,101$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=5,496$, $p=0,139$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığına ($\chi^2=2,5$, $p=0,282$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 18).

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental İşlev alt boyutu ortanca puan değerinin hastaların düzenli olarak ilaç kullanma durumu ($U=2165,5$, $p=0,016$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumuna ($U=5897$, $p<0,001$) göre farklılık gösterdiği belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental İşlev alt boyutu ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda yüksek olduğu görüldü. Ayrıca SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental İşlev alt boyutu ortanca puan değerinin düzenli olarak ilaç kullananlarda ve kullanmayanlarda aynı olmasına karşın, sıra ortalamaları incelendiğinde düzenli olarak ilaç kullananların sıra ortalamasının 143,05, düzenli olarak ilaç kullanmayanların sıra ortalamasının 186,85 olduğu görüldü. Bu durum düzenli olarak ilaç kullanmayan hastalarda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental İşlev alt boyutu ortanca puan değerinin düzenli olarak ilaç kullanan hastaların puanından yüksek olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Mental İşlev alt boyutu ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa

sahip olma durumu ($U=3679$, $p=0,814$), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=4,3$, $p=0,514$), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu ($U=13$, $p=0,112$), mevcut tanısı ($\chi^2=13,400$, $p=0,050$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=4,026$, $p=0,259$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=4,0$, $p=0,135$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu ($U=2581$, $p=0,321$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği ($\chi^2=6,1$, $p=0,296$) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna ($U=10112$, $p=0,963$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 18)



4.5. Yaşam Doyum Ölçeği'ne İlişkin Bulgular

Tablo 19. Yaşam Doyum Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması

Ölçek Maddeleri	Ortalama	$\bar{x} \pm S.S.$	Ortanca (Min-Mak)
Pek çok açıdan ideallerime yakın bir yaşamım var	4,6	1,2	5 (1 - 7)
Yaşam koşullarım mükemmeldir	4,3	1,2	4 (1 - 7)
Yaşamım beni tatmin ediyor	4,5	1,3	5 (1 - 7)
Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim	4,3	1,2	4 (1 - 7)
Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şey değiştirmedim	4,0	1,3	4 (1 - 7)
Genel	21,7	5,9	22 (5 - 35)

* \bar{x} : Aritmetik Ortalama, S.S.: Standart Sapma, Min: Minimum, Mak: Maksimum.

Yaşam Doyum Ölçeği madde puan ortalamaları ve toplam puan ortalaması Tablo 19'da verilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği'nde "Pek çok açıdan ideallerime yakın bir yaşamım var", "Yaşam koşullarım mükemmeldir", "Yaşamım beni tatmin ediyor", "Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim", "Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şey değiştirmedim" ortalama ve standart sapma puan değerleri sırasıyla $4,6 \pm 1,2$, $4,3 \pm 1,2$, $4,5 \pm 1,3$, $4,3 \pm 1,2$ ve $4,0 \pm 1,3$ olarak belirlendi. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerleri sırasıyla 5,0, 4,0, 5,0, 4,0 ve 4,0 olarak saptandı. Bu çalışmada Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan ortalamaları 4 ile 4,6 arasında değişmekle birlikte, Yaşam Doyum Ölçeği toplam puanı 21,7 olarak belirlendi (Tablo 19).

Tablo 20. Yaşam Doyum Ölçeği Maddelerinin yüzdelerle dağılımları

Ölçek Maddeleri	n	%	
Pek çok açıdan ideallerime yakın bir yaşamım var	Kesinlikle Katılmıyorum	6	1,9
	Katılmıyorum	16	5,0
	Biraz Katılmıyorum	23	7,3
	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	99	31,2
	Çok Az Katılıyorum	99	31,2
	Katılıyorum	68	21,5
	Kesinlikle Katılıyorum	6	1,9

Tablo 20. Yaşam Doyum Ölçeği Maddelerinin yüzdelik dağılımları (devam)

Ölçek Maddeleri		n	%
Yaşam koşullarım mükemmeldir	Kesinlikle Katılmıyorum	6	1,9
	Katılmıyorum	27	8,5
	Biraz Katılmıyorum	39	12,3
	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	105	33,1
	Çok Az Katılıyorum	89	28,1
	Katılıyorum	49	15,5
	Kesinlikle Katılıyorum	2	0,6
	Yaşamım beni tatmin ediyor	Kesinlikle Katılmıyorum	7
Katılmıyorum		17	5,4
Biraz Katılmıyorum		30	9,5
Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum		97	30,6
Çok Az Katılıyorum		92	29,0
Katılıyorum		67	21,1
Kesinlikle Katılıyorum		7	2,2
Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim		Kesinlikle Katılmıyorum	6
	Katılmıyorum	24	7,6
	Biraz Katılmıyorum	38	12,0
	Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum	98	30,9
	Çok Az Katılıyorum	94	29,7
	Katılıyorum	53	16,7
	Kesinlikle Katılıyorum	4	1,2
	Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şey değiştirmedim	Kesinlikle Katılmıyorum	12
Katılmıyorum		38	12,0
Biraz Katılmıyorum		51	16,1
Ne Katılıyorum Ne De Katılmıyorum		104	32,8
Çok Az Katılıyorum		70	21,1
Katılıyorum		40	12,6
Kesinlikle Katılıyorum		2	1,6

Yaşam Doyum Ölçeği maddelerinin yüzdelik dağılımları Tablo 20’de verilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği maddelerinden “Pek çok açıdan ideallerime yakın bir yaşamım var” ifadesine araştırmaya katılan hastaların %31,2’sinin “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” ve “çok az katılıyorum”, “Yaşam koşullarım mükemmeldir” ifadesine %33,1’inin “ne katılıyorum ne de katılmıyorum”, “Yaşamım beni tatmin ediyor” ifadesine %30,6’sının “ne katılıyorum ne de katılmıyorum”, “Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim” ifadesine %30,9’unun “ne katılıyorum ne de katılmıyorum”, “Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şey değiştirmezdim” ifadesine %32,8’inin “ne katılıyorum ne de katılmıyorum” cevabını verdikleri belirlendi (Tablo 20).

Tablo 21. Yaşam Doyum Ölçeğinden alınan puanların dağılımı

Ölçek Puan Dağılımı	n	%
30-35 puan	43	13,6
Aşırı Memnun		
25-29 puan	80	25,2
Memnun		
20-24 puan	99	31,2
Nötr		
15-19 puan	62	19,6
Yaşam Doyumu Ortalamanın Biraz Altında		
10-14 puan	24	7,6
Memnun Değil		
5-9 puan	9	2,8
Aşırı Memnuniyetsiz		

Yaşam Doyum Ölçeği’nden alınan puanların dağılımı Tablo 21’de verilmiştir. Yaşam Doyum Ölçeği’nden alınan puanlar kategorik hale getirildiğinde hastaların %31,2’sinin yaşam doyum puanlarının nötr olduğu, %25,2’sinin memnun olduğu, %19,6’sının yaşam doyumunun ortalamanın biraz altında olduğu, %13,6’sının aşırı memnun olduğu, %7,6’sının memnun olmadığı ve %2,8’sinin aşırı memnuniyetsiz olduğu belirlendi (Tablo 21).

Tablo 22. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca (min-mak)	Test İstatistiği p değeri
Yaş grupları	27-36 yaş	19 (5 - 30)	$\chi^2=6,114$
	37-46 yaş	25 (5 - 35)	p=0,106
	47-56 yaş	24 (7 - 31)	
	57 yaş ve üzeri	20 (5 - 33)	
Cinsiyet	Kadın	22 (5 - 35)	U=12130,5
	Erkek	21 (5 - 33)	p=0,804
Medeni durumu	Evli	20 (5 - 32)	U=6572,0
	Bekar	23 (5 - 35)	p=0,004
Eğitim durumu	Okur yazar	20 (5 - 30)	$\chi^2=8,150$
	İlkokul	22 (8 - 33)	p=0,086
	Ortaokul	22 (5 - 31)	
	Lise	24 (9 - 35)	
	Üniversite	21 (5 - 30)	
Çalışma durumu	Evet	24 (5 - 33)	U=8782,5
	Hayır	21 (5 - 35)	p=0,134
Meslek	Ev hanımı	22 (5 - 35)	$\chi^2=8,237$
	İşçi	24 (10 - 33)	p=0,144
	Memur	25 (5 - 30)	
	Serbest meslek	22 (5 - 32)	
	Emekli	20,5 (14 - 33)	
	İşsiz	19 (13 - 25)	
Sosyal güvence durumu	Var	22 (5 - 35)	U=4326,5
	Yok	20 (5 - 30)	p=0,040
Gelir durumu	Gelir giderden az	20 (5 - 32)	U=10477
	Gelir gidere eşit	23 (7 - 32)	p=0,024
Yaşadığı yerleşim birimi	İl	24 (7 - 33)	$\chi^2=0,944$
	İlçe	21 (5 - 35)	p=0,624
	Köy	21 (8 - 32)	

Tablo 22. Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ortanca (min-mak)	Test İstatistiği p değeri
Aile yapısı	Çekirdek aile	22 (5 - 35)	U=4918,0
	Geniş aile	20,5 (8 - 33)	p=0,786
Çocuk sahibi olma durumu	Evet	22 (5 - 35)	U=1501,0
	Hayır	19 (5 - 30)	p=0,540
*Evde kimlerle birlikte yaşadığı	Yalnız	20 (8 - 31)ab	$\chi^2=12,061$
	Eşi	23 (5 - 33)ab	p=0,017
	Eşi ve çocukları	22,5 (5 - 35)a	
	Çocukları	20 (9 - 32)ab	
	Diğer (Anne, bakıcı, gelin vb.)	17,5 (5 - 25)b	

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Hastaların sosyo-demografik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 22’de karşılaştırılmıştır. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin hastaların medeni durum (U=6572,0, p=0,004), sosyal güvence durumu (U=4326,5, p=0,040), gelir durumu (U=10477, p=0,024) ve evde kimlerle birlikte yaşadığına ($\chi^2=12,061$, p=0,017) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin bekarlarda, sosyal güvencesi bulunanlarda ve geliri giderine eşit olanlarda yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastalarda Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin diğerleriyle birlikte yaşayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 22).

Elde edilen bulgular doğrultusunda Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin hastaların yaş ($\chi^2=6,144$, p=0,106), cinsiyet (U=12130,5, p=0,804), eğitim durumu ($\chi^2=8,150$, p=0,086), çalışma durumu (U=8782,5, p=0,134), meslek ($\chi^2=8,237$, p=0,144), yaşadığı yerleşim birimi ($\chi^2=0,944$, p=0,624), aile yapısı (U=4918,0, p=0,786) ve çocuk sahibi olma durumuna (U=1501,0, p=0,540) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 22).

Tablo 23. Hastaların klinik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği p değeri	
Kronik bir hastalığa sahip olma durumu	Evet	21 (5 - 33)	U=3449,0	
	Hayır	24,5 (5 - 35)	p=0,453	
*Cevabı evet ise sahip olduğu kronik hastalıkları	Dişabet	20 (5 - 32)	$\chi^2=36$	
	Hipertansiyon	21,5 (5 - 33)	p=0,604	
	Kalp hastalığı	22 (5 - 33)		
	Böbrek hastalığı	20 (10 - 30)		
	KOAH	20 (8 - 31)		
	Diğer (Astım, migren, troid vb.)	20 (5 - 30)		
Düzenli olarak ilaç kullanma durumu	Evet	21 (5 - 33)	U=2928,5	
	Hayır	23 (7 - 30)	p=0,669	
Mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu	Evet	21 (5 - 33)	U=37,0	
	Hayır	15 (15 - 15)	p=0,195	
*Mevcut tanısı	Solunum Sistemi Hastalıkları	22 (8 - 33)	$\chi^2=9,2$	
	Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	20 (5 - 35)	p=0,165	
	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	23 (5 - 33)		
	Hematolojik Sistem Hastalıkları	24 (15 - 32)		
	Duyu Organları ve Sinir Sistemi Hastalıkları	17 (12 - 25)		
	Kas ve İskelet Sistemi Hastalıkları	22,5 (11 - 31)		
	Endokrin Sistem Hastalıkları	22 (10 - 30)		
	Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı	Yetersiz	20 (5 - 30)	$\chi^2=5,307$
		Orta	22 (5 - 35)	p=0,151
İyi		24,5 (8 - 33)		
Oldukça iyi		17,5 (5 - 30)		

Tablo 23. Hastaların klinik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerlerinin karşılaştırılması (devam)

Özellikler		Ortanca (Min-Mak)	Test İstatistiği p değeri
Mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu	Evet	23 (5 - 35)	U=5332,5
	Hayır	20 (5 - 30)	p<0,001
*Cevabı evet ise mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı	Hemşire	23 (5 - 35)	$\chi^2=1,8$
	Doktor	23 (5 - 33)	p=0,406
	Diğer (Akraba, internet, kitap vb.)	20 (5 - 30)	
Mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'ya etkileme durumu	Evet	19,5 (5 - 35)	U=2773,5
	Hayır	22 (5 - 33)	p=0,618
*Cevabı evet ise mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediği	Hareket- yürüme	17 (10 - 25)	$\chi^2=13,9$
	Yeme-içme	22 (5 - 33)	p=0,050
	Solunum	21 (5 - 33)	
	Kişisel temizlik ve giyim	20 (8 - 30)	
	Boşaltım	20 (5 - 32)	
Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumu	Evet	23 (5 - 35)	U=8664
	Hayır	20 (5 - 33)	p=0,042

*Birden fazla cevap verilmiştir, χ^2 : Kruskal Wallis test istatistiği, U: Mann Whitney U test istatistiği, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri.

Hastaların klinik özellikleri ile Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerleri Tablo 23'te karşılaştırılmıştır. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu (U=5332,5, p<0,001) ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma durumuna (U=8664, p=0,042) göre farklılık gösterdiği belirlendi. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alanlarda ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yüksek olduğu görüldü. Elde edilen bulgular doğrultusunda Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puan değerinin kronik bir hastalığa sahip olma durumu (U=3449,0, p=0,453), sahip olduğu kronik hastalıkları ($\chi^2=36$, p=0,604), düzenli olarak ilaç kullanma durumu (U=2928,5, p=0,669), mevcut hastalıklarının iş ve özel yaşamını olumsuz etkileme durumu (U=37,0, p=0,195), mevcut tanısı ($\chi^2=9,2$, p=0,165), mevcut

tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini nasıl tanımladığı ($\chi^2=5,307$, $p=0,151$), mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgiyi kimden aldığı ($\chi^2=1,8$, $p=0,406$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının GYA'yı etkileme durumu ($U=2773,5$, $p=0,618$), mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının hangi GYA'ları etkilediğine ($\chi^2=13,9$, $p=0,050$) göre farklılık göstermediği belirlendi (Tablo 23).



Tablo 24. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Yaşam Doyum Ölçeği arasındaki ilişki

BBS-A Hasta	Yaşam Doyum Ölçeği	
Klinik Durum	r=0,368*	
Kişisel Yaşam Durumu	r=0,268*	
Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A	Karar Verme Kontrolü	r=0,355*
	Toplam	r=0,358*

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, *p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Yaşam Doyum Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 24’te sunulmuştur. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puanı (r=0,358, p<0,01), Klinik Durum alt boyut puanı (r=0,368, p<0,01), Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı (r=0,268, p<0,01) ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı (r=0,355, p<0,01) ile Yaşam Doyum Ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu analiz doğrultusunda Yaşam Doyum Ölçeği puanı arttıkça Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puanı, Klinik Durum alt boyut puanı, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puanının arttığı saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 25. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu ve Yaşam Doyum Ölçeği arasındaki ilişki

BBS-B Hasta	Yaşam Doyum Ölçeği	
Klinik Durum	r=0,354*	
Kişisel Yaşam Durumu	r=0,307*	
Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B	Karar Verme Kontrolü	r=0,354*
	Toplam	r=0,365*

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, *p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu ve Yaşam Doyum Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 25’te sunulmuştur. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı (r=0,365, p<0,01), Klinik Durum alt boyut puanı (r=0,354, p<0,01), Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı (r=0,307, p<0,01) ve Karar

Verme Kontrolü alt boyut puanı ($r=0,354$, $p<0,01$) ile Yaşam Doyum Ölçeği arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu analiz doğrultusunda Yaşam Doyum Ölçeği puanı arttıkça Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı, Klinik Durum alt boyut puanı, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puanının arttığı saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 26. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği arasındaki ilişki

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	Yaşam Doyum Ölçeği
Fiziksel Fonksiyon	$r=0,272^*$
Fiziksel Rol	$r=0,237^*$
Ağrı	$r=0,303^*$
Genel Sağlık Algısı	$r=0,392^*$
Yaşamsallık	$r=0,526^*$
Sosyal Fonksiyon	$r=0,415^*$
Mental Rol	$r=0,293^*$
Mental İşlev	$r=0,492^*$

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, $*p<0,01$ önem düzeyinde anlamlı.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 26'da sunulmuştur. Bu çalışmada Yaşam Doyum Ölçeği ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,272$, $p<0,01$), Fiziksel Rol alt boyut puanı ($r=0,237$, $p<0,01$), Ağrı alt boyut puanı ($r=0,303$, $p<0,01$), Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı ($r=0,392$, $p<0,01$), Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,415$, $p<0,01$) ve Mental Rol alt boyut puanı ($r=0,293$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki, Yaşamsallık alt boyut puanı ($r=0,526$, $p<0,01$) ve Mental İşlev alt boyut puanı ($r=0,492$, $p<0,01$) arasında ise pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu analiz doğrultusunda Yaşam Doyum Ölçeği puanı arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı, Fiziksel Rol alt boyut puanı, Ağrı alt boyut puanı, Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı, Yaşamsallık alt boyut puanı, Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı, Mental Rol alt boyut puanı ve Mental İşlev alt boyut puanının arttığı saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 27. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu arasındaki ilişki

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A	Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Fiziksel Fonksiyon	r=0,136*	r=0,134*	r=0,121*	r=0,121*
Fiziksel Rol	r=0,092	r=0,101	r=0,083	r=0,083
Ağrı	r=0,218**	r=0,208**	r=0,193**	r=0,193**
Genel Sağlık Algısı	r=0,313**	r=0,282**	r=0,294**	r=0,294**
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları				
Yaşamsallık	r=0,318**	r=0,296**	r=0,285**	r=0,285**
Sosyal Fonksiyon	r=0,295**	r=0,285**	r=0,261**	r=0,261**
Mental Rol	r=0,123*	r=0,136*	r=0,104	r=0,104
Mental İşlev	r=0,287**	r=0,276**	r=0,265**	r=0,265**

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, *p<0,05 önem düzeyinde anlamlı, **p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu arasındaki ilişki Tablo 27’de sunulmuştur. Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı (r=0,136, p<0,05), Ağrı alt boyut puanı (r=0,218, p<0,01), Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı (r=0,313, p<0,01), Yaşamsallık alt boyut puanı (r=0,318, p<0,01), Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı (r=0,295, p<0,01), Mental Rol alt boyut puanı (r=0,123, p<0,05) ve Mental İşlev alt boyut puanı (r=0,287, p<0,01) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım

Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyut puanı ($r=0,092$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puanı attıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı, Ağrı alt boyut puanı, Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı, Yaşamsallık alt boyut puanı, Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı, Mental Rol alt boyut puanı ve Mental İşlev alt boyut puanının arttığı saptanmıştır (Tablo 27).

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,134$, $p<0,05$), Ağrı alt boyut puanı ($r=0,208$, $p<0,01$), Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı ($r=0,282$, $p<0,01$), Yaşamsallık alt boyut puanı ($r=0,296$, $p<0,01$), Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,285$, $p<0,01$), Mental Rol alt boyut puanı ($r=0,136$, $p<0,05$) ve Mental İşlev alt boyut puanı ($r=0,276$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyut puanı ($r=0,101$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı attıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı, Ağrı alt boyut puanı, Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı, Yaşamsallık alt boyut puanı, Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı, Mental Rol alt boyut puanı ve Mental İşlev alt boyut puanının arttığı belirlenmiştir (Tablo 27).

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,121$, $p<0,05$), Ağrı alt boyut puanı ($r=0,193$, $p<0,01$), Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı ($r=0,294$, $p<0,01$), Yaşamsallık alt boyut puanı ($r=0,285$, $p<0,01$), Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,261$, $p<0,01$) ve Mental İşlev alt boyut puanı ($r=0,265$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyut puanı ($r=0,083$, $p>0,05$) ve Mental Rol alt boyut puanı ($r=0,104$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı attıkça SF-36 Yaşam Kalitesi

Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı, Ağrı alt boyut puanı, Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı, Yaşamsallık alt boyut puanı, Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ve Mental İşlev alt boyut puanının arttığı belirlenmiştir (Tablo 27).

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,121$, $p<0,05$), Ağrı alt boyut puanı ($r=0,193$, $p<0,05$), Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı ($r=0,294$, $p<0,01$), Yaşamsallık alt boyut puanı ($r=0,285$, $p<0,01$), Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,261$, $p<0,01$) ve Mental İşlev alt boyut puanı ($r=0,265$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyut puanı ($r=0,083$, $p>0,05$) ve Mental Rol alt boyut puanı ($r=0,104$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Karar Verme Kontrolü Alt Boyut puanı attıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı, Ağrı alt boyut puanı, Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı, Yaşamsallık alt boyut puanı, Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ve Mental İşlev alt boyut puanının arttığı belirlenmiştir (Tablo 27).

Tablo 28. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu arasındaki ilişki

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B	Toplam	Klinik Durum	Kişisel Yaşam Durumu	Karar Verme Kontrolü
Fiziksel Fonksiyon	r=0,157**	r=0,109	r=0,146**	r=0,141*
Fiziksel Rol	r=0,098	r=0,059	r=0,091	r=0,077
Ağrı	r=0,193**	r=0,169*	r=0,198**	r=0,147**
Genel Sağlık Algısı	r=0,286**	r=0,274**	r=0,283**	r=0,265**
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları				
Yaşamsallık	r=0,333*	r=0,301**	r=0,332**	r=0,293**
Sosyal Fonksiyon	r=0,290**	r=0,275**	r=0,291**	r=0,249**
Mental Rol	r=0,097	r=0,107	r=0,096	r=0,069
Mental İşlev	r=0,280**	r=0,272**	r=0,270**	r=0,260**

r: Sperman Korelasyon Katsayısı, *p<0,05 önem düzeyinde anlamlı, **p<0,01 önem düzeyinde anlamlı.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu arasındaki ilişki Tablo 28’de sunulmuştur. Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı (r=0,157, p<0,01), Ağrı alt boyut puanı (r=0,193, p<0,01), Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı (r=0,286, p<0,01), Yaşamsallık alt boyut puanı (r=0,333, p<0,05), Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı (r=0,290, p<0,01) ve Mental İşlev alt boyut puanı (r=0,280, p<0,01) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyut puanı (r=0,098, p>0,05) ve Mental Rol alt boyut puanı (r=0,097, p>0,05) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı,

Ağrı alt boyut puanı, Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı, Yaşamsallık alt boyut puanı, Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ve Mental İşlev alt boyut puanının arttığı saptanmıştır (Tablo 28).

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyut puanı ($r=0,169$, $p<0,05$), Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı ($r=0,274$, $p<0,01$), Yaşamsallık alt boyut puanı ($r=0,301$, $p<0,01$), Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,275$, $p<0,01$) ve Mental İşlev alt boyut puanı ($r=0,272$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,109$, $p>0,05$), Fiziksel Rol alt boyut puanı ($r=0,059$, $p>0,05$) ve Mental Rol alt boyut puanı ($r=0,107$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puanı arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ağrı alt boyut puanı, Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı, Yaşamsallık alt boyut puanı, Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ve Mental İşlev alt boyut puanının arttığı belirlenmiştir (Tablo 28).

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,146$, $p<0,01$), Ağrı alt boyut puanı ($r=0,198$, $p<0,01$), Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı ($r=0,283$, $p<0,01$), Yaşamsallık alt boyut puanı ($r=0,332$, $p<0,01$), Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,291$, $p<0,01$) ve Mental İşlev alt boyut puanı ($r=0,270$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyut puanı ($r=0,091$, $p>0,05$) ve Mental Rol alt boyut puanı ($r=0,096$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Bu analiz doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puanı arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı, Ağrı alt boyut puanı, Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı, Yaşamsallık alt boyut puanı, Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ve Mental İşlev alt boyut puanının arttığı saptanmıştır (Tablo 28).

Bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt

boyut puanı ($r=0,141$, $p<0,05$), Ağrı alt boyut puanı ($r=0,147$, $p<0,01$), Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı ($r=0,265$, $p<0,01$), Yaşamsallık alt boyut puanı ($r=0,293$, $p<0,01$), Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ($r=0,249$, $p<0,01$) ve Mental İşlev alt boyut puanı ($r=0,260$, $p<0,01$) arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş olup, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Rol alt boyut puanı ($r=0,077$, $p>0,05$) ve Mental Rol alt boyut puanı ($r=0,069$, $p>0,05$) arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Karar Verme Kontrolü alt boyut puanı attıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon alt boyut puanı, Ağrı alt boyut puanı, Genel Sağlık Algısı alt boyut puanı, Yaşamsallık alt boyut puanı, Sosyal Fonksiyon alt boyut puanı ve Mental İşlev alt boyut puanının arttığı saptanmıştır (Tablo 28).

5. TARTIŞMA

Yoğun bakım ünitesi, hastanenin diğer bölümleriyle karşılaştırıldığında oldukça farklı bir birimdir. Yoğun bakım üniteleri; fiziksel, mental ve sosyal yönden bireyin bozulan vücut fonksiyonlarının yeniden düzenlenmesinde ve sağlığına tekrar kavuşmasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Özellikle yoğun bakım hemşiresi, bu üniteye yatan bireyler ile sağlıklı bir iletişimin kurulmasında ve bireyselleştirilmiş etkili bakım sunulmasında kritik öneme sahiptir. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, hasta merkezli bakımın uygulanmasında önemli rol oynar. Bireyselleştirilmiş bakım; hemşirelik bakım, tedavi ve uygulamalarının temelini oluşturan, hemşire-hasta etkileşimi sırasında gerçekleşen tüm işlevleri ve girişimleri kapsar. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı hastanın ihtiyaçları, değerleri ve bireyselliğine saygı duyar. Bireyselleştirilmiş bakım; iyileşme, bakım uygulamasına bağlılık, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneğinde artış ve hasta memnuniyetini sağlar. Bu çalışma, Türkiye'nin kuzeyinde Orta Karadeniz Bölgesinde yer alan iki hastanenin erişkin yoğun bakım ünitelerinde çeşitli sağlık problemleri nedeniyle yatarak tedavi görmekte olan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisinin yorumlandığı ilk çalışmadır.

5.1. Hastaların Klinik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların klinik özelliklerine ilişkin bulgular doğrultusunda, araştırmaya katılan hastaların %91,8'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu, en sık hipertansiyon, kalp hastalığı, KOAH ve diyabet tanısı aldıkları belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Uysal ve arkadaşlarının (2010) dahili yoğun bakım hastalarının prognozunu belirlemek üzere yapmış oldukları bir çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun diyabet, hipertansiyon, KOAH ve koroner arter hastalığı tanısı aldıkları bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer araştırmalarda da, yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi görmekte olan hastaların %65'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu (Yıldız, 2011), yoğun bakım ünitesine en çok hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabet ve KOAH tanısı alan hastaların başvurdukları bildirilmiştir (Yıldız, 2011; Çelik ve ark., 2016).

Bu çalışmada kardiyovasküler sistem hastalıkları ve solunum sistemi hastalıkları nedeniyle yoğun bakım ünitesine başvuran hasta sayısının oldukça fazla olduğu görüldü. Bu durumun hastaların kronik hastalıkları ile nasıl baş edeceklerini bilememelerinden ve

hastalıkları ile ilgili tedavilerinin tam olarak düzenlenmemiş olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda sağlık bakım profesyonellerinin, bireyleri, kronik hastalıkları ile nasıl baş edebilecekleri konusunda bilgilendirmeleri son derece önemlidir. Ayrıca yoğun bakım hastalarının kronik bir hastalığa sahip olma durumları, tedavi ve prognozlarını etkileyerek hastaların yoğun bakım ünitesindeki yatış sürelerini uzatabilmektedir.

Diğer yandan elde edilen bulgular doğrultusunda yoğun bakımda yatan hastaların %93,7'sinin mevcut tanısının ve kronik hastalıklarının günlük yaşam aktivitelerini etkilediği, en çok sırasıyla hareket-yürüme (%95,6), yeme-içme (%77,8) ve solunum (%65,7) günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bir bireye bağımlı oldukları görüldü. Bireylerin günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bir bireye bağımlı olma durumu yaşam kalitelerini ve doyumlarını etkileyen son derece önemli bir faktördür. Hastaların mevcut tanısı ve kronik hastalıkları nedeniyle kişisel bakımlarını tek başına yerine getirememesinin ve günlük yaşam aktiviteleri yönünden başka bir bireye bağımlı olmasının yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek yaşamdan aldıkları doyumunu azaltabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların %79,2'sinin mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi aldığı, yaklaşık olarak yarısının (%52,7) aldıkları bu bilgiyi orta düzey olarak tanımladıkları ve en önemli bilgi kaynaklarının da hemşireler (%98) olduğu belirlendi. Tunçay'ın (2005) yapmış olduğu bir çalışmada, hastaların %9,4'üne bilgi verildiği, bu bilgi kaynağının %40 oranında hem hemşire hem de hekim olduğu bildirilmiştir. Bu konuda yapılan diğer çalışmalarda hastaların %100'ünün mevcut hastalıkları ve durumları hakkında bilgilendirildiği (Tonkuş, 2016), hastaların yaklaşık olarak yarısının hekim ve hemşirelere karşı sordukları sorulara her zaman cevap aldıkları belirtilmiştir (Söyük ve ark., 2001). Hastanın hastanede yattığı süre içerisinde en sık birlikte olduğu sağlık bakım profesyoneli hemşirelerdir. Hemşireler bireyin bilgilendirilmesinde ve memnuniyet düzeyinin artırılmasında önemli bir role sahiptir. Hastaların tedaviye uyum sağlamalarında, kronik hastalıkları ile baş edebilmelerinde, tekrarlayıcı yatışların önlenmesinde, kısa süre içerisinde iyileşerek taburcu olmalarında, komplikasyonları önlemede ve rehabilitasyonu sağlamada sağlık bakım profesyonelleri tarafından verilecek hasta eğitiminin tartışmasız son derece önemli bir rolü olduğu düşünülmektedir (Aygül, 2009).

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda çalışmaya katılan hastaların, %28,1'inin daha önce yoğun bakım ünitesinde yattığı ve yoğun bakım ünitesinde yatma gün sayısı ortalamasının $4,3\pm 2,3$ gün olduğu belirlendi. Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma oranı Çelik ve arkadaşlarının çalışmasında %70,4 (Çelik ve ark., 2016), Hindistan ve arkadaşlarının çalışmasında %28,8 (Hindistan ve ark., 2009), Tonkuş'un çalışmasında %49,4 (Tonkuş, 2016) ve Akdemir'in çalışmasında %40 olarak bildirilmiştir (Akdemir, 2013). Bununla birlikte Tonkuş'un (2016) çalışmasında hastaların %50,6'sının en az 1 gün, Özyıldız'ın (2006) araştırmasında hastaların %48'inin en az 2-4 gün, Tunçay'ın (2005) çalışmasında hastaların %73,6'sının en az 3 gün süre ile yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi gördükleri saptanmıştır. Yoğun bakım ünitesinde yatılan gün sayısı ortalaması Akdemir'in çalışmasında $8,5\pm 4,9$ gün olarak bildirilmiştir (Akdemir, 2013). Hastaların yoğun bakım ünitesinde kaldıkları gün sayısı ortalaması yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte bu durumun hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyebilecek önemli bir faktör olduğu, hastaların bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varma durumları ile kendi bakımlarında bireyselliği algılama düzeylerini artırabileceği düşünülmektedir.

5.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu'na İlişkin Bulguların Tartışılması

Bireyin hastanede kaldığı süre boyunca, bireyselliğini desteklemeye yönelik hemşirelik eylemlerinin farkına varma durumunu değerlendiren Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $3,5\pm 0,7$, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $3,6\pm 0,7$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,5\pm 0,7$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $3,5\pm 0,7$ olarak belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007) bu konuda yapmış oldukları bir çalışmada, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $3,86\pm 0,87$, Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $3,98\pm 0,90$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,46\pm 1,14$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $3,98\pm 0,97$ olarak saptanmıştır. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $3,94\pm 0,12$, Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $4,17\pm 1,02$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,53\pm 1,37$

ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $3,94\pm 1,13$ olarak bildirilmiştir (Tekin, 2011).

Suhonen ve arkadaşlarının (2010c) ortopedi ve travma hastaları üzerinde yapmış oldukları bir araştırmada ise, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması Finlandiya'da $3,72\pm 0,96$, Yunanistan'da $3,01\pm 1,16$, İsveç'te $3,82\pm 0,97$, İngiltere'de $3,68\pm 1,16$ ve Amerika Birleşik Devletleri'nde $3,38\pm 0,83$ olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyutu puan ortalaması Finlandiya'da $3,93\pm 0,90$, Yunanistan'da $3,20\pm 1,24$, İsveç'te $4,21\pm 0,88$, İngiltere'de $3,79\pm 1,14$ ve Amerika Birleşik Devletleri'nde $3,50\pm 0,9$; Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu puan ortalaması Finlandiya'da $3,08\pm 1,31$, Yunanistan'da $2,82\pm 1,25$, İsveç'te $3,27\pm 1,18$, İngiltere'de $3,27\pm 1,42$ ve Amerika Birleşik Devletleri'nde $2,88\pm 1,02$; Karar Verme Kontrolü alt boyutu puan ortalaması Finlandiya'da $3,87\pm 1,07$, Yunanistan'da $2,90\pm 1,30$, İsveç'te $3,73\pm 1,12$, İngiltere'de $3,83\pm 1,16$ ve Amerika Birleşik Devletleri'nde $3,58\pm 0,80$ olarak belirlenmiştir.

Gürdoğan ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları bir araştırmada da Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $3,65\pm 0,82$ olarak saptanmıştır. Suhonen ve arkadaşları (2008a) tarafından yürütülen diğer bir çalışmada ise, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam ortanca puanı Finlandiya'da $3,69$, Yunanistan'da $2,84$, İsveç'te $3,82$, İngiltere'de $3,66$; Klinik Durum alt boyutu ortanca puanı Finlandiya'da $3,96$, Yunanistan'da $2,76$, İsveç'te $4,22$, İngiltere'de $3,86$; Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanı Finlandiya'da $3,10$, Yunanistan'da $2,87$, İsveç'te $3,18$, İngiltere'de $3,19$; Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puanı Finlandiya'da $3,76$, Yunanistan'da $2,90$, İsveç'te $3,79$ ve İngiltere'de $3,71$ olarak belirlenmiştir.

Berg ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları diğer bir araştırmada da Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $3,90\pm 0,82$, Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $4,28\pm 0,73$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,29\pm 1,10$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $3,86\pm 0,95$ olarak saptanmıştır. Bu çalışmada hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puanının bu konuda yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüş olmakla birlikte, hastaların bireyselliklerini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına vardıkları düşünülmektedir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonundan hastaların en yüksek puanı “Elimden geldiği oranda kendi bakımında sorumluluk alma fırsatı verdiler (3,8±0,8).” ve “Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular (3,8±0,8).” ifadelerinden, en düşük puanı da “Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular (3,0±0,9).” ve “Ailemin, bakımında yer almasını isteyip istemediğimi sordular (3,1±0,8).” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Suhonen ve arkadaşlarının (2008a) ortopedi ve travma hastalarının perspektifinden bireyselleştirilmiş bakım algısını belirlemek üzere yapmış oldukları uluslararası karşılaştırmalı bir araştırmada da, Finlandiya’daki hastaların %89’unun, İsveç’teki hastaların %97’sinin, Birleşik Krallık’daki hastaların %80’inin, Yunanistan’daki hastaların %71’inin “hemşirelerin birey olarak onlara bakım vermesinin onlar için önemli olduğu” düşüncesine kısmen yada tamamen katıldıkları, “Hastanede kalınan sürece hemşireler yalnızca hastalıkla değil birey olarak hastayla ilgilenmeli.” düşüncesini de Finlandiya’daki hastaların %85’inin, İsveç’teki hastaların %87’sinin, Birleşik Krallık’daki hastaların %82’sinin ve Yunanistan’daki hastaların %42’sinin kısmen yada tamamen katıldıkları bildirilmiştir. Berg ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonunda en yüksek puanı “Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar (4,61±0,71).” ifadesinden ve en düşük puanı da araştırma bulgularıyla uyumlu olarak “Ailemin, bakımında yer almasını isteyip istemediğimi sordular (2,89±1,41).” ifadesinden aldıkları bildirilmiştir.

Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin, hastalarına kendi bakımlarında sorumluluk vermeleri ve daha önceki hastaneye yatma deneyimleri hakkında hastalarından bilgi almaları oldukça memnuniyet vericidir. Buna karşın hemşirelerin, ailelerinin bakımlarında yer almasını isteyip istemediklerini hastalarına yeterince sormadıkları ve hastalarının banyo için tercih ettiği zamanı göz önünde bulundurmadıkları görülmektedir. Hemşirelerin hasta ailelerini bakıma istenilen düzeyde dahil etmemeleri, hastanenin diğer bölümleriyle karşılaştırıldığında yoğun bakım ünitelerinin kapalı bir birim olmasından, hasta yakınlarının bu ünitelere yapmış oldukları ziyaret sıklık ve süresinin kısıtlı olmasından kaynaklanabilir. Ancak hastanın banyo için tercih ettiği zamanı göz önünde bulundurmamak, hem bakımı birlikte planlamak hemde hastayı öz bakımına dahil etmek açısından önemlidir. Bu doğrultuda bakım planlanırken

bireyin istediği zaman dilimi ve tercihlerinin göz önünde bulundurulmasının son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puanı çalışan, sosyal güvencesi olan ve geliri giderine eşit olan hastalarda daha yüksek belirlendi. Tekin'in (2011) ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakım algıları ile hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini belirlemek üzere yapmış olduğu bir çalışmada, araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bireyselleştirilmiş bakım algısının hastaların cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre farklılık göstermediği, araştırma bulgularına karşın hastaların çalışma ve sosyal güvence durumu ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Suhonen ve arkadaşlarının (2010a) yapmış oldukları bir çalışmada ise, bireyselleştirilmiş bakım algısının hastaların yaş, cinsiyet, eğitim ve hastaneye kabul şekline göre farklılık gösterdiği, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı algısının 65 yaş ve üzeri, erkek, düşük eğitim düzeyine sahip, elektif cerrahi hastalarında daha yüksek belirlendiği, kronik hastalığa sahip olma durumu ile hastanede kalma süresinin bu algıyı etkilemediği bildirilmiştir.

Bununla birlikte bu çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puanının mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastalar ile karşılaştırıldığında, bu konudaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastalarda daha yüksek saptandı. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta toplam ortanca puanının, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastalarda daha yüksek bulunması, hemşirelerin bağımsız rolleri doğrultusunda sunmuş oldukları hasta eğitiminin önemini ortaya çıkarmaktadır. Hasta eğitimi, kaliteli sağlık bakımının vazgeçilmez bir unsuru olmakla birlikte, hastalıklarla başa çıkabilmek ve sağlığı olumlu yönde geliştirebilmek için yapılması gerekenleri tutum, davranış ve alışkanlık haline getirerek bireylerde sorumluluk duygusunu geliştirmeyi amaçlar (Avşar ve Kaşıkçı, 2009). Araştırma sonucunun bu amacı destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Bireylerin hastalığa yanıtlarını, duygularını, hissettiklerini ve hastalığın kendileri için anlamını ele alan konularda bireyselliğinin desteklenmesine yönelik bakım davranışlarının farkında olduklarını ifade eden, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum alt boyut ortanca puanının çalışan, sosyal güvencesi olan, geliri

giderine eşit olan, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastalarda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum ortanca puanının bu konudaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularına karşın Suhonen ve arkadaşlarının (2010a) yapmış oldukları çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Klinik Durum alt boyut ortanca puanın hastaların yaş ve hastaneye kabul ediliş şekline göre farklılık gösterdiği ortaya çıkarılmıştır.

Hasta bireylerin inanç ve değerleri ile birlikte, alışkanlık, aktivite, tercih, aile bağları, iş ve hastane deneyimine ilişkin bireyselliğinin desteklenmesine yönelik davranışları içeren, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının sosyal güvencesi bulunan, geliri giderine eşit olan, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularına karşın Suhonen ve arkadaşlarının (2010a) yapmış oldukları çalışmada, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Kişisel Yaşam Durumu alt boyut ortanca puanının hastaların cinsiyet, eğitim ve hastaneye kabul ediliş şekillerine göre farklılık gösterdiği bildirilmiştir.

Hasta bireylerin duygularını, düşüncelerini, isteklerini yansıtan ve kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlayan, bireyselliğinin desteklenmesine yönelik bakım davranışlarını içeren Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puanının çalışan, sosyal güvencesi bulunan, geliri giderine eşit olan, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alan hastalarda daha yüksek olduğu görüldü. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi ve orta düzey olarak tanımlayan hastalarda, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puanının bu konudaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı.

Yoğun bakımda yatan hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması ile Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puan ortalaması, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalamasını etkileyen faktörler, yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu durum araştırmaların

yürütüldüğü hastaların yaşadıkları ülke ve bölge özellikleri ile birlikte sosyo-demografik ve klinik özelliklerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu'na İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastanın, kendi bakımında bireyselliğini algılamasını değerlendiren Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $3,3\pm 0,6$, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $3,0\pm 0,6$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,4\pm 0,6$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $3,5\pm 0,7$ olarak belirlenmiştir. Acaroğlu ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları çalışmada, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $4,14\pm 0,76$, Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $4,16\pm 0,82$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,69\pm 1,15$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $4,42\pm 0,69$ olarak saptanmıştır. Tekin'in (2011) yapmış olduğu diğer bir çalışmada ise Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $4,26\pm 0,07$, Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $4,31\pm 0,99$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $4,01\pm 1,10$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $4,28\pm 1,00$ olarak bildirilmiştir.

Suhonen ve arkadaşlarının (2010c) ortopedi ve travma hastaları üzerinde yapmış oldukları bir araştırmada da, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması Finlandiya'da $4,04\pm 0,78$, Yunanistan'da $3,32\pm 0,87$, İsveç'te $4,20\pm 0,72$, İngiltere'de $3,94\pm 1,01$ ve Amerika Birleşik Devletleri'nde $3,71\pm 0,75$ olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyutu puan ortalaması Finlandiya'da $4,06\pm 0,85$, Yunanistan'da $3,16\pm 1,00$, İsveç'te $4,33\pm 0,70$, İngiltere'de $3,97\pm 1,09$ ve Amerika Birleşik Devletleri'nde $3,72\pm 0,84$; Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu puan ortalaması Finlandiya'da $3,55\pm 1,11$, Yunanistan'da $3,39\pm 0,95$, İsveç'te $3,71\pm 0,99$, İngiltere'de $3,69\pm 1,08$ ve Amerika Birleşik Devletleri'nde $3,50\pm 0,76$; Karar Verme Kontrolü alt boyutu puan ortalaması Finlandiya'da $4,28\pm 0,64$, Yunanistan'da $3,45\pm 0,91$, İsveç'te $4,37\pm 0,73$, İngiltere'de $4,07\pm 1,01$ ve Amerika Birleşik Devletleri'nde $3,84\pm 0,71$ olarak belirlenmiştir.

Kaplan'ın (2015) yapmış olduğu diğer bir çalışmada, araştırma bulgularını destekler nitelikte Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puan

ortalaması $4,02\pm 0,64$, Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $4,10\pm 0,80$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,87\pm 0,72$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $4,16\pm 0,70$ olarak saptanmıştır. Gürdoğan ve arkadaşlarının (2015) yapmış olduğu bir çalışmada ise Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $3,88\pm 0,69$ olarak bildirilmiştir.

Suhonen ve arkadaşları (2008a) tarafından yürütülen diğer bir çalışmada, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam ortanca puanı Finlandiya’da 4,03, Yunanistan’da 2,77, İsveç’te 4,23, İngiltere’de 3,98; Klinik Durum alt boyutu ortanca puanı Finlandiya’da 4,09, Yunanistan’da 2,63, İsveç’te 4,35, İngiltere’de 3,95; Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanı Finlandiya’da 3,55, Yunanistan’da 2,84, İsveç’te 3,70, İngiltere’de 3,66; Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puanı Finlandiya’da 4,27, Yunanistan’da 2,91, İsveç’te 4,43 ve İngiltere’de 4,21 olarak saptanmıştır.

Berg ve arkadaşlarının (2007) yapmış oldukları araştırmada ise Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $4,28\pm 0,61$, Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $4,40\pm 0,61$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,78\pm 0,92$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $4,46\pm 0,62$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu puanının bu konuda yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olduğu görülmüş olmakla birlikte, hastaların kendi bakımlarında bireyselliği algıladıklarını düşündürmektedir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonundan hastaların en yüksek puanı “Hastanede bana verilen bilgilere uydum ($4,1\pm 0,7$).” ve “Kendi bakımında elimden geldiği kadar sorumluluk aldım ($4,0\pm 0,7$).” ifadelerinden, en düşük puanı da “Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim ($2,7\pm 0,9$).” ve “Ailem, istediğim zaman bakımında yer aldılar ($2,8\pm 0,9$).” ifadelerinden aldıkları belirlendi. Berg ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmada ise araştırma bulgularıyla uyumlu olarak hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonunda en yüksek puanı “Hastanede bana verilen bilgilere uydum ($4,74\pm 0,55$).” ifadesinden ve araştırma bulgularına karşın en düşük puanı da “Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar ($3,04\pm 0,8$).” ifadesinden aldıkları bildirilmiştir.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonunda bulunan maddelerden hastaların aldıkları puanlar göz önüne alındığında, yoğun bakımda yatan hastaların kendi öz bakımlarında sorumluluk almaları oldukça memnuniyet vericidir. Bireyin yaşamını, bağımsızlığını, sağlık ve iyilik durumunu koruması için yeterli düzeyde öz bakım gücüne sahip olması gerekir. Öz bakım; bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik halini sürdürmek için gerçekleştirdiği etkinlikleri içermekle birlikte, bireyin yaşam kalitesiyle de yakından ilişkilidir. Bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi ve iyilik halini sürdürebilmesi için yeterli öz bakım gücüne sahip olmasının ve bu gücün hemşireler tarafından desteklenmesinin son derece önemli olduğu düşünülmektedir (Nahçıvan, 2004).

Bu çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta toplam ortanca puanı çalışan, sosyal güvencesi bulunan, geliri giderine eşit olan, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alan hastalarda daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularını destekler nitelikte Tekin'in (2011) yapmış olduğu çalışmada, araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bireyselleştirilmiş bakım algısının hastaların cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum ve kronik bir hastalığa sahip olma durumuna göre farklılık göstermediği, araştırma bulgularına karşın hastaların çalışma ve sosyal güvence durumu ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir. Kaplan'ın (2015) hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ile etkileyen faktörleri incelediği bir çalışmada da, hastaların sosyal güvence durumu, medeni durum, eğitim durumu, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, mevcut tanısı ve daha önceki hastane deneyimi ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı, buna karşın Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta toplam ortanca puanının kadınlarda daha yüksek saptandığı belirtilmiştir. Fındık ve arkadaşlarının (2010) hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ile bakım algılarını etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik olarak yapmış oldukları diğer bir çalışmada ise erkek hastaların bakım algılarının ve memnuniyet düzeylerinin, kadın hastaların bakım algıları ve memnuniyet düzeylerinden daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Bu çalışmada hasta bireylerin hastalığa yanıtlarını, duygularını, hissettiklerini ve hastalığın kendileri için anlamını ele alan konularda bireyselliğinin desteklenmesine yönelik bakım davranışlarını değerlendiren Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum alt boyut ortanca puanı; çalışan, sosyal güvencesi bulunan, geliri giderine eşit olan, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alan hastalarda daha yüksek

belirlendi. Bununla birlikte lise mezunu olan hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum alt boyut ortanca puanının okuryazar olan hastaların ortanca puanından daha yüksek olduğu görüldü. Araştırma bulgularına karşın Kaplan'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada, hastaların eğitim düzeyi ve sosyal güvence durumu ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum alt boyut ortanca puanının kadın hastalarda daha yüksek saptandığı bildirilmiştir.

Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum alt boyut ortanca puanının, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak Kaplan'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada da, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Klinik Durum alt boyut ortanca puanının hastaların medeni durum, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, mevcut tanısı ve daha önceki hastane deneyimi gibi özelliklerine göre farklılık göstermediği bildirilmiştir. Bu çalışmada yoğun bakım hastalarının eğitim düzeyi, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyi arttıkça, kendi bakımlarında bireyselliği algılama düzeylerinin de arttığı; hastalığa karşı yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığın kendileri için anlamını içeren konularda bireyselliklerinin daha çok desteklendiğinin farkına vardıkları düşünülmektedir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının geliri giderine eşit olan, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alan hastalarda daha yüksek olduğu belirlendi. Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanı, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini orta ve yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi düzeyini orta olarak tanımlayan hastaların Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanının da mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgularını destekler nitelikte bu konuda yapılan bir çalışmada da, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence durumu, kronik bir hastalığa

sahip olma durumu, mevcut tanısı ve daha önce hastane deneyimine sahip olma gibi özelliklerin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Kişisel Yaşam Durumu alt boyutu ortanca puanını etkilemediği bildirilmiştir (Kaplan, 2015). Bu araştırmada geliri giderine eşit olan ve hastalığı hakkında yüksek bilgi düzeyine sahip olan yoğun bakım hastalarının inanç ve değerini yansıtan; alışkanlık, aktivite, tercih, aile bağları, iş ve hastane deneyimine odaklanan bireyselliğinin desteklenmesine yönelik davranışlar konularında kendi bakımlarında bireyselliği daha çok algıladıkları ve hastalıkları hakkında bireyi bilgilendirmenin bu durumu pozitif yönde etkilediği düşünülmektedir.

Bu araştırmada Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puanı çalışan, sosyal güvencesi bulunan, geliri giderine eşit olan, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi sahibi olan hastalarda daha yüksek olduğu saptandı. Bununla birlikte lise mezunu olan hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puanının, okuryazar olan hastaların puanından daha yüksek olduğu belirlendi. Araştırma bulgularına karşın Kaplan'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü alt boyutu puanının hastaların eğitim düzeyi ve sosyal güvence durumuna göre farklılık göstermediği bildirilmiştir.

Bununla birlikte mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyini iyi olarak tanımlayan hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Karar Verme Kontrolü alt boyutu ortanca puanının bu konudaki bilgi düzeyini yetersiz olarak tanımlayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Araştırma bulgularıyla uyumlu olarak bu konuda yapılan bir araştırmada da cinsiyet, medeni durum, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, mevcut tanısı ve daha önce hastane deneyimine sahip olma durumu ile Karar Verme Kontrolü alt boyutu puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (Kaplan, 2015). Bu araştırmada çalışan, sosyal güvencesi bulunan, geliri giderine eşit ve hastalığı hakkında bilgi sahibi olan hastaların duygularını, düşüncelerini, isteklerini yansıtan ve kendi bakımlarında söz sahibi olmalarına ve bakımlarıyla ilgili kararlara katılmalarına olanak sağlayan, bireyselliklerinin desteklenmesine yönelik bakım davranışlarına ilişkin farkındalıklarının yüksek olduğu görüldü.

5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev puan ortalamaları sırasıyla 20,4±5,7, 5,4±1,4, 4,4±2,1, 11,3±3,5, 11,6±3,2, 5,4±1,6, 4,2±1,1 ve 16,3±3,2 olarak belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar değerlendirildiğinde, hastaların en yüksek puanı Fiziksel Fonksiyon ve Mental İşlev alt boyutlarından, en düşük puanı da Mental Rol ve Ağrı alt boyutlarından aldıkları saptandı. Hastaların, tüm fiziksel etkinlikleri; sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirdikleri, kendilerini sakin, mutlu ve rahat hissettikleri, buna karşın duygusal sorunları nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerinde sorunlar ile birlikte ağrıya bağlı kısıtlılık yaşadıkları görüldü.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev alt boyut puanlarının hastaların yaş grupları, cinsiyet, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir düzeyi, çalışma durumu, aile yapısı, çocuk sahibi olma durumu, birlikte yaşadığı kişiler, mesleği, yaşadığı yerleşim birimi, kronik bir hastalığa sahip olma durumu, düzenli olarak ilaç kullanma durumu, mevcut tanısı ve hastalıkları hakkında bilgi alma durumu, mevcut tanısı ve kronik hastalıklarının günlük yaşam aktivitelerini etkileme durumu ve daha önce yoğun bakım ünitesine yatma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi.

Çizmeci'nin (2013) anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde izlenen hastaların yatış öncesi ve sonrası yaşam kalitelerini değerlendirdiği bir çalışmada, hastaların yoğun bakıma yatmalarının yaşam kaliteleri üzerine olan etkisinin hastadan hastaya farklılık gösterdiği; bu farklılığı hastanın yatış nedeni, ek hastalıklarının varlığı, yatış süresi ve aldıkları tedavilerin etkilediği bildirilmiştir. Tamdoğan'ın (2015) yapmış olduğu çalışmada da, kadın hastaların yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının, erkek hastaların aldığı puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlendiği, erkeklerle karşılaştırıldığında kadınların hastalığı algılama düzeyinin daha kötü olduğu saptanmıştır. Cuthbertson, Roughton, Jenkinson, MacLennan ve Vale tarafından yapılan bir çalışmada da, yaşın yaşam kalitesini etkileyen önemli bir faktör olduğu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel ve Mental alt boyutuna ilişkin skorun yüksek olduğu, bazen hastalar tarafından yaşam kalitesi yüksek algılanmasına karşın

düşük fonksiyonel düzeye sahip oldukları bildirilmiştir (Cuthbertson ve ark., 2010). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puanlar yapılan araştırmalara göre farklılık göstermekle birlikte, bu durumun hastanın klinik ve sosyo-demografik özelliklerinden, sorunlarla başa çıkabilme stratejilerinden ve aile içi sosyal destek sürecinden etkilenebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Sosyal Fonksiyon ve Mental Rol alt boyut puanlarının erkek, çalışan, çekirdek aile yapısına sahip olan ve çocuk sahibi olmayan hastalarda yüksek olduğu, eğitim düzeyi yükseldikçe hastaların bu alt boyutlara ilişkin puan ortalamalarının arttığı görüldü. Bu çalışmada mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alan hastaların yaşam kalitesinin yüksek olması, bu konuda bilinçlenerek hastalıklarıyla daha kolay baş edebilmelerinden kaynaklanabilir. Bununla birlikte ülkemizdeki toplumsal cinsiyet rolleri doğrultusunda kültürel bir tutum olarak kadın ve erkeğin cinsiyetine bağlı rolleri sergilemesi beklenmekte, günümüzde değişmeye başlasa da kadının aile içindeki asıl işi çocuk, yaşlı ve hasta bireyin bakımı olarak görülmektedir. Bu doğrultuda kadın, çalışma yaşamı dışında tutularak çalıştırılmamaktadır. Kadın eşinin, çocuklarının ve diğer aile üyelerinin bakımından; erkek ise ailesinin geçiminin sağlanmasından sorumlu görülmektedir. Kadın çalışma hayatına katılsa bile öncelikli olarak aileye karşı sorumlu olduğu düşünülmekte, kendileri için hem işte hem de evde sorun yaratmayacak part time çalışılabilecek mesleklere yönelmeleri beklenmektedir. Bununla birlikte kadınların ev içinde üstlendikleri bakım ve işlerin (çocuk, yaşlı ve hasta bakımı, yemek pişirme, temizlik vb. işler) ekonomik bir getirisinin olmadığı düşünüldüğü için kadın eşi ve aile üyelerinden hak ettiği değeri görememektedir. Bu durum kadınların yaşam doyumunu dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

5.5. Yaşam Doyum Ölçeği'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Yaşam doyumunu, insanların yaşamlarını yönlendirmede ve yaşadıkları hayatın kalitesini yükseltmede doğal bir güce sahip olmakla birlikte (Diener ve ark., 1985), belirli bir duruma ilişkin doyum değil genel olarak bireyin tüm yaşantılarındaki doyumunu içermektedir (Diener ve ark., 1999). Bu çalışmada hastaların Yaşam Doyum Ölçeği toplam puan ortalaması 21,7 olarak belirlendi. Yaşam Doyum Ölçeği'nden alınabilecek en yüksek toplam puan değeri 35 olmakla birlikte, yoğun bakım hastalarının yaşam doyum düzeyinin orta üzeri düzey olduğu görüldü.

Stoll ve arkadaşlarının (2000) kardiyak cerrahi sonrası hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve doyumunu belirlemek üzere yapmış oldukları araştırma sonrasında, günlük yaşamın görünüşü ile ilgili 20 farklı alandan hastaların 200 puan üzerinden 156 puan aldıkları, bu doğrultuda hastanın yaşam doyumu ve memnuniyeti oranının oldukça yüksek olduğu, hastaların çok az bir bölümünün SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Fiziksel ve Mental alt boyutlarında bozulma yaşadıkları genel olarak fiziksel ve sosyal olarak işlev gördükleri bildirilmiştir. Bu çalışmada hastaların yaşam doyumlarının orta üzeri düzeyde olması büyük çoğunluğunun kronik bir hastalığa sahip olmasından kaynaklanabilir. Nitekim kronik hastalıkların, bireyin tanı almasından itibaren yaşam doyumu ve kalitesi üzerinde çeşitli etkilere yol açtığı bilinmekte, yaşam süresi uzadıkça kronik hastalıkla geçen süre de artmakta, hem hasta hem de ailesi bu kronik hastalık ve beraberindeki stres faktörleriyle daha uzun süre karşı karşıya kalmaktadır. Kronik hastalık ile seyreden yaşam, hem hasta hem de ailesi için çeşitli süreçlere neden olmaktadır (Aydemir ve ark., 2002).

Kronik hastalıkla birlikte bireyin tüm yaşam alışkanlıkları değişmekte, bu doğrultuda bireyin beklentileri ve elde ettikleri üzerindeki algısı ile ilişkili olan yaşam doyumu hastalık süreci ile birlikte değişim göstermektedir. Özellikle kronik hastalığı olan bireylerin hayat tarzlarında değişiklik yapmaları gerekliliği bireyleri ve ailelerini zorlamaktadır (Acar, 2011). Diğer yandan yoğun bakım ünitesinde tedavi görüyor olmakta hastaların yaşam kalitesini ve doyumunu etkileyen önemli bir faktör olmakla birlikte, bu konuda yapılan bir araştırmada kardiyovasküler yoğun bakım ünitesinde yüksek strese maruz kalmanın sağlıkla ilgili yaşam kalitesi sonuçları üzerinde olumsuz etkilere neden olabileceği bildirilmiştir (Schelling ve ark., 2003).

Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puanının hastaların medeni durum, sosyal güvence durumu, gelir durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu ve daha önce yoğun bakım ünitesine yatma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi. Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puanının bekar, sosyal güvencesi bulunan, geliri giderine eşit olan, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alan ve daha önce yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda yüksek olduğu görüldü. Eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşayan hastaların Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puanının diğerleriyle birlikte yaşayan hastaların puanından daha yüksek olduğu saptandı. Aile gibi sosyal destek sistemlerinin bireylerin yaşam doyumunu

artıran önemli bir faktör olduğu düşünölmekle birlikte, araştırma bulgularını destekler nitelikte literatürde ailesi ile birlikte yaşayan hastaların algıladıkları sosyal desteğin daha yüksek olduğu ve aile desteği arttıkça yaşam kalitesi ve doyumunun da arttığı bildirilmiştir (Pınar, 2006).

Bu çalışmada mevcut tanı ve kronik hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyi artışının yoğun bakım hastalarının yaşam doyumunu yükselttiği görölmüştür. Bu doğrultuda, sağlık bakımıyla ilgili farklı kaynaklardan bir araya getirilerek oluşturulmuş bilginin hastalara aktarılmasını ve bireylerin bu bilgiyi kendi yaşantılarında beceriye dönüştürmelerini destekleyen hasta eğitiminin çok önemli bir hemşirelik rolü olduğu düşünölmektedir (Lewis, 2003; Pugliese ve Janowski, 2009). Hasta eğitimi; hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesini arttırarak; kişinin günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olma durumunu destekleyerek bakımın devamlılığını sağlar (Bastable, 2006).

5.6. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Yaşam Doyum Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu çalışmada hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı ile Yaşam Doyum Ölçeği puanı arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı arttıkça Yaşam Doyum Ölçeği puanının arttığı saptandı. Bu doğrultuda yaşam doyumunu yüksek olan hastaların hastanede kaldığı süre boyunca, bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin daha çok farkına vardıkları ve kendi bakımlarına ilişkin bireyselliği daha çok algıladıkları göröldü.

Elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev alt boyut puanları arttıkça Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puanının arttığı saptandı. Bu doğrultuda fiziksel etkinlikleri sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getiren, ağrıya bağılı kısıtlılığı olmayan, sağlığının mükemmel olduğuna inanan, her zaman

kendini yaşam dolu, enerjik ve canlı hisseden, normal sosyal etkinliklerini fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürüten, duygusal sorunları nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunları olmayan, kendini sürekli sakin, mutlu ve rahat hisseden hastaların hastanede kaldığı süre boyunca, bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin daha çok farkına vardıkları düşünülmektedir.

Bu çalışmada hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon ve Mental İşlev alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon ve Mental İşlev alt boyut puanları arttıkça Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanının arttığı saptandı. Bu doğrultuda fiziksel etkinlikleri sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getiren, ağrıya bağlı kısıtlılığı olmayan, sağlığının mükemmel olduğuna inanan, her zaman kendini yaşam dolu, enerjik ve canlı hisseden, normal sosyal etkinliklerini fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürüten, kendini sürekli sakin, mutlu ve rahat hisseden hastaların hastanede kaldığı süre boyunca kendi bakımlarına ilişkin bireyselliği daha çok algıladıkları anlaşılmaktadır.

Bununla birlikte elde edilen bulgular doğrultusunda hastaların Yaşam Doyum Ölçeği puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Sosyal Fonksiyon ve Mental Rol alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki; Yaşam Doyum Ölçeği puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşamsallık ve Mental İşlev alt boyut puanları arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Yaşam Doyum Ölçeği puanı arttıkça SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev alt boyut puanlarının arttığı saptandı. Bu doğrultuda fiziksel etkinlikleri sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getiren, fiziksel sağlık nedeni ile işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorun yaşamayan, ağrıya bağlı kısıtlılığı olmayan, sağlığının mükemmel olduğuna inanan, her zaman kendini yaşam dolu, enerjik ve canlı hisseden, normal sosyal etkinliklerini fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeni ile kesintiye uğramaksızın yürüten, duygusal sorunları nedeniyle işte ya

da diğerk günlük etkinliklerde sorunları olmayan, kendini sürekli sakin, mutlu ve rahat hisseden hastaların yaşam doyumlarının arttığı görüldü.

Bireyselleştirilmiş bakımın hastaların yaşam kalitesi ve özerkliği üzerinde olumlu birçok etkisi bulunmaktadır. Bireyselleştirilmiş bakımın bireyin sorunlarının farkına varılarak etkili bir şekilde sunulması, hemşirelik hizmetlerinin kalitesini yükseltmekle birlikte hastanın bakımıyla ilgili memnuniyet düzeyini de artırır. Bununla beraber bireyin mevcut durumuna kolay adapte olmasını sağlar (Acaroğlu ve ark., 2007; Suhonen ve ark., 2007a; Suhonen ve ark., 2007b; Suhonen ve ark., 2011; Amaral ve ark., 2014; Can ve Acaroğlu, 2015; Gürdoğan ve ark.,2015; Ceylan ve Eser, 2016; Güneş ve oban, 2017).

Sonuç olarak, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı hastanın ihtiyaçları, değerleri ve bireyselliğine sayđı duyar. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı, hemşirelikte ve tıbbi ortamlarda daha iyi hasta bakım sonuçlarıyla yakından ilişkilidir (Guruge ve Sidani, 2002; Radwin ve Alster, 2002; Köberich ve ark., 2015). Hemşirelikte temel bir değer olarak kabul edilen bireyselleştirilmiş bakım, hastalar için daha uygun tedavilere ve bakım sonuçlarına neden olur (Hagsten ve ark., 2004; Suhonen ve ark., 2008a; Suhonen ve ark., 2008b).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Bu çalışmada hastaların %56,8'ini kadınların, %43,2'sini erkeklerin oluşturduğu, %78,5'inin evli, %21,5'inin bekar, %30,9'unun ilkokul mezunu olduğu, %26,8'inin çalıştığı, %87,7'sinin sosyal güvencesinin bulunduğu ve %63,7'sinin ilçede yaşadığı belirlenmiş olup yaş ortalamaları $56,4 \pm 7,6$ 'dır. Hastaların %91,8'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu; %43'ünün hipertansiyon, %42,3'ünün kalp hastalığı ve %32,3'ünün KOAH tanısı aldığı, %92,1'inin düzenli olarak ilaç kullandığı, hastaların %99,7'sinin mevcut sağlık problemlerinin ve kronik hastalıklarının iş ve özel yaşamlarını olumsuz yönde etkilediği belirlendi.

Bireyin hastanede kaldığı süre boyunca, bireyselliğini desteklemeye yönelik hemşirelik eylemlerinin farkına varma durumunu değerlendiren Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $3,5 \pm 0,7$, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $3,6 \pm 0,7$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,5 \pm 0,7$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $3,5 \pm 0,7$ olarak saptandı.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonundan hastaların en yüksek puanı “Elimden geldiği oranda kendi bakımında sorumluluk alma fırsatı verdiler ($3,8 \pm 0,8$).” ve “Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular ($3,8 \pm 0,8$).” ifadelerinden, en düşük puanı da “Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular ($3,0 \pm 0,9$).” ve “Ailemin, bakımında yer almasını isteyip istemediğimi sordular ($3,1 \pm 0,8$).” ifadelerinden aldıkları görüldü.

Bu çalışmada hastanın, kendi bakımında bireyselliğini algılamasını değerlendiren Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puan ortalaması $3,3 \pm 0,6$, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu Klinik Durum alt boyut puan ortalaması $3,0 \pm 0,6$, Kişisel Yaşam Durumu alt boyut puan ortalaması $3,4 \pm 0,6$ ve Karar Verme Kontrolü alt boyut puan ortalaması $3,5 \pm 0,7$ olarak belirlendi.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonundan hastaların en yüksek puanı “Hastanede bana verilen bilgilere uydum ($4,1 \pm 0,7$).” ve “Kendi bakımında elimden geldiği kadar sorumluluk aldım ($4,0 \pm 0,7$).” ifadelerinden, en düşük puanı da “Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim ($2,7 \pm 0,9$).” ve “Ailem, istediğim zaman bakımında yer aldılar ($2,8 \pm 0,9$).” ifadelerinden aldıkları saptandı.

Bu çalışmada hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev puan ortalamaları sırasıyla $20,4\pm 5,7$, $5,4\pm 1,4$, $4,4\pm 2,1$, $11,3\pm 3,5$, $11,6\pm 3,2$, $5,4\pm 1,6$, $4,2\pm 1,1$ ve $16,3\pm 3,2$ olarak belirlendi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar değerlendirildiğinde, hastaların en yüksek puanı Fiziksel Fonksiyon ve Mental İşlev alt boyutlarından, en düşük puanı da Mental Rol ve Ağrı alt boyutlarından aldıkları ortaya çıkarıldı.

Bu çalışmada hastaların Yaşam Doyum Ölçeği toplam puan ortalaması 21,7 olarak belirlendi. Hastaların Yaşam Doyum Ölçeği ortanca puanının hastaların medeni durum, sosyal güvence durumu, gelir durumu, evde birlikte yaşadığı kişiler, mevcut tanısı ve kronik hastalıkları hakkında bilgi alma durumu ve daha önce yoğun bakım ünitesine yatma durumuna göre farklılık gösterdiği belirlendi.

Bu çalışmada hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı ile Yaşam Doyum Ölçeği puanı arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı arttıkça Yaşam Doyum Ölçeği puanının arttığı saptandı.

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon, Mental Rol ve Mental İşlev alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Ayrıca Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu toplam puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Yaşamsallık, Sosyal Fonksiyon ve Mental İşlev alt boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki bulundu.

Bununla birlikte hastaların Yaşam Doyum Ölçeği puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Fonksiyon, Fiziksel Rol, Ağrı, Genel Sağlık Algısı, Sosyal Fonksiyon ve Mental Rol Alt Boyut puanları arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı bir ilişki; Yaşam Doyum Ölçeği puanı ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşamsallık ve Mental İşlev alt boyut puanları arasında pozitif yönlü orta düzey anlamlı bir ilişki olduğu saptandı.

Öneriler

Bu çalışmada yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediği belirlendi. Elde edilen araştırma sonuçları doğrultusunda:

- Yoğun bakım ünitelerinde hastaların bireyselliğini destekleyen, hemşirelik eylemlerinin farkına varmasını sağlayan ve kendi bakımlarında bireyselliği algılamalarını ön plana çıkaran hemşirelik girişimlerinin geliştirilmesi,
- Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ile yaşam kalitesi ve doyumlarını etkileyen sosyo-demografik ve klinik özellikleri göz önünde bulundurularak bakımın organize edilmesi,
- Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların tanıları, klinik özellikleri ve semptomları bireyden bireye değişiklik gösterebileceği için, hastaların bakımı planlanırken bu farklılıkların göz önüne alınması,
- Hemşirelik bakımını planlama aşamasına, hastaları da dahil ederek bu konudaki görüş ve önerilerinin dikkate alınması,
- Ailenin de bireyin bakımında yer almasına gereken özenin gösterilmesi,
- Hastaların yaşam kalitesini ve doyumunu artırmaya yönelik hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Hemşirelik eğitimi müfredat programlarında “bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları” konuları üzerinde hassasiyetle durulması,
- Kurum yöneticilerinin kliniklerde “iş merkezli bakım anlayışı” yerine “hasta odaklı bakım anlayışının” yerleştirilmesine özen göstermesi,
- Sağlık bakım kurumlarında bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları anlayışını geliştirebilmek için hemşire insan gücü planlamasının iyi yapılması, hemşirelerin bakım ve tedavisini üstlendikleri hasta sayısının göz önünde bulundurulması,
- Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisini belirlemeye yönelik araştırma bulunmaması nedeniyle bu konuda başka araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar AE. Kronik hastalıkların, hastaların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 14-15,49-57.
- Acar M. Zihinsel ve fiziksel özürli çocuğa sahip anne ve babaların yaşam doyumu ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 20-23.
- Acaroğlu R, Şendir K, Kaya H, Sosyal E. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığına ilişkin yaşam kalitesine etkisi. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2007;15(59):61-67.
- Acaroğlu R, Şendir M. Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirme skalaları. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2012;20(1):10-16.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organisation, and quality of care: cross-national findings. Int J Qual Health Care 2002; 14(1):5-13.
- Akarsu Ö. Zihinsel yetersiz çocukların aile yükü, özbakım becerileri, annelerinin yaşam doyumu ve etkileyen faktörler. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 18.
- Akdemir NB. Hastaların yoğun bakım deneyimleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 47-51.
- Alaca Ç, Yiğit R, Özcan A. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların hastalık sürecinde yaşadığı deneyimler konusunda hasta ve hemşire görüşlerinin karşılaştırılması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(2):69-74.
- Ali NS, Khalil HZ, Yousef W. A comparison of American and Egyptian cancer patients' attitudes and unmet needs. Cancer Nurs 1993;16(3):193-203.
- Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B. Bakım: Kavram analizi. DEUHYO ED 2011;4(3):137-140.
- Amaral AFS, Ferreira PL, Suhonen R. Translation and validation of the individualized care scale. International Journal of Caring Sciences 2014;7(1):90-101.
- Appleton S, Song L. Life satisfaction in urban China: components and determinants. World Development. IZA DP No. 3443 2008;1-27.
- Arasan BA. Akademisyenlerde yaşam doyumu iş doyumu ve mesleki tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uşak, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 15-16.

- Arslan FE, Karadağ Ş. AĞRI: Yoğun Bakım ünitesinde hemşireye hastanın yerine düşünme ve hissetme zorunluluk ve sorumluluğu yükleyen bir sorun. Yoğun Bakım Hemşire Derg 2007;11(2):89-95.
- Arslan S, Çelebioğlu A, Tezel A. Kemoterapi alan kanserli hastalarda depresyon ve yaşam doyumunun belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2008;28:628-634.
- Atalay M. Evrensel olarak bakım kavramı. 13. Uluslar Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, Özet Kitabı, 2011; 12-17.
- Atar NY, Aştı TA. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2012;20(2):129-139.
- Avcı S. Yoğun bakımda hasta yakınlarının durumluk ve sürekli kaygıları ile yaşam doyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Erzurum, Uzmanlık Tezi, 2013; 12-14.
- Avşar G, Kaşıkçı M. Ülkemizde hasta eğitiminin durumu. Atatürk Üniv HYO Derg 2009;2(3):67-73.
- Ay FA. Mesleki temel kavramlar. Ay, FA. Editör, Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler'de, Geliştirilmiş ve Güncellenmiş 4. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2012a; 2-28.
- Ay FA. Kuram nedir? Mesleki kuramlar ve teorisyenler. Ay, FA. Editör, Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler'de, Geliştirilmiş ve Güncellenmiş 4. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri. 2012b; 30-58.
- Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V. Kronik böbrek yetmezliği hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik semptomlar. Kriz Dergisi 2002;10(2):29-39.
- Aydın H. Acil serviste hasta ve hemşirelerin bakım davranışlarının değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 15-16.
- Aydın M. Bir üniversite hastanesindeki hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 1-5.
- Aygül NS. Hastaların hemşirenin hasta eğitimindeki rolüne yönelik görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Aykin Ç. Reanimasyon yoğun bakım ünitesinde hasta ailelerin gereksinimleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013;5-6.

- Barlesi F, Boyer L, Doddoli C, Antoniotti S, Thomas P, Auquier P. The place of patient satisfaction in quality assessment of lung cancer thoracic surgery. *CHEST* 2005;128(5):3475-3481.
- Bastable SB. Overview of education in health care. Bastable, SB. Editor, *Essentials of Patient Education*. USA, Jones and Bartlett Publishers. 2006;3-18.
- Başak T, Uzun Ş, Arslan F. Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Derg* 2010;52:76-81.
- Batum M. Yoğun bakım ünitesinde izlemi gereken kronik nörolojik hastalıklarda uyku yapısının değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Manisa, Uzmanlık Tezi*, 2011: 13-14.
- Bayrak B. İç hastalıkları yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hasta iletişimde yaşadıkları güçlüklerin saptanması. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 2010; 13.
- Beğer T. Yoğun bakımda dekübit ülserleri: Risk faktörleri ve önlenmesi. *Yoğun Bakım Derg* 2004;4(4):244-253.
- Benli SS. Hemşirelerin yaşam doyumu ve ölüme karşı tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan, Yüksek Lisans Tezi*, 2016; 7-9.
- Berg A, Suhonen R, Idvall E. A survey of orthopaedic patients' assessment of care using the Individualised Care Scale. *Journal of Orthopaedic Nursing* 2007;11:185-193.
- Biröl L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. 10. Baskı, İzmir, İmaj Basım Yayın Reklamcılık. 2016; 12-40,51-92,97.
- Bozkurt N. Kaliteli yaşamın felsefesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi* 2003;2(3):16-25.
- Brug J, Oenema A, Campell M. Past, present, and future of computer-tailored nutrition education. *Am J Clin Nut* 2003;77(4):1028-1034.
- Can Ş. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi*, 2013; 1-2.
- Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin mesleki değerlerinin bireyselleştirilmiş bakım algıları ile ilişkisi. *F.N. Hem. Derg* 2015;23(1):32-40.
- Ceylan B. Hemşirelikte bireyselleştirilmiş bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;30(3):59-67.

- Ceylan B, Eser İ. Assessment of individualized nursing care in hospitalized patients in a university hospital in Turkey. *Journal of Nursing Management* 2016;24: 954–961.
- Charalambous A, Chappell NL, Katajisto J, Suhonen R. The Conceptualization and Measurement of Individualized Care. *Geriatric Nursing* 2012;33(1):17-27.
- Cinper Ç. Diyaliz hemşireleri işlevlerin profesyonel yaklaşım yönünden değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 11.
- Craven RF, Hirnle CJ, Jensen S. Hemşirelik mesleği. Uysal N, Çakırcalı E, çeviri editörleri. *Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı ve Fonksiyonları'nda, Yedinci Baskıdan Çeviri*, Ankara, Palme Yayıncılık. 2015; 1-20.
- Çalışkan Ş. Hemşirelik mesleğinin algılanması konusunda bir araştırma. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 4.
- Çayır M. Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerde yaşam doyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 14-15,28-33.
- Çelik S. Yoğun bakım ünitesinde hasta kabul ve taburculuk kriterleri. *Yoğun Bakım Hemşire Derg* 2007;11(2):96-101.
- Çelik S, Acar F, Güray M, Gelmez İ, Özcan A. Üniversite hastanesinin yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların özellikleri: 2009-2013 yılları arası geriye dönük analizi. *Yoğun Bakım Hemşire Derg* 2016;20(2):71-77.
- Çelikbilek A. Kardiyoloji ve onkoloji hastası kişilerde yaşam doyumu, sağlık odaklı yaşam kalitesi ve özsaygı ilişkisi. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014;14-23.
- Çıtıl R. Diyabetik hastalarda tıbbi ve sosyal faktörlerin yaşam kalitesine etkisi. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2009; 50-51.
- Çivi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Derg* 2011;53:248-253.
- Çizmeçi EA. Anesteziyoloji ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde izlenen hastaların yatış öncesi ve sonrası yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Ankara, Uzmanlık Tezi, 2013; 1-6,53.
- Çolakdalcı A. Karaciğer nakli uygulanan hastalarda yorgunluğun yaşam kalitesi üzerine etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 32-45.

- Çoşkun N. Evde sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 21-23.
- Cuthbertson BH, Roughton S, Jenkinson D, MacLennan G, Vale L. Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. *Critical Care* 2010;14:R6.
- Dağıstan G. Kanser hastalarında ağrının yaşam kalitesi üzerine olan etkileri. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Antalya, Uzmanlık Tezi, 2014; 2-3.
- Dedeli Ö, Akyol AD. Yoğun bakım hastalarında psikososyal sorunlar. *Yoğun Bakım Hemşire Derg* 2008;12(1-2):26-32.
- Dehn B. Care of the menopausal patient: a nurse practitioner's view. *J Am Acad Nurse Pract* 2007;19:427-437.
- Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. *J Pers Assess* 1985;49(1):71-75.
- Diener ED, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being; Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 1999;125(2):276-302.
- Diñç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2010:74-82.
- Dunn HL. "High Level Wellness for Man and Society", *Am J Puplic Health Nations Healt* 1959;49(6):786-792.
- Durak M. Yaşam Doyum Ölçeği' nin Türkçe versiyonunun bir diğer güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. <https://internal.psychology.illinois.edu/~ediener/SWLS.html>, 2017.
- Durak M, Durak ŞE, Gençöz T. Psychometric properties of the satisfaction with life scale among Turkish University students, correctional officers, and elderly adults. *Social Indicators Research* 2010;99:413-42.
- Elaltuntaş EY. Transüretal prostat rezeksiyonu (TUR-P) yapılan hastalara verilen taburculuk eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 56-58.
- Erdemir F. Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniv HYO Derg* 1998;2(1):59-63.
- Ergün YA, Demir H, Sağnak N. Yoğun bakım hemşirelerinin görev tanımları ile ilgili çalışma. *Yoğun Bakım Hemşire Derg* 2007;11:102-113.

- Ergün YA. Yoğun bakım hemşiresinin rolleri ve sorumlulukları. Akyol, AD. Editör, Yoğun Bakım Hemşireliği'nde, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri. 2017; 13-25.
- Eşer İ, Khorshid L, Demir Y. Yoğun bakım hemşirelerinde eleştirel düşünme eğilimi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Cumhuriyet Üniv HYO Dergisi 2007;11(3):13-22.
- Fındık ÜY, Ünsar S, Süt N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. Nursing and Health Sciences 2010;12:162-169.
- Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. BMJ 1992;305:1074-1077.
- Fonseca AM, Paul C, Martin I. Life satisfaction and quality of life amongst elderly Portuguese living in the community. PJSS 2008;7(2):87-102.
- Gemalmaz H. Prostat kanserinde yaşam kalitesi. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, Meta Basım ve Matbaacılık Hizmetleri, İzmir, Özet Kitabı, 2007; 44-49.
- Gülyüz H. İnmeli hasta ve yakınlarının yaşam doyumlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2004; 28-30.
- Gündoğan O, Bor C, Korhan EA, Demirağ K, Uyar M. Erişkin yoğun bakım hastasında ağrı değerlendirmesi: Critical-Care Pain Observation Tool Ölçeği'nin Türkçe versiyonunun geçerlik güvenirlik araştırması. J Turk Soc Intens Care 2016;14:93-99.
- Günerli A, Gökmen AN. Yoğun bakım tarihçesi, tanımı, mimarisi ve organizasyonu. Şahinoğlu, AH. Editör, Dilek A, Kaya A, editör yardımcıları. Yoğun Bakım Sorunları Ve Tedavileri'nde, 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 5-28.
- Güneş G, Çoban A. Bireyselleştirilmiş bakım ve ebelik. Çam, O. Editör, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;33(1):128-137.
- Güngör N, Çıray N, Vatansever Ş, Akyol AD. Yoğun bakım hemşirelerinin yaşam kalitesi, iş doyum ve tükenmişlik düzeylerinin saptanması. Yoğun bakım Hemşire Derg 2007;11(1):10-18.
- Gürdoğan EP, Fındık UY, Arslan BK. Patients' Perception of Individualized Care and Satisfaction with Nursing Care Levels in Turkey. International Journal of Caring Sciences 2015;8(2):369-375.
- Guruge S, Sidani S. Effects of demographic characteristics on preoperative teaching outcomes: a meta-analysis. CJNR 2002;34(4):25-33.

- Hacıoğlu N. Hipertansiyonlu hastaların risk faktörleri algıladıkları yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 35-38,58-81.
- Hagsten B, Svensson O, Gardulf A. Early individualized postoperative occupational therapy training in 100 patients improves ADL after hip fracture: a randomized trial. *Acta Orthop Scand* 2004;75:177-83.
- Hatipoğlu S. Cerrahi yoğun bakım hemşireliği ilkeleri. *Gülhane Tıp Dergisi* 2002;44(4):475-479.
- Henderson V. The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing* 1978;3(2):113-130.
- Hindistan S, Nural N, Öztürk H. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların deneyimleri. *Yoğun Bakım Hemşire Derg* 2009;13(1):40-46.
- International Alliance of Patients' Organizations (IAPO). What is PatientCentred Healthcare? A Review of Definitions and Principles. London:IAPO. 2007; 1-37.
- Işık D. Kanser hastalarının yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi ve değerlendirilmesi. Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2014; 12-18.
- Işık K. Yaşlı hastaya bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 8-10.
- İçyeroğlu G. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 47-49.
- İnan D, Saba R, Keskin S, Öğünç D, Çiftçi C, Günseren F, Mamıkoğlu L, Gültekin M. Akdeniz üniversitesi hastanesi yoğun bakım ünitelerinde hastane infeksiyonları. *Yoğun Bakım Derg* 2002;2(2):129-135.
- İntepeler ŞŞ. Kalite yönetimi. Baykal ÜT, Türkmen EE, editörler. *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'nde*, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014; 306-308.
- Kahraman S. Modern ve post-modern düşünceler hemşirelik felsefesini etkiledi mi? *Cumhuriyet Üniv HYO Derg* 2008;12(2),56-61.
- Kaplan CB. Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 6-31,64.
- Kara N. Gazete kuryelerinde uyku kalitesinin ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Arch Neuropsychiatr* 2016;53:102-107.

- Karaca A, Özkan HA. Bilim, toplum ve hemşirelik. Özkan, HA. Editör, Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri'nde, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014; 67-82.
- Karagözoğlu Ş. Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. Cumhuriyet Üniv HYO Derg 2005;9(1):6-14.
- Karkkainen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. Nursing Ethics 2005;12(2):123–132.
- Keser A. İş doyumu ve yaşam doyumu ilişkisi: Otomotiv sektöründe bir uygulama. Çalışma ve Toplum, Ekonomi ve Hukuk Dergisi 2005;4:77-96.
- Kıvanç MM. Hemşirelik uygulamalarında bakım kavramı. Aştı TA, Karadağ A, editörler. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı'nda, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016;217-226.
- Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniv HYO Derg 1999;3(2):18-26.
- Koç Z. Hasta bakımı hizmetleri ve yaşam kalitesi. 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, İzmir, Program ve Özet Kitabı, 2004; 48.
- Koçyiğit H, Aydemir O, Ölmez N, Memiş A. SF-36' nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi 1999;12:102-6.
- Kol E. Hemşirelikte bakım hizmetinin sistemanize edilmesi ve etkin bakım hizmetinin üretilmesi: Kavramlar, sorunlar, çözüm yolları. 13. Uluslararası Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, Özet Kitabı, 2011; 17-21.
- Köberich S, Suhonen R, Feuchtinger J, Farin E. The german version of the individualized care scale-assessing validity and reliability. Patient Preference and Adherence 2015;9:483–494.
- Köker S. Normal ve sorunlu ergenlerde yaşam doyumu düzeyinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 1991.
- Kumsar AK, Yılmaz FT. Yoğun bakım ünitesinin yoğun bakım hastası üzerindeki etkileri ve hemşirelik bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10(2):56-60.
- Kutlu R, Çivi S, Börüban M, Demir A. Kanserli hastalarda depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Selçuk Tıp Derg 2011;27(3):149-153.
- Kutlu AD. Cerrahi hemşireliği ve yaşam kalitesi ile ilgili yapılan çalışmalar-uluslararası boyutu. Cerrahi Bakım ve Yaşam Kalitesi Sempozyumu, Manisa, 2012; 19-21.

- Lauver DR, Ward SE, Heidrich SM, Keller ML, Bowers BJ, Brenann PF, Kirchhoff KT, Wells TJ. Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health* 2002;25:246-255.
- Lauver DR, Gross J, Ruff C, Wells TJ. Patient-centered interventions. Implications for incontinence. *Nursing Research* 2004;53:30-35.
- Lewis D. Computers in patient education. *Comput Inform Nurs* 2003;21(2):88-96.
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001;323:908-911.
- Manthey M. Primary nursing is alive and well in the hospital. *The American Journal of Nursing* 1973;73(1):83-87.
- Mete S. Hemşireliğin temel kavramları. Aştı TA, Karadağ A, editörler. *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı'nda*, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016; 57-78.
- Mollaoğlu M. Kronik hastalarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir, Özet Kitabı, 2007; 9-11.
- Moons P, Budst W, De Geest S. Critique on the conceptualisation of quality of life: A review and evaluation of different conceptual approaches. *Int J Nurs Stud* 2006;43(7);891-901.
- Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs* 2012;30(1):6-15.
- Muntlin A, Gunningberg L, Carlsson M. Patients' perceptions of quality care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *J Clin Nurs* 2006;15(8):1045-1056.
- Nahcivan NO. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *West J Nurs Res* 2004;26:813-824.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002;346(22):1715-1722.
- O'Rourke N, Chappell NL, Caspar S. Measurement and analysis of individualized care inventory responses comparing long-term care nurses and care aides. *The Gerontologist* 2009;49(6):839-846.
- OECD. *Towards High-Performing Health Systems. The OECD Health Project.* Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Publications 2. Publication Services, Paris, France. 2004;1-22.

- Önder R. Sağlık arama davranışı ve etki eden etkenler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın, Uzmanlık Tezi, 2014; 17-18.
- Özbay A. Koroner arter hastalarında yaşam tarzı değişikliği müdahalesinin yaşam kalitesine etkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 31-42.
- Özdemir D. Yoğun bakımda yatan hasta yakınlarının memnuniyeti. İstanbul Tıp Fakültesi Anesteziyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Uzmanlık Tezi, 2012; 3-4.
- Özdemir NG. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri ile bireyselleştirilmiş bakım algıları arasındaki ilişki. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2015; 1-3.
- Özer M, Karabulut ÖÖ. Yaşlılarda yaşam doyumu. Geriatri 2003;6(2):72-74.
- Özkan HA. Hemşirelik ve hemşirelik eğitimi felsefesi. Özkan, HA. Editör, Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri’de, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014; 45-66.
- Özkan HA. Yaşar S, Akten İM. Hemşirelikte bakım kavramı. Özkan, HA. Editör, Hemşirelikte Bilim, Felsefe ve Bakımın Temelleri’nde, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2014; 97-109.
- Özünç G. Hemşireliğin doğası. Aştı TA, Karadağ A, editörler. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı’nda, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016; 25-35.
- Özyıldız AG. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yakınlarının gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 1-7.
- Pawot W, Diener E. The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. The Journal of Positive Psychology 2008;3(2):137-152.
- Petroz U, Kennedy D, Webster F, Nowak A. Patients’ perceptions of individualized care: evaluating psychometric properties and results of the Individualized Care Scale. Can J Nurs Res 2011;43(2):80-100.
- Pınar R. Diabetes mellituslu hastaların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 1995.
- Pınar R. Kronik böbrek yetmezlikli hastalarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin kullanımı. Sağlıkta Birikim, İstanbul. 2006.
- Pugliese M, Janowski K. Supporting patient literacy using technology. Lowenstein A, Foord-May L, Romano J, editors. Teaching Strategies For Health Education And

- Health Promotion: Working With Patients, Families, And Communities, 1st Edition. ISBN-13: 9780763752279. 2009.
- Poochikian-Sarkissian S, Sidani S, Ferguson-Pare M, Doran D. Examining the relationship between patient-centred care and outcomes. *Can J Neurosci Nurs* 2010;32(4):14–21.
- Procter S. The functioning of nursing routines in the management of a transient workforce. *J Adv Nurs* 1989;14:180–189.
- Radwin LE, Alster K. Individualised nursing care: an empirically generated definition. *Int Nurs Rev* 2002;49:54-63.
- Radwin L, Alster K, Rubin KM. Development and testing of the oncology patients' perceptions of the quality of nursing care scale. *Oncol Nurs Forum* 2003;30(2):283-290.
- Rejeski WJ, Brawley LR, Shumaker SA. Physical activity and health-related quality of life. *Exerc Sport Sci Rev* 1996;71-108.
- Ruzevicius J, Akranaviciute D. Quality of life and its components measurement. *Engineering Economics* 2007;2:43-48.
- Ryan P, Lauver DR. The efficacy of tailored interventions. *Journal of Nursing Scholarship* 2002;34(4):331-337.
- Sabuncu N, İlhan SE. Hemşirelikte temel kavramlar. Sabuncu, N. Editör, Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar'ında, 4. Baskı, İstanbul, Alter Yayıncılık. 2014; 9-79.
- Salgado P, Chianca T. Identification and mapping of the nursing diagnoses and actions in an Intensive Care Unit. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2011;19(4):928-935.
- Sapançalı F. Toplumsal Açıdan Yaşam Kalitesi. İzmir, Altın Nokta Basım Yayın Dağıtım. 2009; 9-22.
- Sapmaz F, Doğan T. Mutluluk ve yaşam doyumunun yordayıcısı olarak iyimserlik. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2012;8(3):63-69.
- Schelling G, Richter M, Roozendaal B, Rothenhausler HB, Krauseneck T, Stoll C, Nollert G, Schmidt M, Kapfhammer HP. Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. *Crit Care Med* 2003;31(7):1971-1980.
- Seago JA, Williamson A, Atwood C. Longitudinal analyses of nurse staffing and patient outcomes: more about failure to rescue. *J Nurs Adm* 2006;36(1):13-21.

- Servellen GV. Nurses' perceptions of individualized care in nursing practice. *Western Journal of Nursing Research* 1988;10(3):291-306.
- Shortell SM, Zimmerman JE, Rousseau DM, Gillies RR, Wagner DP, Draper EA, Knaus WA, Duffy J. The performance of intensive care unit: Does good management make a difference? *Med Care* 1994;32:508-525.
- Sirgy MJ, Michalos AC, Ferriss AB, Easterlin RA, Patrick D, Pawot W. The quality-of-life (QOL) research movement: past, present, and future. *Social Indicators Research* 2006;76:343-466.
- Soylu D. Böbrek transplantasyonu sonrası yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi*, 2015; 29-37.
- Söyük S, Ören BG, Yürügen B. İ.Ü. İstanbul tıp fakültesi ilk ve acil yardım anabilim dalı yoğun bakım ünitesinde hasta tatmininin ölçülmesi. *Yoğun Bakım Hemşire Derg* 2001;5(1):12-15.
- Stoll C, Schelling G, Goetz AE, Kilger E, Bayer A, Kapfhammer HP, Rothenhausler HB, Kreuzer E, Reichart B, Peter K. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2000;120:505-512.
- Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J. Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *J Adv Nurs* 2000;32(5):1253-1263.
- Suhonen R, Valimaki M, Leino-Kilpi H. "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective-a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2002;39:645-654.
- Suhonen R, Valimaki M, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Testing the individualized care model. *Scand J Caring Sci* 2004;18(1):27-36.
- Suhonen R, Leino-Kilpi H, Valimaki M. Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2005;11(1):7-20.
- Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: An explanatory model using LISREL. *Int J Nurs Stud* 2007a;44:197-207.
- Suhonen R, Schmidt AL, Radwin L. Measuring individualized nursing care: Assessment of reliability and validity of three scales. *J Adv Nurs* 2007b;59(1):77-85.
- Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in Finland. *J Nurs Manag* 2007c;15:197-206.

- Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Individualised care from the orthopaedic and trauma patients' perspective: an international comparative survey. *Int J Nurs Stud* 2008a;45(11):1586-1597.
- Suhonen R, Valimaki M, Leino-Kilpi H. A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *J Clin Nurs* 2008b;17:843-860.
- Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Schmidt LA, Valimaki M, Leino-Kilpi H. European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care: a comparative study. *J Clin Nurs* 2009;18:2818-2829.
- Suhonen R, Land L, Valimaki M, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Lemonidou C, Schmidt L, Leino-Kilpi H. Impact of patient characteristics on orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualised nursing care. *Int J Evid Based Healthc* 2010a;8:259-267.
- Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Individualized care scale-nurse version: a Finnish validation study. *J Eval Clin Pract* 2010b;16:145-154.
- Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Lemonidou C, Schmidt LA, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Adapting the individualized care scale for cross-cultural comparison. *Scand J Caring Sci* 2010c;24:392-403.
- Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Karlou C, Balogh Z, Papastavrou E. Patients' and nurses' perceptions of individualised care: an international comparative study. *J Clin Nurs* 2011;21:1155-1167.
- Suhonen R, Charalambous A, Stolt M, Katajisto J, Puro M. Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *J Clin Nurs* 2012a;22:479-490.
- Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Karlou C, Balogh Z, Merkouris A. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scand J Caring Sci* 2012b;26(2):372-380.
- Suhonen R, Stolt M, Gustafsson ML, Katajisto J, Charalambous A. The associations among the ethical climate, the professional practice environment and individualized care in care settings for older people. *J Adv Nurs* 2014;70(6):1356-1368.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patiententered care on outcomes. *Journal of Family Practice* 2000;49(9):796-804.
- Swanson KM. Empirical development of a middle range theory of caring. *Nurs Res* 1991;40(3):161-165.

- Şahin NE, Emiroğlu ON. Huzurevinde yaşıyan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014; 57-66.
- Şahin Ş. Beden eğitimi öğretmenlerinin tükenmişlik ve yaşam doyumu düzeyleri. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 18.
- Şahinoğlu AH. Yoğun bakım ve yoğun bakım üniteleri. Şahinoğlu, AH. Editör, Dilek A, Kaya A, editör yardımcıları. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri'nde, 3. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2011; 1-3.
- Şen AF. İç hastalıkları klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde uyku ve yaşam kalitesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2013; 21-25.
- Şendir M. Hemşirelik felsefesi. Aştı TA, Karadağ A, editörler. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı'nda. İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2016; 103-112.
- Şener A. Yaşlılık, Yaşam Doyumu ve Boş Zaman Faaliyetleri. H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Aile ve Tüketici Bilimleri Bölümü. <http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/yasamdoyumu.pdf>. 2017.
- Tamdoğan S. Açık kalp cerrahisi uygulanan hastalarda ağrının uyku ve yaşam kalitesine etkisi. Bahçeşehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
- Taşçı S. Yaşam kalitesi kavramı ve hemşireliğe yansımaları. 13. Uluslar Hemşirelik Kongresi, Şanlıurfa, Özet Kitabı, 2011; 22-31.
- Taşdemir N, Özşaker E. Yoğun bakım ünitesinde ziyaret uygulaması: Ziyaretin hasta, hasta ailesi ve hemşire üzerine etkileri. Cumhuriyet Üniv HYO Derg 2007;11(1):27-31.
- Tekin A. Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği). Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 22-31.
- Tekin F. Ortopedik cerrahi hastalarının bireyselleştirilmiş bakımı algılama ve hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 1-2,33,61-64.
- Tekinsoy P. Yoğun bakım ünitesinde tedavi gören hastaların refakatçilerinin gereksinimlerinin saptanması. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, Yüksek Lisans Tezi, 2005; 5-7.
- Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. Yoğun Bakım Derg 2011;1:21-5.

- Testa MA, Nackley JF. Methods for quality-of-life studies. *Annu. Rev. Public Health* 1994;15:535-559.
- Tonkuş MB. Yoğun bakım ünitesinden, servise transfer edilecek olan hastalarda ve hastaların yakınlarında transfer anksiyetesinin incelenmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2016; 39-42.
- Tonuma M, Winbolt M. From rituals to reason: creating an environment that allows nurses to nurse. *Int J Nurs Pract* 2000;6:214-218.
- Tuna Hİ. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin hemşire hasta iletişimine yönelik düşüncelerinin incelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta, Yüksek Lisans Tezi, 2014: 15-16.
- Tunçay GY. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortamına ilişkin görüşleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2005: 10-12,81.
- Tunçay GY, Uçar H. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010:33-46.
- Türk Dil Kurumu (TDK). Bakım Nedir?
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=BAKIM, 2017.
- Türk Dil Kurumu (TDK). Bireyselleştirmek Nedir?
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=47237, 2017.
- Türk Dil Kurumu (TDK). Bireysellik Nedir?
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=47238, 2017.
- Türk Dil Kurumu (TDK). İnsan Nedir?
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=insan, 2017.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Resmi Gazete.
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>, 2011.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Kanunu.
<http://www.saglikbakanligi.gov.tr/TR,10378/tarihi25021954--sayisi6283--rg-tarihi02031954--rg-sayisi8647-hemsirelik-kanunu.html>, 2017.
- Uslu H. Kalp yetersizliği olan hastaların ve bakım verenlerin anksiyete-depresyon düzeyleri ve yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 29-31,43-61.

- Uysal N, Gündoğdu N, Börekçi Ő, Dikensoy Ö, Bayram N, Uyar M, Bayram H, Filiz A, Ekinci E, Mutlu GM. Üçüncü basamak merkezde dahili yoğun bakım hastalarının prognozu. *Yoğun Bakım Derg* 2010;1:1-5.
- Uzelli D, Korhan EA. Yoğun bakım hastalarında duysal girdi sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *Derleme Yazısı. F.N. Hem. Derg* 2014;22(2):120-128.
- Vara Ő. Yoğun bakım hemşirelerinde iş doyumunu ve genel yaşam doyumunu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 1999; 17-20.
- Velioğlu P. Hemşireliğin doğası ve hemşireliğin kavramsal çerçevesi. Velioğlu, P. Editör, *Hemşirelik Kavram ve Kuramları'nda*, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2012a; 65-126.
- Velioğlu P. Hemşirelikte kuramcılar. Velioğlu, P. Editör, *Hemşirelik Kavram ve Kuramları'nda*, 1. Baskı, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık. 2012b; 127-151,293-339.
- Ward S, Donovan HS, Owen B, Grosen E, Serlin R. An individualized intervention to overcome patientrelated barriers to pain management in women with gynaecologic cancers. *Research in Nursing & Health* 2000;23(5):393-405.
- Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-İtem Short-Form Healty Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and İtem Selection. *Med Care* 1992;30(6):473-483.
- Wolf DM, Lehman L, Quinlin R, Zullo T, Hoffman L. Effect of patientcentered care on patient satisfaction and quality of care. *J Nurs Care Qual* 2008;23(4):316-321.
- Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:527-530.
- World Health Organization Europe. Towards people-centred health systems: An innovative approach for better health outcomes. Copenhagen:WHO Europe. 2013.
- Yalamaoğlu M. Yoğun bakım ünitesinde hasta yakınlarının farklı kişilerce bilgilendirilmesinin ve bilgilendirme sıklığının aile memnuniyeti üzerine etkisi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Mersin, Uzmanlık Tezi, 2012; 7-8.
- Yardakçı R, Akyolcu N. Ameliyat öncesi dönemde yapılan hasta ziyaretlerinin hastanın anksiyete düzeyine etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2004; 1,2:7-14.
- Yetim Ü. Kişisel projelerin organizasyonu ve örüntüsü açısından yaşam doyumunu. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 1991; 68-72.

Yıldız AU. Kronik böbrek yetmezliği hastalarında yaşam tarzı değişikliği müdahalesinin yaşam kalitesine etkisi. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, Yüksek Lisans Tezi, 2010; 20-22.

Yıldız M. Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların ağız bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 50-56.

Yılmaz E, Altınok V. Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2009;15(59):451-469.

Zengin N. Dünyada ve Türkiye’ de yoğun bakım ünitelerinin tarihçesi. Akyol, AD. Editör, Yoğun Bakım Hemşireliği’nde, 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri. 2017; 3-12.



EKLER

Ek-1 Anket Formu

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN HASTALARIN YAŞAM KALİTESİ VE DOYUMUNUN BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGILARI ÜZERİNE ETKİSİ

Bu araştırma yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmaktadır. Araştırma başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Bu nedenle ankette yer alan soruları eksiksiz cevaplamanız çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Bu araştırmaya katılmak istemiyorsanız soruları yanıtlamayabilirsiniz.

Araştırmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

Doç.Dr. Zeliha KOÇ
OMÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi
05423392905

Cennet Büşra ALICI
OMÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
YL Öğrencisi
05312253281

HASTAYI TANITICI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek

3. Medeni Durumunuz: () Bekar () Evli

4. Eğitim Durumunuz:

() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul

() Ortaokul () Lise () Üniversite

5.Çalışıyor musunuz? ()Evet ()Hayır

6.Mesleğiniz:

()Ev hanımı ()İşçi ()Memur ()Serbest Meslek ()Emekli ()Öğrenci ()İşsiz

()Diğer (belirtiniz):

7. Sosyal güvenceniz var mı? () Var () Yok

8. Halen yaşadığınız yerleşim birimi: () İl () İlçe () Köy

9. Aile yapınız: ()Çekirdek aile ()Geniş aile

10. Çocuğunuz var mı? ()Evet ()Hayır

11. Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? (birden fazla cevap verilebilir):

() Yalnız () Eşimle birlikte () Eşim ve çocuklarımla () Çocuklarımla

()Diğer (belirtiniz):

Ek-1 Anket Formu (devam)

12.Aileniz ile olan ilişkilerinizi nasıl tanımlıyorsunuz?

() Çok iyi () İyi () Kötü () Çok kötü

13.Sosyal çevreniz ile olan ilişkilerinizi nasıl tanımlıyorsunuz?

() Çok iyi () İyi () Kötü () Çok kötü

14.Gelir durumunuz:

() Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla

15.Kronik bir hastalığınız var mı? ()Evet ()Hayır

16.Cevabınız evet ise bu hastalıkların ne/neler olduğu: (birden fazla cevap verilebilir):

() Diyabet () Hipertansiyon () Kalp hastalığı () Böbrek hastalığı () KOAH

() Diğer(belirtiniz):

17.Kronik hastalığınız nedeniyle sürekli kullandığınız ilaçlarınız var mı?

() Evet () Hayır

18.Kronik hastalığınız iş ve özel yaşantınızı olumsuz yönde etkiliyor mu?

() Evet () Hayır

19. Mevcut tanınız

20.Mevcut tanınız ve kronik hastalık/ hastalıklarınız hakkındaki bilgi düzeyinizi nasıl tanımlarsınız?

() Yetersiz () Orta düzeyde () İyi () Oldukça iyi

21.Mevcut tanınız ve kronik hastalık/hastalıklarınız hakkında bilgi aldınız mı?

() Evet () Hayır

22.Cevabınız evet ise kronik hastalığınıza ve mevcut tanınıza ilişkin bilgiyi kim/kimlerden aldınız?

() Hemşire () Doktor () Diğer (belirtiniz):

23.Kronik hastalığınız ve mevcut tanınız günlük yaşam aktivitelerinizi etkiliyor mu?

() Evet () Hayır

Ek-1 Anket Formu (devam)

24.Cevabınız evet ise hangi günlük yaşam aktivite/aktivitelerini etkileniyor?

(birden fazla cevap verilebilir):

- İletişim
 Solunum
 Yeme içme
 Boşaltım
 Kişisel temizlik ve giyim
 Hareket / yürüme

25.Evde bakımınızla ilgilenen biri var mı?

- Evet Hayır

26.Cevabınız evet ise evde bakımınızla ilgilenen kişi/kişiler (birden fazla cevap verilebilir):

- Eş Çocuklar Anne- Baba Bakıcı Diğer (belirtiniz):

27. Daha önce yoğun bakım ünitesine hiç yattınız mı?

- Evet Hayır

28.Cevabınız evet ise daha önce yoğun bakım ünitesine kaç kere yattınız?

29.Daha önce yoğun bakım ünitesinde yatma neden/nedenleri:

30.Şu anda yoğun bakım ünitesinde kaç gün yattığı:

Ek-2 Yaşam Doyum Ölçeği

YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı görüşünüzü yansıtan rakamı maddenin başındaki boşluğa yazarak belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizin durumunuzu yansıttığınızı düşündüğünüz rakam bizim için en doğru yanıttır. Lütfen, açık ve dürüst şekilde yanıtlayınız.

7-Kesinlikle katılıyorum

6-Katılıyorum

5-Çok az katılıyorum

4-Ne katılıyorum ne de katılmıyorum

3-Biraz katılmıyorum

2-Katılmıyorum

1-Kesinlikle katılmıyorum

- () Pek çok açıdan ideallerime yakın bir yaşamım var.
- () Yaşam koşullarım mükemmeldir.
- () Yaşamım beni tatmin ediyor.
- () Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim.
- () Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.

Ek-3 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A Hasta Versiyonu

		Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
A01	Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A02	Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A03	Elimden geldiği oranda kendi bakımımında sorumluluk alma fırsatı verdiler	1	2	3	4	5
A04	Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar	1	2	3	4	5
A05	Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A06	Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar	1	2	3	4	5
A07	Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A08	Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (örneğin; iş, hobiler)	1	2	3	4	5
A09	Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular.	1	2	3	4	5
A10	Günlük alışkanlıklarımı sordular (örneğin; kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
A11	Ailemin, bakımımında yer almasını isteyip istemediğimi sordular	1	2	3	4	5
A12	Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler	1	2	3	4	5
A13	Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular	1	2	3	4	5
A14	Bakımım ile ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler	1	2	3	4	5
A15	Bakımım ile ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular	1	2	3	4	5
A16	Bakımım ile ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular	1	2	3	4	5
A17	Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular	1	2	3	4	5

Ek-4 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu**Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B Hasta Versiyonu**

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

EK-5 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (KISA FORM)

1)Sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

()Mükemmel ()Çok iyi ()İyi ()Orta ()Kötü

2)Bir yıl öncesi ile karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

()Bir yıl öncesine göre çok daha iyi ()Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
()Bir yıl öncesiyle hemen hemen aynı ()Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
()Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3)Sayacağım maddeler (Aşağıdaki maddeler) gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

a)Koşmak, ağır kaldırarak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

b)Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

c)Günlük alışverişte alınanları kaldırma/taşıma

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

d)Merdivenle çok sayıda kat çıkma

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

e)Merdivenle bir kat çıkma

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

f)Eğilme ve diz çökme

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

g)Bir-iki kilometre yürüme

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

h)Birkaç sokak öteye yürüme

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

i)Bir sokak öteye yürüme

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

EK-5 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (devam)

j)Kendi kendine banyo yapma ve giyinme

()Evet oldukça kısıtlıyor ()Evet, biraz kısıtlıyor ()Hayır, hiç kısıtlamıyor

4)Son 4 Hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

a)İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı? ()Evet ()Hayır

b)Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız? ()Evet ()Hayır

c)İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldumu? ()Evet ()Hayır

d)İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin; daha fazla çaba gerektirmesi) ()Evet ()Hayır

5)Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin; çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

a)İş ve diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı? ()Evet ()Hayır

b)Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız? ()Evet ()Hayır

c)İşinizi ve diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz? ()Evet ()Hayır

6)Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

()Hiç etkilemedi ()Biraz etkiledi ()Orta dereceli etkiledi ()Oldukça etkiledi ()Aşırı etkiledi

7)Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

()Hiç ()Çok hafif ()Hafif ()Orta ()Şiddetli ()Çok şiddetli

8)Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem eviştirlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

()Hiç etkilemedi ()Biraz etkiledi()Orta derecede etkiledi()Oldukça etkiledi ()Aşırı etkiledi

EK-5 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (devam)

9)Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

a)Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Oldukça ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

b)Çok sinirli bir insan oldunuz mu?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Oldukça ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

c)Sizi hiç bir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Oldukça ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

d)Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Oldukça ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

e)Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Oldukça ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

f)Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Oldukça ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

g)Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Oldukça ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

h)Kendinizi mutlu hissettiniz mi?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Oldukça ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

i)Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Oldukça ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

10)Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş ve akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

()Her zaman ()Çoğu zaman ()Bazen ()Nadiren ()Hiçbir zaman

EK-5 SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (devam)

11)Size ifade edeceğim (aşağıdaki) her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

a)Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim

- () Kesinlikle doğru () Çoğunlukla doğru () Bilmiyorum () Çoğunlukla yanlış
() Kesinlikle yanlış

b)Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım

- () Kesinlikle doğru () Çoğunlukla doğru () Bilmiyorum () Çoğunlukla yanlış
() Kesinlikle yanlış

c)Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum

- () Kesinlikle doğru () Çoğunlukla doğru () Bilmiyorum () Çoğunlukla yanlış
() Kesinlikle yanlış

d)Sağlığım mükemmel

- () Kesinlikle doğru () Çoğunlukla doğru () Bilmiyorum () Çoğunlukla yanlış
() Kesinlikle yanlış

Ek-6 Etik Kurul Onayı



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/681-748

13.02.2017

Sayın Doç.Dr. Zeliha KOÇ


Etik Kurulumuza sunmuş olduğumuz **Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yaşam kalitesi ve doyumunun bireyselleştirilmiş bakım algıları üzerine etkisi** başlıklı OMÜ KAİK 2017/29 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 12.01.2017 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırmanın yapılacağı yerlerdeki ilgili kurumlardan izin yazısı alınmadığından ilgili kurumlardan izin yazısı alınıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra **başlanmasına** oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.



Prof. Dr. Dursun AYGÜN
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Ek-7 Hastane İzni


SAMSUN İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - SAMSUN KIBRIS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
09.05.2017 16:50 - 54103609 - 604.02 - E-7342



00044914900



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Samsun İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 54103609-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Yük. Lis.
Öğr. Cennet Büşra ALICI)

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 22/03/2017 tarihli ve 48669339-7144 sayılı yazı.
İlgi tarih ve sayılı yazımıza istinaden; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Cennet Büşra ALICI'nın "Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Doğumunun Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi" isimli çalışması, 02.05.2017 tarih ve 2017/9 sayılı Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunca (TUEK) uygun görülmüş olup, "Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü" imzalanarak, TUEK'de alınan karar örneğiyle birlikte yazımız ekinde sunulmuştur.
Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Prof. Dr. S. Sırrı KILIÇ
Genel Sekreter

EK:
1- Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) Kararı (1 sayfa)
2- Araştırma İzinleri İşbirliği Protokolü (1 sayfa)

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
11 Mayıs 2017
Gülseren HONÇA
Tıbbi Sekreter
Bilgi için: KÜRŞAT YURDAKÖŞ

Samsun Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği/ Araştırma ve Geliştirme
(Ar-Ge) Merkezi Adalet Mahallesi
100.Yıl Bulvarı No:232 İlkadım/SAMSUN
(0362) 311 2500 (1428)
Faks No:0(362) 311 25 28
e-Posta:kursat.yurdakos@saglik.gov.tr İnt.Adresi: -

Unvan:UZMAN
Telefon No:0362 311 25 00/1428

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1e37e07f-53d0-4f5b-8bb3-1225442de7b0 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-7 Hastane İzni (devam)

T. C.
Sağlık Bakanlığı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu

<u>Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Kararları</u>	Oturum Tarihi	Oturum sayısı
	02.05.2017	2017/ 9

Karar sayısı: 56

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Cennet Büşra ALICI'nın "Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Doyumunun Bireyselleştirilmiş Bakım Alguları Üzerine Etkisi" isimli çalışmaya ait başvuru formu ve ekleri incelenmiş olup, çalışmanın yürütülmesi Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu (TUEK) tarafından uygun görülmüştür.

TUEK ÜYELERİ	
Doç. Dr. Fatih ÖZKAN (Başkan)	İMZA
Doç. Dr. Mehmet Derya DEMİRAĞ (Eğitim Koordinatörü)	İMZA
Doç. Dr. Mustafa Kemal ATILLA	İMZA
Doç. Dr. Zahide DOĞANAY	İMZA
Doç. Dr. Yasemin KEMAL	İMZA
Doç. Dr. Mahir İĞDE	İMZA
Doç. Dr. Elif ÇOLAK	İMZA

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1c37e071-53d0-4f5b-8bb3-1225442de7b0 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-7 Hastane İzni (devam)

SAMSUN İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Cennet Büşra ALICI arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Yer (Kurum/Kuruluşlar),

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gazi Devlet Hastanesi, Bafra Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı: "Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Doyumunun

Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi"

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Cennet Büşra ALICI, Doç. Dr. Zeliha KOÇ

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Samsun İli Kamu Hastaneler Birliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak bilimsel çalışmaları kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- Yapılacak bilimsel çalışmalar veri toplama aşamasında iken hastanelerdeki uygulanabilirliği Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği tarafından takip edilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği Personelinin veri çalışmalarına katılımı tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışma üniversite veya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **dosya** halinde Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi/kişiler e) maddesini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma sürecinde her tür ilaç uygulaması veya girişimsel işlem yapılacak ise ya hastanın kendisi ya da yasal vasisinden ve etik kuruldan onay alınacaktır.
- Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin ihtiyaç halinde çalışmaya dâhil edilmesi durumunda Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği bilgilendirilecektir.

Protokolün süresi:

- Başlangıç Tarihi** Nisan 2017 **Bitiş Tarihi** Ağustos 2017
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılmamış ancak yeni bir protokole bağlıdır.

Sözleşme Şartlarına Aykırılık:

İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokolle imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Samsun İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde yasal işlemler başlatılacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Samsun ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezal müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

08/08/2017

Cennet Büşra ALICI
Yüksek Lisans Öğrencisi

08/08/2017
Dr. Yılmaz DÜNDAR
İdari Hizmetler Başkanı



Evrağın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1e37e07f-53d0-4f5b-8bb3-1225442de7b0 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-8 Yaşam Doyum Ölçeği Kullanım İzni

SWLS - Ed Diener, Subjective W... x

https://internal.psychology.uiowa.edu/~ediener/SWLS.htm

En çok ziyaret edilenler İlk Adım

Ed Diener

Joseph R. Smiley Distinguished Professor Emeritus of Psychology
Senior Scientist for the Gallup Organization

Home Contacts & Links Ed Diener & Lab RESEARCH SCALES Inquiries

FIND STUFF Search Only search this site

Scales

- Overview
- Satisfaction with Life Scale (SWLS)
- Scale of Positive and Negative Experience (SPANE)
- Flourishing Scale (FS)
- Scales for Children and Teenagers
- Affect Intensity Measure
- Inventory of thriving (CIT & BIT)

SWLS Translations

- Arabic
- Arabic2
- Bosnian
- Chinese
- Czech
- Danish
- Dutch
- English

Satisfaction With Life Scale (SWLS)

Permission to Use

The scale is copyrighted but you are free to use it without permission or charge by all professionals (researchers and practitioners) as long as you give credit to the authors of the scale: Ed Diener, Robert A. Emmons, Randy J. Larsen and Sharon Griffin as noted in the 1985 article in the *Journal of Personality Assessment*.

About SWLS

The SWLS is a short 5-item instrument designed to measure global cognitive judgments of satisfaction with one's life. The scale usually requires only about one minute of a respondent's time.

[SWLS English.doc](#)

In order to better understand the scores of the SWLS, please read the document below.

[Understanding the SWLS scores \(.pdf\)](#)

If you would like to use SWLS on a 5-point scale, please refer to the following paper for norms.

Kobau, R., Sniezek, J., Zack, M. M., Lucas, R. E., & Burns, A. (2010). Well-being assessment: An evaluation of well-being scales for public health and population estimates of well-being among US adults. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 2(3), 272-297.

Ek-9 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu Formu Kullanım İzni

From: RENGİN ACAROĞLU <rencar@istanbul.edu.tr>

Sent: Friday, December 23, 2016 10:49 AM

To: Zeliha Koç

Subject: Re: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu Kullanım İzni

Merhaba Zeliha,

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonunun Türkçe formunu yüksek lisans tez çalışmasında kullanabilirsiniz. Ancak Suhonen'den de izin almanız gerekiyor.

Yardıma gereksinim duyduğunuzda arayabilirsiniz.

İyi çalışmalar,

Rengin Acaroğlu

23 Aralık 2016 11:11 tarihinde Zeliha Koç <zelihaceren@hotmail.com> yazdı:

Sayın hocam,

Hastaların bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin bakış açısını değerlendirmek üzere Suhonen ve arkadaşları tarafından 2000 yılında geliştirilen ve 2005 yılında yeniden düzenlenen, Türk toplumuna uyarlaması 2007 yılında Suhonen, Şendir ve Kaya ile birlikte tarafınızdan yapılmış bulunan, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonunu, Tez Danışmanlığını yapmakta olduğum Cennet Büşra Alıcı'nın "Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yaşam Kalitesi ve Doyumunun Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları Üzerine Etkisi" başlıklı Yüksek Lisans Tez Çalışmasında kullanabilmek için gerekli iznin verilebilmesini arz ve rica ederiz.

Saygılarımla.

Doç.Dr.Zeliha KOÇ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Başkanı

Samsun

Ek-9 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu Formu Kullanım İzni (devam)

Dear Suhonen,

I am so sorry. I disturbing to you again. Mrs. Şendir directed us to you. We get your e-mail from her. One of my student, Cennet Büşra Alıcı, is planning to study on " The effect of quality of life and life satisfaction of inpatients in the intensive care unit on the perception of individualised care" for her master thesis. We would like to use Individualised Care Scale-Patient Version in our research. We will appreciate very much if you can give us permission to use scale. We will look forward to hearing from you.

Yours sincerely.

Zeliha KOÇ
Ondokuz Mayıs University
Health Science Faculty
Samsun/Turkey

From: Riitta Suhonen <suhonen.riitta@kolumbus.fi>
Sent: Monday, January 2, 2017 8:02 AM
To: Zeliha Koç
Subject: Permission to use the instrument ICS

Dear Zeliha Koc

Here attached is the permission, the scale and some other material
Regards Riitta Suhonen

Ek-9 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu Formu Kullanım İzni (devam)

To

Zeliha KOÇ

Associate Professor

Ondokuz Mayıs University

Health Science Faculty

Samsun/Turkey

For the study “The effect of quality of life and life satisfaction of inpatients in the intensive care unit on the perception of individualised care”

4th January 2017

Thank you for your interest in the **Individualised Care Scales (ICS)**. Here, enclosed is the nurse (ICS-Patient) version of the instrument (UK versions and Turkish version). The ICS has preliminarily been validated for use in surgical & acute nursing and has now been used in different samples of hospital patients. Later, it has been used in different areas of health care, recently in the care settings for older people including sheltered housing, and also home care. The current version includes 17 (A) + 17 (B) items 34 altogether, and is available: ICS-Patient version available validated for USA and UK English, Canada, Greek (Greece & Cyprus), Swedish, Turkish, Spanish, Italian, German, Portuguese, Hungarian, Czech Republic and Finnish versions. There is also the English (UK, American), Finnish, Swedish, Greek (Greece & Cyprus), Turkish, Spanish and Portuguese versions of the ICS-Nurse with several references.

You are granted permission to use the ICS (Patient version) for non-commercial purposes. You may edit the instructions for the instrument as appropriate for your sample(s). You may also use any demographic information you wish. However, the wording of the items and the scaling options may not be changed without express permission. Semantic and language validation is naturally forwarded. Any edited versions of the instrument will remain my property and I request you forward a copy of the edited version for my records.

Ek-9 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta Versiyonu Formu Kullanım İzni (devam)

The instrument itself may not be duplicated or reproduced in any publications because of owned right for publication of the journal and university series. I would request a copy of any published manuscripts or abstracts of presentations that reference the ICS for the archives. For the time being, all published work must contain the following credit:

ICS-Patient

Suhonen, R. 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and testing a model. *Annales Universitatis Turkuensis D 523*. University of Turku, Painosalama Oy, Turku.

OR

Suhonen R, Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2005. Development and psychometric properties of the Individualised Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 11(1), 7-20. (preferred Patient version reference)

ICS-Nurse

Suhonen R, Gustafsson M-L, Katajisto J, Välimäki M & Leino-Kilpi H. 2010. Individualised Care Scale – Nurse version: A Finnish validation study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 16 (1), 145-154.

Finally, I'd appreciate any published feedback relating to the psychometrics of the ICS and your experiences with the measure. Thank you again for your interest in the instrument and I wish the best in your research endeavours.

Riitta Suhonen, PhD, RN, Professor

Haagantie 184, 31410 Somero, FINLAND

suhonen.riitta@kolumbus.fi, Tel. Int +358-2-7483286, +358-50-3042150 (mobile), Fax.

Int + 358-3-4221166

Work: University of Turku, Department of Nursing Science, Lemminkäisenkatu 1 2nd floor, 20014 Turku, Finland

For more information, please visit:

http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkimus/tutkimusprojektit/ic_project/index.html

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Cennet Büşra ALICI

Doğum Yeri: OSMANİYE/Kadirli

Doğum Tarihi: 11.09.1993

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl):

Hacı Ahmet Akıncı Lisesi 2007-2011

Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 2011-2013

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2013-2015 (Yatay Geçiş)

OMÜ Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı 2016-

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl:

Malatya Devlet Hastanesi Beydağı Kampüsü 2012-2013/TEMMUZ/Yaz Stajı/20 iş günü

Ayancık Devlet Hastanesi/SİNOP 2015 (Ağustos) - 2016 (Nisan)

Bafra Devlet Hastanesi/SAMSUN 2016 (Nisan) -

E-posta: cennet4362@hotmail.com

