

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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BAKIM ODAKLI HEMŞİRE - HASTA ETKİLEŞİM
ÖLÇEĞİ - KISA FORMU'NUN (HEMŞİRE – HASTA
VERSİYONLARI) GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

Tuğba ONAT

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

İSTANBUL–2019

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

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**BAKIM ODAKLI HEMŞİRE - HASTA ETKİLEŞİM
ÖLÇEĞİ - KISA FORMU'NUN (HEMŞİRE – HASTA
VERSİYONLARI) GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK
ÇALIŞMASI**

**Tuğba ONAT
142038030**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM**

İSTANBUL–2019

TEZ ONAYI

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I


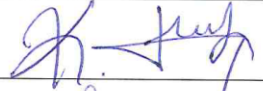

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Tuğba ONAT
Danışman : Prof.Dr. Nazmiye YILDIRIM

Tez Savunma Tarihi : 09.08.2019
Tez Savunma Saati :14.00

Tez Konusu : "Bakım Odaklı Hemşire - Hasta Etkileşim Ölçeği - Kısa Formu'nun (Hemşire - Hasta Versiyonları) Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması"

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

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof.Dr. Nazmiye YILDIRIM (Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Doç.Dr. Gülzade UYSAL	KABUL	
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Özlem YAZICI		

ÖZET

Bu araştırma, Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşim Ölçeği-Kısa Formu'nun hemşireler ve hastalar üzerinde ayrı ayrı Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amacıyla yapılmıştır.

Metodolojik araştırma türüne uygun olarak planlanıp gerçekleştirilen araştırma, 25.12.2017 - 29.06.2018 tarihleri arasında İstanbul'da Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Dâhiliye ve Cerrahi Kliniklerinde yatarak tedavi gören çalışma kriterlerine uyan 230 hasta ve bu hastaların bakımından sorumlu 230 hemşire ile yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak, hasta ve hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren hasta ve hemşire bilgi formları ve 23 maddeden oluşan Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği-Kısa Formunun hemşire ve hasta versiyonları kullanılmıştır.

Ölçeklerin geçerlilik çalışmasında öncelikle dil eşdeğerliliği için Türkçe'ye çevirileri ve geri çevirileri yapılmış, içerik geçerliliği için uzman görüşleri alınmıştır. Uzman görüşlerine göre, tüm maddelerin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI) istenilen değer olan 0.80'in üzerinde bulunmuştur. Hemşire versiyonu için $0,93 > 0,80$; $p < .05$, hasta versiyonu için $0,97 > 0,80$; $p < .05$ bulunmuştur. Ölçeğin ön uygulamasından sonra, veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Ölçeklerin geçerlik çalışması için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, sonuçlarına göre Türkçe çeviri ölçekler orijinal ölçeklerle benzer yapı göstermiştir. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği-Kısa Formunun hemşire versiyonu önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik, Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği-Kısa Formunun hasta versiyonu ölçeği önemlilik, sıklık ve memnuniyet olmak üzere üç boyuta ve her iki ölçekte her boyutta dört alt ölçeğe (Klinik Bakım, İlişkisel Bakım, Hümanist Bakım ve Rahatlaticı Bakım) ayrılmıştır. Ölçeklerin üç boyutta ve tüm alt ölçeklerde uyum değerlerinin istendik düzeyde olduğu ve uyumun iyi olduğu saptanmıştır. Tüm maddelerin doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen yükleri 0.30'un üzerinde bulunmuştur.

Ölçeklerin üç boyutunun güvenilirlik analizi için iç tutarlılık analizi, madde güvenilirliği için madde-toplam puan korelasyonları incelenmiştir. Ölçeğin hasta versiyonunun önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutlarının madde-toplam puan

korelasyonu ve Cronbach alfa değeri (boyut sırasıyla) 0.543-0.756 ve 0.942; 0.563-0.751 ve 0.943; 0.503-0.791 ve 0.941 olduğu saptanmıştır. Hemşire versiyonu için önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarının sırayla 0.525-0.758 ve 0.943; 0.509-0.759 ve 0.941; 0.528-0.756 ve 0.942 olarak bulunmuştur. Ölçeklerin dış güvenirliğini tespit etmek amacıyla test tekrar test uygulaması yapılmıştır. Ölçekler birinci uygulamadan iki hafta sonra 50 kişiye tekrar uygulanmış ve zamana karşı değişmezliği belirlenmiştir. Pearson korelasyon ve t testi sonuçlarına göre, ölçeğin hemşire versiyonu için önemlilik ve uygulanabilirlik boyutunun iki şartı da sağladığı, yeterlilik boyutunun t-testi şartını sağladığı tespit edilmiştir. Hasta versiyonu için önemlilik ve memnuniyet boyutunun her iki şartı, sıklık boyutunun ise yalnızca korelasyon şartını sağladığı belirlenmiştir. Böylece leklerin üç boyutu ve alt boyutları için hesaplanan dış güvenirliğinin iyi düzeyde olduğu görülmüştür.

Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşim leği-Kısa Formu'nun hemşire ve versiyonunun Türkçe formlarının geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimi, Geçerlik, Güvenirlik.

ABSTRACT

VALIDITY AND RELIABILITY STUDY OF CARING NURSE-PATIENT INTERACTION SCALE - SHORT FORM (NURSES'–PATIENTS' VERSIONS)

The aim of this study was to investigate the validity and reliability of the Turkish version of the Caring Nurse-Patient Interaction (CNPI) Short Scale for the nurses and patients separately. This research was carried out between 25/12/2017-29/06/2018 in Medeniyet University Göztepe Training and Research Hospital. The study included 230 inpatients and 230 nurses responsible for the care of these patients who met the study criteria and accepted to participate in the study. Data was collected by patient and nurse socio-demographic information forms and nurses' and patients' versions of the Caring Nurse-Patient Interaction Scale-Short Form consisting of 23 items. Both data collection instruments were applied and analyzed separately for significance, adequacy and applicability sub-scales.

In the validity study of the scales, translations and back translations were made to Turkish for language equivalence and expert opinions were taken for content validity. According to expert opinions, Content Validity Index for all items was above the desired value of 0.80. For nurses' version of the Turkish Short Form Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale), it was 0.93, $p < .05$. For patients' version of the scale, it was 0.97, $p < .05$. After preliminary application of the scale, the data was collected using face to face interview technique. For the validity study of the scales, exploratory and confirmatory factor analyses were performed. According to the results, Turkish translation scales showed similar structure to the original scales. The scales were divided into three dimensions and four sub-scales. In the nurses' version there are significance, adequacy and applicability dimensions. In the patients' version of the Turkish Short Form Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale), there are significance, frequency and satisfaction dimensions. Four sub-scales were the same, which are Clinical Care, Relational Care, Humanistic Care and Comforting Care. The adaptation values of the scales in three dimensions and all subscales were found to be at the desired level and the fit was good. The loads of all items obtained from confirmatory factor analysis were over 0.30.

For the reliability analysis of the three dimensions of the scales, internal consistency analysis and item total score correlations were examined for item reliability. The item-total score correlation and Cronbach's alpha values for the significance, frequency and satisfaction dimensions of the patients' version of the scale were 0.543-0.756 and 0.942; 0.563- 0.751 and 0.943; 0.503-0.791 and 0.941, respectively. Similarly, the same values for the significance, adequacy and applicability dimensions of the nurses' version of the scale were 0.525-0.758 and 0.943; 0.509-0.759 and 0.941; 0.528-0.756 and 0.942, respectively. Test-retest was performed to determine the external reliability of the scales. The scales were reapplied to 50 participants two weeks after the first application and their invariance against time was determined. According to Pearson correlation and test- retest results, it was found that the significance and applicability dimensions of the scale met both conditions and adequacy dimension of the scale met the t-test condition for the nurses' version. For the patient's version of the scale, it was found that significance and satisfaction dimensions met both conditions and frequency dimension of the scale met the correlation condition. Accordingly, it was found that external reliability of the scales, three dimensions and all-subcales, was acceptable.

It has been concluded valid and reliable instrument that nurses' and patients' versions of the Turkish Short Form Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale).

Keywords: Caring nurse-patient interaction, Validity, Reliability.

ÖNSÖZ

Cossette ve ark. (2006) tarafından varolan skalalar incelenerek, Watson'un bakım kuramını temel alan hemşire/öğrenci/hasta/ailelerinde kullanılabilecek 23 maddelik, Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği-Kısa Form (BOHHEÖ) (Caring Nurse-Patient Interaction Scale - Short Form (CNPI-Short Scale) geliştirilmiştir. Hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışları ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye hizmet edebilecek aracın eksikliği nedeniyle, bu araştırmada BOHHEÖ-kısa formunun ülkemize kazandırılması planlanmıştır.

Tez çalışmamda bana her daim yol gösteren, desteğini esirgemeyen, değerli bilgilerini, deneyimlerini ve zamanını hiç esirgmeden katkıda bulunan değerli tez danışman hocam Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM'a saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

Maddi ve manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen her daim yanımda olan, destekleyen aileme çok teşekkür ederim.

İş yoğunluğu içinde zaman ayırıp çalışmama katkıda bulunan saygıdeğer hocalarıma, tüm meslektaşlarıma ve hastalara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

BEYAN

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

Tuğba ONAT



İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
TEZ ONAYI.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
ÖNSÖZ.....	ix
BEYAN.....	x
İÇİNDEKİLER.....	xi
Tablo Listesi.....	xiv
Şekil Listesi.....	xviii
Kısaltmalar Listesi.....	xix
1.GİRİŞ.....	2
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Hemşirelik ve Bakım.....	5
2.2. Hemşire – Hasta İlişkisi.....	7
2.3. Hemşire - Hasta Etkileşimi.....	8
2.4. Jean Watson İnsan Bakım Kuramı.....	11
2.4.1. İnsan Bakım Kuramının Temel Varsayımları.....	13
2.4.2. Kişilerarası (Transpersonal) Bakım İlişkisi.....	14
2.4.3. Bakım Durumu/Bakım Anı.....	14
2.4.4. İyileştirme Süreçleri.....	14
2.5. Hemşirelik Uygulamalarında ve Araştırmalarında Kuramların Kullanımı.....	20
2.6. Ölçme ve Ölçek.....	22
2.6.1. Geçerlik.....	23
2.6.2. Güvenirlik.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	30
3.1.Araştırmanın Türü.....	30
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	30
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	30

3.4. Veri Toplama Araçları	32
3.5. Veri Toplama	33
3.6. Verilerin Analizi	33
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	35
3.8. Etik Boyut	35
4. BULGULAR.....	36
4.1. Ölçeklerin Dil Geçerliliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar	36
4.2. Ölçeklerin İçerik/Kapsam Geçerliliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar.....	36
4.3. Çalışmanın Örneklemine Ait Bulgular	41
4.3.1. Hasta Katılımcıların Özellikleri.....	41
4.3.2. Hemşire Katılımcıların Özellikleri.....	44
4.4. Açıklayıcı Faktör Analizine Ait Bulgular	46
4.4.1. Hasta Katılımcıların Önemlilik Boyutuna Ait Veriler.....	46
4.4.2. Hasta Katılımcıların Sıklık Boyutuna Ait Veriler.....	49
4.4.3. Hasta Katılımcıların Memnuniyet Boyutuna Ait Veriler	53
4.4.4. Hemşire Katılımcıların Önemlilik Boyutuna Ait Veriler	58
4.4.5. Hemşire Katılımcıların Yeterlilik Boyutuna Ait Veriler	61
4.4.6. Hemşire Katılımcıların Uygulanabilirlik Boyutuna Ait Veriler	65
4.5. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular	70
4.5.1. Hemşire Katılımcıların Önemlilik Boyutuna Ait Veriler	71
4.5.3. Hemşire Katılımcıların Uygulanabilirlik Boyutuna Ait Veriler	75
4.5.4. Hasta Katılımcıların Önemlilik Boyutuna Ait Veriler.....	77
4.5.5. Hasta Katılımcıların Sıklık Boyutuna Ait Veriler.....	79
4.5.6. Hasta Katılımcıların Memnuniyet Boyutuna Ait Veriler	81
5. TARTIŞMA.....	83
5.1. Ölçeklerin Dil Eşdeğerlik Çalışmalarına İlişkin Tartışma ve Sonuç	84
5.2. Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hemşire Versiyonu Kısa Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Tartışma ve Sonuç	86

5.3. Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hasta Versiyonu Kısa Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Tartışma ve Sonuç.....	90
6.SONUÇ VE ÖNERİLER	94
6.1. Sonuçlar	94
6.2. Öneriler.....	96
KAYNAKLAR.....	97
EKLER.....	109
ÖZGEÇMİŞ	124



TABLO LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hasta Versiyonu Kısa Formu İçin Uzman Değerlendirme Sonuçları	37
Tablo 2: Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hemşire Versiyonu Kısa Formu İçin Uzman Değerlendirme Sonuçları.....	37
Tablo 3: Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği –Kısa Formu Hemşire Versiyonu İçin Kapsam (İçerik) Geçerlik İndeksi Sonuçları.....	39
Tablo 4: Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği –Kısa Formu Hasta Versiyonu İçin Kapsam (İçerik) Geçerlik İndeksi Sonuçları	
Tablo 5: Katılımcı Hastalara İlişkin Sosyodemografik Veriler	41
Tablo 6: Katılımcı Hastaların Hastalıklarına İlişkin Veriler	42
Tablo 7: Katılımcı Hastaların Ölçek Boyutları Ve Alt Ölçek Puanları.....	43
Tablo 8: Katılımcı Hemşirelere İlişkin Tanımlayıcı Veriler	44
Tablo 9: Hemşirelerin Yaş Ve Mesleki Deneyimine İlişkin Veriler	44
Tablo 10: Hemşirelerin Ölçek Boyutları Ve Alt Ölçek Puanları	45
Tablo 11: Hastaların Önemlilik Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları	46
Tablo 12: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları.....	46
Tablo 13: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri	47
Tablo 14: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları	48
Tablo 15: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı	48

Tablo 16: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları	49
Tablo 17: Hastaların Sıklık Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları.....	50
Tablo 18: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları.....	50
Tablo 19: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri	51
Tablo 20: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları	52
Tablo 21: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı.....	52
Tablo 22: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları	53
Tablo 23: Hastaların Memnuniyet Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları	54
Tablo 24: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları.....	54
Tablo 25: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri	55
Tablo 26: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları	56
Tablo 27: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı	57
Tablo 28: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları	57
Tablo 29: Hemşirelerin Önemlilik Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları	58

Tablo 30: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Önemlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları	58
Tablo 31: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Önemlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri	59
Tablo 32: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Önemlilik Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları	60
Tablo 33: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Önemlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı	60
Tablo 34: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Önemlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları.....	61
Tablo 35: Hemşirelerin Yeterlilik Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları	62
Tablo 36: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları.....	62
Tablo 37: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri	63
Tablo 38: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları	64
Tablo 39: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı	64
Tablo 40: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları	65
Tablo 41: Hemşirelerin Uygulanabilirlik Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları	66
Tablo 42: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları.....	66
Tablo 43: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri	67

Tablo 44: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları.....	68
Tablo 45: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı	68
Tablo 46: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları.....	69
Tablo 47: Uyum İyiliği İndeksleri Ve Kabul Edilebilir Değerleri	70
Tablo 48: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutu İçin Dfa Uyumluluk Değerleri	71
Tablo 49: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutu İçin Dfa Uyumluluk Değerleri	73
Tablo 50: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutu İçin Dfa Uyumluluk Değerleri	75
Tablo 51: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutu İçin Dfa Uyumluluk Değerleri	77
Tablo 52: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutu İçin Dfa Uyumluluk Değerleri.....	79
Tablo 53: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutu İçin Dfa Uyumluluk Değerleri	81

ŞEKİL LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1: Hemşirelere Ait Önemlilik Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar	72
Şekil 2: Hemşirelere Ait Yeterlilik Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar	74
Şekil 3: Hemşirelere Ait Uygulanabilirlik Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar	76
Şekil 4: Hastalara Ait Önemlilik Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar	78
Şekil 5: Hastalara Ait Sıklık Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar	80
Şekil 6: Hastalara Ait Memnuniyet Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar	82

KISALTMALAR LİSTESİ

- AGFI: Düzeltilmiş Uyum İyiliği İndeksi
BOHHEÖ: Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği
CBA: Bakım Davranışları Değerlendirme
CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
CNPI: Caring Nurse-Patient Interaction Scale
DFA: Doğrulayıcı Faktör Analizi
GFI: Uyum İyiliği İndeksi
ICN: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
İBK: İnsan Bakım Kuramı
KGI: Kapsam (İçerik) Geçerlik İndeksi
KMO: Kaiser-Meyer-Olkin
KR-20: Kuder Richarson
KGÖ: Kapsam Geçerlik Ölçütü
RMSEA: Ortalama Hataların Karekök Ortalaması
sd: Serbestlik Derecesi
THD: Türk Hemşireler Derneği
 χ^2 : Ki-kare

1.GİRİŞ

Hemşirelik, Uluslararası Hemşirelik Konseyi'nin (ICN) tanımına göre "Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumaya ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirmeye ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur" (1). Türk Hemşireler Derneği (THD) de bu tanımı biraz daha genişleterek 1981 yılında kabul etmiştir.

Bakım, hemşirelik bilim ve sanatının merkezinde yer alır ve hemşirelik mesleğini diğer mesleklerden ayıran bakım işlevidir (2). Leininger (1984) hemşirelikte bakımın yerini ve önemini, "bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır" görüşü ile vurgulamıştır (3). Watson hemşirelik bakımını; bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleşmiş kişilerarası bir süreç olarak açıklamıştır (4,5).

Orlando, Leninger, Roy, Roach, Swanson, Benner ve Wrubel gibi hemşire kuramcılar da, hemşirelik ve bakım kavramlarını, "kişiler arasında yer alan bir etkileşim süreci" olarak tanımlamışlardır (4-6). Altıok ve arkadaşlarının (2011) bakım kavramı analizi çalışmasında; hemşire/hasta ve hasta yakınlarının umursama, şefkat, duyarlılık, değer verme, ahlaki davranma, terapötik müdahale, iletişim, etkileşim ve bilgi verme temalarının hemşirelik bakım kavramı içinde yer aldığı belirtilmiştir (7).

Etkileşim, hemşire-hasta ilişkisinin iki yönlü, karşılıklı bir süreç olmasını ve iki ayrı dünyanın gerçek bir buluşmasını içermektedir. Bu süreç, hasta olan ya da sağlık hizmetlerine gereksinim duyan bireyle, özel yardım gereksinimini fark edip buna yanıt vermek üzere eğitilmiş hemşire arasındaki insan ilişkisidir (8). Hemşire-hasta etkileşiminin odağı, hasta bireyin gereksinimlerinin farkedilmesi ve karşılanmasıdır. Bu şekilde, hastanın problemleri, baş etme biçimleri, destek kaynakları ve yaşamındaki olanaklar konusunda, karşılıklı anlayış, farkındalık geliştirmek ve iç görü kazandırmak mümkün olmaktadır (6).

Hemşireler, tüm hemşirelik fonksiyonlarında hastayla etkileşim halindedir (9). Hemşirelerin davranış ve tutumlarının, hemşire-hasta etkileşimleri üzerinde güçlü etkileri olduğu belirtilmektedir (10). Zrinyi ve Horvath (2003), kardiyolojik sağlık sorunu olan bireylerin, sağlık davranışları geliştirmelerinde, bütüncül hemşirelik

bakımına ve hemşire-hasta etkileşimine bağlı memnuniyetin önemli bir faktör olduğunu bildirmiştir (11). Dearing (2004) yaptığı çalışma sonucunda, şizofreni tanısı almış bireylerde hemşire-hasta etkileşiminin tedavi süresi boyunca tedaviye uyumunu arttırdığı sonucuna ulaşmıştır (12). Hemşirenin bireyi bütüncül olarak ele alarak, uygulamalarını bu doğrultuda gerçekleştirmesi ve hastada meydana gelen rahatlama ve iyileşme gibi olumlu hasta bakım sonuçlarını elde etmesi, hastayla etkileşimlerin nitelikli olmasıyla doğrudan ilişkilidir (5,11).

Hemşirelerin sağlık yardımı amacıyla verdiği bakımın, etkileşim yoluyla gerçekleştirilmesinin önemi üzerinde durulmasına rağmen, hemşire-hasta etkileşimleri gibi bakım konularına odaklanan, hemşire-hasta etkileşiminde aktif katılımcılar olarak hastalar üzerinde yapılmış çalışmaların sınırlı olduğu bildirilmiştir (13). Watson, hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici yönünün daha çok ortaya çıkarılması gerektiğini savunmuş (14), hemşire-hasta etkileşimine temellenen, hümanistik ve holistik bir bakış açısı ile İnsan Bakım Kuramı'nı geliştirmiştir (4). Watson'ın İnsan Bakım Kuramı tıbbi odaklı değil insan, iyileştirme ve sevgi odaklı olması hemşireye birey merkezli, saygılı, güvenli, duyarlı, dürüst ve ulaşılabilir bakım vermede rehber oluşturmaktadır (Okumuş ve ark 2013). Hemşirenin bakım verdiği bireyi sadece fiziksel değil sosyal, psikolojik, kültürel ve spiritüel yönden de ele almayı sağlayan bütüncül bir bakım modelidir (15). Teorinin çerçevesini "kişilerarası bakım ilişkisi", "bakım durumu ve bakım anı" ile "iyileştirme süreçleri" olmak üzere üç ana kavram oluşturmaktadır (16, 17). Teorinin temel kavramından biri olan "İyileştirme süreçleri", özellikle teorinin uygulamaya aktarımında hemşirelik için rehberdir. Bu model Amerika, Kanada, Brezilya, İspanya, Avustralya başta olmak üzere pek çok ülkede; birçok hastane, sağlık merkezi ve üniversitede; hemşireler tarafından eğitim, uygulama, yönetim ve araştırma alanlarında bir rehber olarak kullanılmaktadır (18).

Hemşirelerin hastaların hemşire-hasta arasındaki etkileşim hakkında görüşlerine dair çok az şey bilmeleri önemli bir eksikliklerdir. Hastanın bu olguya ilişkin bakış açısını anlamak, hemşire ile hasta arasındaki etkileşimlere yaklaşımlarını yönlendirecek önemli bilgiler sunacaktır (10). Nitekim bu alandaki büyük bir zorluk, hemşirelerin hasta bakımı tutumları ve davranışları ile hasta sonuçları arasındaki ilişkilerin incelenmesine izin veren, hemşire-hasta etkileşimlerini nicel verilerle ortaya koyacak değerlendirme

araçlarının eksikliğidir (4). Cossette ve arkadaşları, hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışları ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmek için hemşire-hasta etkileşimini tanımlamanın önemli olduğunu belirtmiştir. Bu amaçla Cossette ve ark. (2005) tarafından varolan skalalar incelenerek, Watson'un bakım kuramını temel alan hemşire/öğrenci/hasta/ailelerinde kullanılacak 70 maddeden oluşan Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği - BOHHEÖ) (Caring Nurse-Patient Interaction Scale - CNPI) geliştirilmiştir (4). Daha sonra Cossette ve ark. (2006) iki nedenden dolayı ölçeğin 23 maddeden oluşan kısa formunu (CNPI-Short Scale) geliştirmiştir (4). Bu nedenlerden ilki, alt ölçeklerin orta derecede korelasyona sahip olması; ikincisi ağır hastalarla yapılan klinik araştırma ortamında anketin kullanılmasının zor olmasıdır. Yetmiş maddelik BOHHEÖ'nin hemşirelik öğrencileri üzerindeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yalçın Atar ve Atabek Aştı (2012) tarafından yapılmıştır (19). Hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışları ile hasta sonuçları arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye hizmet edebilecek aracın eksikliği nedeniyle, bu çalışmada BOHHEÖ-kısa formunun ülkemize kazandırılması planlanmıştır.

Bu çalışmada, Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşim Ölçeği-Kısa Formu'nun hemşireler ve hastalar üzerinde ayrı ayrı Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik ve Bakım

İnsan bilimi olarak tanımlanan (20) hemşirelik, insanların sağlığını korumak, sürdürmek, rahatlığını sağlamak, hastaya bakmak ve hastaya güvende olduğu duygusunu sağlamak isteği ile ortaya çıkan, kişilerarası ilişkiler aracılığıyla insana doğrudan hizmet veren bir yardım mesleğidir (21,22). Yardım etmede esas amaç, karşılıklı güvene dayalı iletişim ve etkileşim içinde, bireyi bir bütün olarak tanımak, gereksinimlerini tanımlamak ve sonuçta bireyin sorunları ile daha etkin baş edebilir, gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini sağlamaktır (23). Hemşire bu yardımı sağlarken, temel rolü ve bağımsız fonksiyonu olan bakımı kullanır (2).

Bakım, hemşirelik bilim ve sanatının merkezinde yer alır ve hemşirelik mesleğini diğer mesleklerden ayıran bakım işlevidir (24). Bakım, “insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirmelerine ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve en azından asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygıyla gerçekleştirilir” (25). Hemşireliğin özünü oluşturan bakım, en az iki kişi ile başlayan ve gelişen bir ilişkidir (22). Watson’a göre hemşirelik bakımı, bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi ile bilimsel, etik, estetik, profesyonel olarak bireyselleşmiş bir kişilerarası süreçtir (4,5). Hemşirelik bakım kavramı ve özellikleri; insanın fiziksel, sosyal, psikolojik, spiritual boyutlarına yönelik girişimleri kapsamaktadır (26). Hemşirelik bakımı; hemşire ve hasta arasında bakım anında paylaşımın sağlandığı etkileşimli (interaktif) ve kişilerarası bir süreç olarak tanımlanmaktadır (27). Literatüre göre hemşirelik bakımı, evrensel insani bir özellik, ahlaki bir zorunluluk, bir etki/değiştirme aracı, karşılıklı düşünce alışverişinin yapıldığı kişilerarası ilişkiyi ve terapötik yöntemleri içermektedir (28,29).

Hemşire ve hastanın birbirlerini öncelikle “insan” olarak algılayıp, karşılıklı tepkide buldukları “insan insana ilişki”, Travelbee (1971) tarafından hemşirelik uygulamalarının esası olarak açıklanmıştır (6). Hildegard Peplau hemşireliği, “anlamlı, tedavi edici kişilerarası süreç”, “hasta ya da sağlık hizmetine gereksinimi olan birey ile

bu gereksinimleri tanımak ve karşılamak için özel olarak eğitilmiş hemşire arasındaki ilişki” olarak tanımlamıştır (30). Orlando, Leninger, Roy, Roach, Swanson, Benner ve Wrubel gibi hemşire kuramcılar da, hemşirelik ve bakım kavramlarını, "kişiler arasında yer alan bir etkileşim süreci" olarak tanımlamışlardır ve hemşire-hasta etkileşiminin önemini vurgulamışlardır (4-6). 1950'lerde Orlando (1961/1990) hemşire-hasta ilişkisinin doğasını araştırmaya başlamıştır. Bu ilişkiyi dinamik, etkileşimli ve sürekli değişen bir süreç olarak tanımlamış ve hemşirelerin terapötik ilişkiler kurmaya yönelik eylem ve faaliyetlerinin önemini belirtmiştir (10). Bu süreçte hastanın yardım gereksinimlerinin belirlenip karşılandığı bir etkileşim söz konusudur (31). Imogine King (1971) hemşireliği, “her yaşta ve sosyoekonomik gruptaki bireylere, sağlık ve hastalık durumlarında, günlük yaşamlarını sürdürebilmeleri ve temel gereksinimlerini karşılayabilmelerinde yardımcı olmaktır” şeklinde tanımlamaktadır. (32). King’e göre bu yardım hasta/sağlıklı bireyler ve hemşire arasındaki etki-tepki, etkileşim ve çeşitli faaliyetler aracılığı ile sağlanmaktadır (32). King’in amaca ulaşma kuramı da bireyler arasında, özellikle de hemşire hasta/sağlıklı birey arasında gerçekleşen ilişkiye ve etkileşim üzerine temellenmiştir.

Altıok ve ark. (2011)’nin bakım kavramı analizi çalışmasında; hemşire/hasta ve hasta yakınlarının umursama, şefkat, duyarlılık, değer verme, ahlaki davranma, terapötik müdahale, iletişim, etkileşim ve bilgi verme temalarının hemşirelik bakım kavramı içinde yer aldığı belirtilmiştir (7). Hemşireliğin özünde, terapötik hemşire-hasta ilişkisi anahtar rol oynar. Terapötik iletişim, insanların birbirini etkileme ve birbirinden etkilenme sürecidir. Hasta veya sağlıklı bireylerle kurduğu kişilerarası ilişkiler ve temelindeki profesyonel iletişim becerilerini kullanan hemşireler, bireylerin ihtiyaçlarını karşılamalarına ve sağlık problemleriyle başa çıkmalarına yardımcı olmayı amaçlamaktadırlar (33). Watson, hemşirenin rollerini güzel sanatlara benzetmiştir. Watson’a göre ruh, akıl ve hayaller birleşince bakım uygulamaları gerçekleşir (34). Watson, kuramının bakım veren ile bakım alan arasındaki kişilerarası süreçte yer aldığını ve hemşireliğin bütününe vurguladığını ileri sürmektedir. Watson hemşirelik bakımının, bakım davranışlarının kullanılması ve bu davranışların hastalar tarafından algılanmasıyla etkili olabileceğini belirtmiştir (35).

2.2. Hemşire – Hasta İlişkisi

İletişim, iki kişinin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirini anlamasını kapsayan çok kanallı bir süreçtir (36). Hemşirelikte iletişimin önemli bir yeri vardır. Hemşireler çalıştıkları kurumlarda bakım hizmeti verirken hem hasta hem de hasta yakınları ile sürekli iletişim halindedirler (22). Hemşirelik bakımının etkinliği hemşirenin bireylerle etkili iletişim kurma yeteneğine bağlıdır (37). Bakım odaklı iletişimin, hasta bakımına, hastalığa ve tedavi uyumuna pozitif yönde etkileri olduğu belirtilmektedir (38).

İlişki, en az iki kişi arasında ortaya çıkan, hissedilen bir bağdır. Hemşire – hasta ilişkisi mesleki yardıma gereksinim duyan hasta birey ve bu yardımı verebilecek bilgi ve beceri ile donanmış hemşire arasındaki etkileşim sürecidir (38). Fenomenolojik perspektiften hemşire - hasta ilişkisi, iki farklı yaşam dünyalarının karşılaşmasıdır. Bu iki farklı yaşam dünyasının birbiri ile karşılaşmasında iki ayrı nesnel benliğin aksine iki ayrı öznel benlik olarak karşılaşan iki ayrı birey vardır. Hemşirenin yaşam dünyası hastaninkinden farklıdır fakat her bir tarafın deneyimleriyle ortak bir dünya meydana getirme potansiyeline sahip oldukları bir arena oluşturulur. Hemşire - hasta arasındaki ilişki, Merleau-Ponty'nin (1995) kişilerarası ilişkilerdeki 'aradaki' açıklamasında tasvir ettiği, ortak ve karşılıklı bir alan olarak görülebilir (39).

Hemşire hasta ilişkisi, hastanın odak noktası olduğu, iki taraf arasındaki tüm etkileşimlerin temel oluşturduğu, bakım ilişkisinin başlatılması, sürdürülmesi ve sonlandırılması amacına dayanan ilişkidir (39). Hemşire hasta arasındaki ilişkinin önemine ve boyutlarına ilişkin ilk tanımlama Hildegard Peplau (1952) tarafından yapılmıştır (40). Peplau (1952), hemşire-hasta ilişkisini her iki katılımcının da etkilediğini ve benzersiz olduğunu belirtmiştir. Her hemşire - hasta ilişkisi özeldir, çünkü her iki tarafın ilişkiye olan katkıları, bireysel olarak kattıklarından daha fazlasıdır (39). Hemşirelik uygulamalarının “insan insana ilişki”ye dayandığını vurgulayan Travelbee, hastayla olan ilişkinin derinleşip insan insana ilişki düzeyine gelmediği sürece, bakım ilişkisi içerisinde etkisinin sınırlı olacağını belirtmektedir (41). İnsan insana ilişkide hemşire ve hasta birbirini önce insan oluşlarıyla algılar ve tepkileri bu yönde olur. Hemşire ve hasta olarak nitelendirilmeleri insan oluşlarından sonra gelen özelliklerdendir (38). Başkalarının insan oluşunu algılamak ve bu yönde davranmak,

kişilerin sadece insan oldukları için saygıya, ilgiye ve en iyi sağlık bakımı almaya değer oldukları düşüncesini ortaya çıkarır (5).

İnsan insana ilişki bir süreçtir. Hemşire ve hasta arasındaki etkileşim arttıkça ve derinleştikçe bu sürecin anlamı ve değeri artar. Bu süreçte hemşire, ne yaptığının, ne düşündüğünün, ne hissettiğinin ve nasıl bir deneyim yaşadığının farkında olmalıdır (38). Duygusal ve fiziksel sağlık gereksinimlerinde hastaya yardım etme amacına yönelik kişilerarası ilişkileri oluşturmada, hemşirenin yeteneği, hemşire-hasta ilişkisinin temelini oluşturur. Hemşire-hasta ilişkisi ve mesleki yardım edici ilişki eş anlamlı kavramlar olarak kullanılmaktadır (38). Hemşirenin kendi duygularının farkında olması da, yardım edici ilişkinin oluşturulmasında önemlidir ve yüksek nitelikli hemşirelik bakımı, iyi bir hemşire-hasta ilişkisine dayalıdır (42).

2.3. Hemşire - Hasta Etkileşimi

Türk Dil Kurumu etkileşimi, birbirini karşılıklı olarak etkileme işi olarak tanımlamıştır (43). Etkileşim; en az iki kişinin, birbirini etkilediği ve birbirinden etkilendiği, sözlü ve sözsüz yollarla iletişimde buldukları bir durumdur (5). Etkileşim karşılıklı olarak meydana gelir. Etkileşimin karşılıklı oluşu, katılımcıların bilişsel ve davranışsal süreci olarak tanımlanır. Bu süreç, fiziksel hareketler, karşılıklı etkileme eylemleri veya sözlü-sözsüz bir iletişim aracılığıyla gerçekleşebilir (44).

Etkileşim kavramı, hemşire hasta ilişkisinin iki yönlü, karşılıklı bir süreç olmasını, iki farklı dünyanın gerçek bir buluşmasını içermektedir (39). Hemşire - hasta ilişkisinin sadece uzun vadeli durumlarda geçerli olduğuna dair temel bir varsayım olsa da, etkileşimin uzun vadeli ve devam eden bir duruma ihtiyaç duymadan hızlı bir şekilde gerçekleşebileceğine inanan bir görüşte bulunmaktadır. Hemşirelik literatüründe konuyla ilgili bu çelişkilerin yanı sıra hemşire-hasta etkileşimi ve hemşire-hasta ilişkisi birbirinin yerine kullanılabilir (10).

Hemşire-hasta etkileşimi herhangi bir nedenle hemşire ile hastayı birbiriyle temas ettiren herhangi bir olay, karşılaşmalardır. Hemşirenin bakım sağlamak, belirli bir görevi yerine getirmek veya bilgi vermek için hastanın odasına girdiği durumlarda etkileşim gerçekleşebilmektedir. Ayrıca, koridordaki diğer karşılaşmaları ve beklenmeyen olayları da kapsayabilir (10). Hemşirenin hastayla kurduğu her etkileşim,

iyileştirici bir müdahale için fırsat sunmaktadır. Hemşire hasta etkileşiminin odağında, bakım verilen bireyin gereksinimlerinin fark edilmesi ve gerekli bakımın sunulması yer alır (38). Hemşire hasta etkileşimi ile hemşire, bireyi bütüncül olarak değerlendirir ve bu yönde kurulan ilişki terapötik bir ilişkidir (5).

Hemşire-hasta etkileşiminin üç temel bileşeni; terapötik ilişkinin kurulması, tanılamamanın yapılması ve bakım planının uygulanmasıdır. Hemşirenin iletişim becerileri etkileşimin gerçekleşmesinde büyük rol oynar. İletişim becerisi; kişilerarası düşünce ve duygu alışverişinde iletilmek istenenin doğru olarak algılanması şeklinde belirtilmektedir (45). Profesyonel iletişim becerileri, bireyin sağlık durumunu, inanç ve beklentilerini anlamayı sağlar (46). Orlando, hastaların gereksinimlerini her zaman açıkça ifade edemediklerini ancak hemşirelerin etkin iletişim becerileri ile bu gereksinimlerin neler olduğunu ortaya çıkarabileceklerini belirtmektedir (47). Hemşire ve hasta arasında etkili iletişim, bakımın kalitesini belirleyen önemli bir faktördür (48).

Hemşirelerin davranış ve tutumlarının, hemşire-hasta etkileşimleri üzerinde güçlü etkileri olduğu belirtilmektedir. Rogers içtenlik, koşulsuz saygı ve empatinin terapötik büyümeyi güçlendirici davranışsal özellikler olduğunu vurgulamıştır (10). İçtenlik hemşirenin hastayla kurduğu ilişkide açık, dürüst ve samimi bir insan olmasıdır. Koşulsuz saygı, herkesin, insan olduğu için önemsenmeye değer olduğunun, güçlü yanları, kendine özgü ve başarı potansiyeli olduğunun kabul edilmesi esasına dayanmaktadır (49). Empati, kişinin kendisini karşısındakinin yerine koyabilmesi, onun duygu ve düşüncelerini tam olarak anlaması, tanımlaması ve bu durumu ona iletmesidir (50). Hemşire, hastanın gereksinimlerini daha doğru saptayabilmek ve bunun hasta için ne anlama geldiğini belirlemek durumundadır. Bu da ancak empati becerisi ile sağlanabilir. Kendilerini anlaşılmasız hisseden bireyler önemsendiğini ve kendisine değer verildiğini düşünür (45). Bir çalışmada hasta bireylerin kendilerine saygılı bir şekilde davranıldığını gördükleri zaman hemşire-hasta etkileşimini “iyi” olarak tanımladıkları belirtilmiştir (44).

Hemşire-hasta etkileşimi üzerine, literatüre dayalı varsayımlar şöyledir:

1. Etkili/yararlı etkileşim ve ilişkiler, hasta da ve hemşire de pozitif sonuçlar doğurur.

2 Hemşirelerin davranış ve tutumları, hemşire-hasta etkileşimleri üzerinde güçlü etkilere sahiptir.

3. Hastanın hemşirelerle etkileşimde bulunması, hasta açısından önemli ve anlamlıdır.

4. Hemşireler, hastalarla yararlı etkileşimler başlatarak sağlığı korkuma, geliştirme ve iyileşmeyi sağlama sorumluluğuna sahiptir.

5. Her bireyin diğer bireyler ile olumlu etkileşimler ve ilişkiler kurma potansiyeli ve ihtiyacı vardır (10).

Hemşireler, tüm hemşirelik fonksiyonlarında hastayla etkileşim halindedir. Hemşirelerin davranış ve tutumlarının, hemşire-hasta etkileşimleri üzerinde güçlü etkileri olduğu belirtilmektedir (10). Yapılan çalışmalar, sağlıklı/hasta birey ile kurulan kişilerarası ilişkinin hastalar üzerinde iyileşmeye motivasyonun artması, hastalık ve tedaviye uyum, memnuniyetin artması şeklinde olumlu etkiler oluşturduğunu göstermektedir (51). Hemşirenin bireyi bütüncül olarak ele alarak, uygulamalarını bu doğrultuda gerçekleştirmesi ve hastada meydana gelen rahatlama ve iyileşme gibi olumlu hasta bakım sonuçlarını elde etmesi, hastayla etkileşimlerin nitelikli olmasıyla doğrudan ilişkilidir (4). Zrinyi ve Horvath (2003) çalışmasında, kardiyolojik sağlık sorunu olan bireylerin, sağlık davranışları geliştirmelerinde, bütüncül hemşirelik bakımına ve hemşire-hasta etkileşimine bağlı memnuniyetin önemli bir faktör olduğu bulunmuştur (11). Dearing (2004) yaptığı çalışma sonucunda, şizofreni tanısı almış bireylerde hemşire-hasta etkileşiminin tedavi süresi boyunca tedaviye uyumu arttırdığı sonucuna ulaşmıştır (12). Bakım evindeki hastalarla yapılan bir çalışmada hemşire-hasta etkileşiminin ve anksiyeteyi, depresyonu ve hastaların ruhsal sağlığını etkileyen önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (52). Ancak çalışmalar hemşirelerin hastalarla etkileşimleri, kişilerarası yeterliliğin, hastalara yaklaşımları ve bakım verme etkinliklerinin hastalar tarafından olumlu ve yeterli bulunmadığını göstermektedir (23). Yapılan bir çalışmada, hasta bireyler, destekleyici olmayan tutum ve davranışlar karşısında olumsuz yönde etkilendiklerini, enerjileri tükeniyormuş gibi hissettiklerini, destekleyici tutum ve davranışlar karşısında ise enerji aldıklarını belirtmişlerdir.

Shattell'in daha önceki çalışmasında da hasta bireyler, kendilerini obje gibi hissettiklerini hastane ortamını destekleyici bulmadıklarını ifade etmişlerdir (13).

2.4. Jean Watson İnsan Bakım Kuramı

Jean Watson hemşirelik için bakım kuramını geliştiren bir teorisyendir. Jean Watson bakım kuramında hemşirelerde bir bilinçlilik alanı oluşturarak; Hemşire olmak nedir? Hasta olmak ne demektir? Bakım uygulamak ve iyileştirmek nasıl olur? sorularına cevap aramıştır (53). Bu nedenle kuram, hemşirelere bakımın nasıl yapılacağına ilişkin yol göstermekte ve bütüncül bakım yaklaşımının geliştirilmesini desteklemektedir (54). Watson hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici yönünün daha çok ortaya çıkarılması gerektiğini savunmaktadır (14). Watson'a göre bakım, "hemşireliğin özüdür, hemşirelik uygulamasının merkezi ve birleştirici odak noktası bakım vermedir" (55).

İnsan Bakım Kuramı (İBK) sınırlarının belirli olması nedeniyle orta düzey açıklayıcı bir kuram olarak tanımlanmaktadır (56). Hümanistik ve holistik bir bakış açısı ile oluşturulan İBK, hemşire-hasta etkileşimine temellenen hemşirelik bakımını savunmaktadır (4). İBK'nda bakım, bilim ve sanat yönüyle birlikte tanımlanmıştır (57). Kuram hemşireliğin paradigmasını oluşturan insan, sağlık, çevre ve hemşirelik kavramlarını tanımlamıştır (15).

İnsan, "zihin, beden ve ruhun1 birleşiminden oluşan, kendi seçimlerini kendisi yapan özel bir varlıktır (58). İnsan yalnızca basit bir organizma değildir, ne tamamen nesnel ne de tamamen ruhsaldır (15). İBK insanın zihin-beden-ruh'tan oluşan özgün boyutlarını kabul eder. Bütünden ödün vermeden her bir parçanın önemli olduğunu ve birbiri ile uyum içerisinde olduğunu belirtmektedir.

Watson'a göre zihin, bireyin zekâsına ve anılarına karşılık gelmektedir (58). Ruh kavramını ise, kişinin içsel niteliği, iç dünyası ve manevi özü olarak tanımlamaktadır (59). Ruh, görülemeyen, dokunulmayan ve insanların duygularından oluşan, soyut bir kavram olması nedeni ile bilim tarafından henüz kanıtlanamamıştır. Ancak "yok" olarak kabul edilemez. Watson, manevi özün hemşirelik mesleğindeki en önemli faktörlerden biri olduğuna inanmaktadır (58). Oldnall, maneviyatı her bireyin içerisinde hissettiği ruh olarak tanımlamıştır. İnsanın yaşamına anlam kazandıran ve kişinin

yaşamını etkileyen inanç ve değerler düzenini oluşturmasında bireye yardım eden itici bir güç olarak ifade etmiştir (60). Maneviyatın temelini bireyin anlamlı kıldığı ve yaşama amacı olarak belirlediği unsurlar oluşturmaktadır (61). İBK’da bireylerin manevi gereksinimleri ve duygularını ifade etmelerinin sağlanması ile manevi bakımın da sağlanabileceği vurgulanmaktadır (18). Manevi bakım bütüncül hemşirelik bakımının temel unsurlarındandır (62) ancak ülkemizde maneviyat ve manevi bakım konusu ile ilgili sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (61-65).

Sağlık, hastalığın olmaması anlamına gelmemektedir. Watson insan sağlığını, öznel bir deneyim olarak açıklamaktadır. İnsanın tüm boyutları “zihin, beden ve ruh” içerisinde yer alan bir uyum ve denge durumudur. Bu dengenin bozulduğu durumları da **hastalık** olarak tanımlamaktadır (58). Hastalık, bireyin yaşadıklarına yönelik bilinçli ya da bilinçsiz olarak algılanan uyumsuzluğu ifade etmektedir. Watson’ın sağlık tanımı Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımı ile uyuşmaktadır. Sağlığı “fiziksel, mental ve sosyal iyilik haline yönelik olumlu bir durum” olarak tanımlamıştır (66) ve aşağıdaki üç bileşeni de tanımına eklemiştir (67);

1. Fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevlerin tümünde yüksek düzeyde olmak,
2. Günlük işlevlerinde genel bir uyum-algılama düzeyi,
3. Hastalığın olmayışı (ya da iyileşmek için çaba göstermek).

Çevre, iyileştirici, fiziksel, duygusal ve manevi anlamda rahatlatıcı, güzel, huzurlu bir çevre olarak tanımlanmaktadır (68). Watson, çevre ve iyileşme arasındaki ilişkiye önem veren Nightingale’in görüşlerini temel almıştır (58).

Hemşirelik, insan bilimi olarak tanımlanmaktadır (20). İnsanın sağlık-hastalık deneyimi arasındaki dengeyi ve uyumu sağlayan, kişisel, bilimsel, etik ve estetik uygulamalar yapan profesyonel bir meslek olarak ifade etmiştir (58).

Watson, kuramının bakım veren ile bakım alan arasındaki kişilerarası süreçte yer aldığını ve hemşireliğin bütününe vurguladığını ileri sürmektedir (59). İBK kişilerarası bakım ilişkisine odaklıdır. Kişilerarası bakım ilişkisi sırasında hemşire, hastaya yardımcı olarak zihin-beden-ruhun uyum içerisinde en yüksek düzeye ulaşmasına

yardımcı olmak için merkezde yer alır. Watson hemşirelik bakımının, bakım davranışlarının kullanılması ve bu davranışların hastalar tarafından algılanmasıyla etkili olabileceğini belirtmiştir (35).

Watson insana bütüncül bir yaklaşımda, zihin-beden-ruh alt boyutlarının olduğunu ve her bir boyutun bütünü yansıttığını ve bütünün de alt boyutlardan farklı olduğunu belirtmektedir (58,66). Rafael'e (2000) göre, Watson'un yaklaşımı gök kuşağındaki her bir rengin gökkuşağına verdiği anlam ve güzellikle anlatılabilir ya da her bir notanın güzel bir senfoniye oluşturması gibi görülebilir (66). Watson, sadece bireyin değil hemşirelerin de deneyiminin önemli olduğunu vurgulamaktadır.

2.4.1. İnsan Bakım Kuramının Temel Varsayımları

Watson'ın insan bakım kuramı, insan bakımına yeni kavrayışlar getirerek bütüncül bakım merkezli yaklaşımlar üzerinde durmaktadır. Bu doğrultuda kuram, bakıma yönelik yedi temel varsayımda bulunmaktadır. Bunlar;

- Bakım, sadece kişilerarası süreçlerde etkili bir şekilde gösterilebilir ve uygulanabilir.
- Bakım, bireylerin belirli gereksinimlerinin karşılanmasında memnuniyet oluşturan terapötik iyileştirme süreçlerinden oluşmaktadır.
- Etkili bir bakım, sağlığı, bireyi ve aileyi geliştirir.
- Bakım bireyi sadece “o” olarak değil, bir varlık olarak kabul eder.
- Bakım çevresi, bireyin şu anda ve durumda “ne olduğu değil”, aynı zamanda “ne olabileceğine” verdiği yanıttır.
- Bakım, tedaviden daha fazla sağlık odaklıdır. Bakım uygulamaları, insan davranışları ile biyolojiyi birleştirdiğinden bakım bilimi, tedavi bilimlerinin bütünleyicisidir.
- Bakım uygulamaları, hemşireliğin odağıdır (67).

Kuramın çerçevesi; kişilerarası bakım ilişkisi, bakım durumu/bakım anı ve iyileştirilme süreçleri olmak üzere üç ana kavramı içermektedir.

2.4.2. Kişilerarası (Transpersonal) Bakım İlişkisi

Kişilerarası (transpersonal) bakım, bireyin egosunun ötesine geçerek konforun ve iyileşmenin geliştirilmesi için derin manevi bağlara ulaşılmasıdır (58). Kişilerarası bakım ilişkisi, profesyonel insan bakım ilişkisinin özel bir türü olarak tanımlanmaktadır (57,58). Transpersonal bakım ilişkisi, insanın zihin-beden-ruhtan oluşan bütünlüğüne, uyumuna ve özgünlüğüne saygı gösteren, hemşire ve birey arasındaki profesyonel, bilimsel, etik, estetik, yaratıcı bilme davranışlarının kullanıldığı, kişiselleştirilmiş alma-verme davranışlarını ve tepkilerini kapsayan bir süreçtir (20,16). Kişilerarası bakım, duyarlılık, uyumluluk, samimiyet, doğruluk, saygı, empati, içtenlik, güvenilirlik, yüksek ahlaki ve etik sorumluluk duygularını kapsamaktadır (68). Bu ilişkinin amacı bireyin onurunun, insanlığının korunmasına, geliştirilmesine, iç dünyası ile uyumunun ve potansiyel iyileşmesinin geliştirilmesine yardımcı olmaktır (35,58). Bu ilişki hastanın fiziksel sağlığını iyileştirirken ruhsal sağlığını da geliştirir. Watson'ın teorisinin altında yatan bu çerçeve hemşirelik faaliyetlerinin ve mesleki profesyonelliğin olgunlaşmasını sağlamakta ve hemşireliği yansıtarak hemşireliği görünür hale getirmektedir (69).

2.4.3. Bakım Durumu/Bakım Anı

Bakım anı, hemşirenin hasta birey ile bir araya geldiğinde bakım için fırsat oluşturan yer ve zamandır (20). Bakım anında hemşire kendi duygularının, hastanın duygularının ve bakım anının bilincinde olmalıdır. Bakım anında iki bireyin benzersiz yaşam öyküleri ve varoluşsal alanlarında bakım alan ve veren arasında insan-insana etkileşim olmaktadır. Watson, bakım anının kişilerarası bakım ilişkisi kurmak için iyi bir fırsat olduğunu vurgulamaktadır (58,68). Bakım anı meydana geldiğinde bu süreç derin ve içsel bir etkileşim sağlayarak, bakım alan ve verenin bakımdan memnun olmalarını sağlar (70).

2.4.4. İyileştirme Süreçleri

Watson 1979 yılında “iyileştirici faktörler” kavramını geliştirmiştir. 1985–1988 yılında yeniden düzenleyerek “iyileştirilme süreçleri” olarak tanımlamıştır (58). Watson bu süreçleri hemşirelik bilim, sanat ve bakımının birleştiği ortak bir nokta olarak ifade etmektedir (68). İyileştirme süreçleri, hemşirelik bakımı için bir kılavuzdur. Bu süreçler

ile tıbbın tedavi edici faktörlerine karşılık hemşireliğin iyileştirici ve bakım verici yönü ortaya çıkmaktadır (20).

Watson İBK 10 iyileştirilme sürecinden oluşmaktadır. Bu süreçler hümanistik-alturistik değer sistemi, inanç ve umudu aşılama, kendine ve bireylere duyarlı olmak, yardım edici-güven verici bakım ilişkisi geliştirmek, duygu ve hislerin ifadesi/kabul ve desteklenmesi, yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanmak, öğretme-öğrenme, iyileşme çevresi oluşturmak, temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardım, gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin vermek olarak adlandırılır (14).

1- Hümanistik - alturistik değer sisteminin oluşturulması

Bakım, bir dizi evrensel insancıl fedakâr değerleri temel alır. İnsancıl değerler, kendine ve başkalarına sevgi, şefkat, iyilik, empati ve ilgiyi içerir. Bu değerlerin oluşması çocukluk çağında başlar, çocukluk deneyimleri ile elde edilir, inanç, kültür ve sanat ile gelişir (71,72). Bu iyileştirici faktör, insan bakım biliminin temelinde yer alır. İnsancıl fedakâr duygu ve davranışlar hemşirenin uygulayabileceği en iyi profesyonel bakımı sağlar, bu nedenle bakım bilimi ve etiği için ilk ve en temel faktörü teşkil eder (72).

Hemşireler ilk olarak kendilerini tanımalıdırlar. Kendi sevgi ve şefkat duygularını geliştiren, bu duyguları hem kendisi hem de başkaları için kullanan kişinin kalbi şefkate açılır, kişinin yaşamı üzerine rengarenk balonlar dolar (66).

2- İnanç ve umudu aşılama

İnanç ve umut aşılama faktörü, Hipokrat ve Aristoteles'in çalışmalarına dayanmaktadır. Hipokrat, hastalığın tedavi edilebilmesi için önce zihnin ve ruhun yönlendirilmesi gerektiğine inanıyordu. Aristo ise psikolojik bakımın terapötik etkileri olduğunu savunmaktadır. İnanç ve umut, meditasyon, davranışsal terapi gibi tedavi modelleri için de bir temel oluşturur (71). Bu faktör diğer faktörleri geliştirmek için birinci faktör ile etkileşim halindedir. Umut ve inanç aşılama asla son aşama değildir (71). Bu iyileştirici faktör ile hastanın inançları desteklenir ve onurlandırılır. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesinde ve korunmasında önemli bir yer tutar (72). Bakım anında

hemşirenin hasta ile göz teması kurması, hastaya dokunması, konuşması için fırsat vermesi, onu bir obje olarak değil birey olarak görmesi, bireylere tercih ettiklerini isimlerle hitap etmesi, inançları hakkında bilgi sahibi olması ve inançlarını desteklemesi, hayata tutunma yeteneklerini cesaretlendirmesi bu faktörü kapsayan bakım davranışları arasındadır (16).

Hemşire, hasta merkezli bakıma, inancı ve umudu aşılama ve sürdürmeye inanmalıdır. Tıbbî olarak yapacak bir şey kalmadığında bile hemşire, hastanın inancını, umudunu koruyucu, arttırıcı düşünceler geliştirmelidir (72).

3- Kendine ve bireylere duyarlı olmak

İnsan olmak, hissetmek demektir. Çoğunlukla insanlar, düşüncelerini açıklarlar, ancak başkalarının duygularını farketmelerine izin vermezler. Kişinin kendine ve başkalarına duyarlılığın geliştirilmesinin tek yolu, başkalarının duygularını fark edebilmesi ve hissedebilmesidir. Duyarlılık değerler, yaşam deneyimleri ve yargılar ile oluşur ve gelişir. Duyguların gelişimi yaşamdaki insancıl ve merhamet deneyimleri ile geliştirilmektedir. Kendine duyarlılık, bireyin acı ve mutluluk verici durumları yaşaması, kendi duygularını tanıması ve kabul etmesidir. Kendi duygularını bastıran ve duyarlı olamayan insanlar, başkalarının duygularını keşfetmelerine ve ifade etmelerine izin vermeyebilir. Kendine duyarlılık kişinin sadece kendine güvenmesini ve psikolojik gelişimi sağlamaz aynı zamanda diğer insanları da kabul etmeyi ve onlara da duyarlı olmayı sağlar (72).

Başkalarına duyarlı olan hemşireler, hasta için sağlık, hastalık, iyileşme gibi kavramların onlar için ne anlama geldiğini ve dünyaya bakış açıları hakkındaki bilgileri daha iyi öğrenebilirler. Kendini tanıyan ve uygulamalarında duyarlılığı kullanabilen hemşireler, kendi gelişimlerini sağlayacakları gibi hastalarda da aynı gelişmeyi destekleyebilecektir (72). Kendinin farkında olan hemşire hastalara karşı empati kurabilir (71). Bu faktör olmadan hemşirelik bakımı verimli olmayacaktır. Hastayı içtenlikle dinlemek, minnet, bağışlama ve merhamet gibi anlamlı ritüelleri geliştirmek, hastanın göstermediği inanç ve değerlerini keşfetmeye gönüllü olmak bakım davranışları arasındadır (17).

4- Yardım edici - güven verici bakım ilişkisi geliştirmek

Bu iyileştirici faktör, ilk üç iyileştirici faktörün gelişimine bağlıdır. Kişilerarası iletişimin etkili bir şekilde kullanılması ve etkili hemşirelik bakımının sağlanması için bu faktör temeldir (71).

Yardım edici – güven verici ilişkiyi geliştirmek için, hemşire hasta ve yaşamı hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Hasta sadece bir oda numarası veya bakım nesnesi olarak değil, bir birey olarak görülmelidir. Hemşire doğal ve açık olmalıdır. İlişkiyi geliştirmek için hemşirenin empati kurabilme yeteneğine sahip olması önemlidir. Empati yapabilen hemşire, hasta bireyi yargılamayan, duyguları ile tehdit etmeyen veya korkutmayan bir yaklaşım sergileyebilir (71). Bakım anında verilen bakımın niteliği, insancıl şekilde iletişim kurması, yardım edici ve güven verici ilişkinin geliştirilmesi uyumsuzlukları azaltabilir (72).

5- Duygu ve hislerin ifadesi/kabul ve desteklenmesi

Bakım sürecinde, kişilerin duygularını dinleyerek olumlu ve olumsuz duyguların dikkate alınması ve kabul edilmesidir. Duygular bir insanın düşünce ve davranışlarında güçlü bir etkiye sahiptir. Duyguların açığa çıkartılması, mantıksız duyguların fark edilmesini sağlayabilir ve bireyin duygu ve düşüncelerini kontrol edebilmesi için yardımcı olabilir (71).

Hastaların hikâyelerini ve ona eşlik eden tüm duyguları dinlemek hemşirenin sunduğu en iyi iyileştirici davranış olabilir (72). Çünkü hastaları dinlemek ve duygularını onurlandırmak, hastalara, hikâyelerine ve iyileşmelerine önem verildiğini gösterir (20). Hasta duygularını ifade ederken kendini savunuyor gibi hissetmemelidir. Hemşire duyguların ifade edilmesine izin verirse, bakım ilişkisi daha derin, daha dürüst ve gerçek seviyeye taşınabilir (71).

6- Yaratıcı, bilimsel problem çözme yöntemlerini kullanmak

Bu faktör, bakım uygulamasına olanak sağlayan yaratıcı hayal gücü ile birlikte bilimsel problem çözme yöntemini içerir (71,72). Hemşirelik süreci, hemşirelik bakımında bilimsel problem çözme yönteminin sistematik şekilde kullanılmasıdır (73).

Hemşirelik problem çözme süreci doğrusal değildir. Bilimsel bilginin yanında etik, estetik, sistematik, kişisel, teknolojik ve deneysel bilme yollarını kullanarak problem çözmeyi ifade eder (72). Watson girişim kelimesinin mekanik bir anlamı olduğunu düşündüğü için süreç kelimesini kullanmayı tercih etmiştir (66). Hasta ve hemşirenin hastanın güçlü yönlerini, ihtiyaçlarını ve hedeflerini belirlemede karşılıklı etkileşim içinde karar vermesi, hastayı problem çözümüne ortak etmesi ve aktif katılımı için fırsat yaratması iyileşmeyi sağlamada önemli yer tutar (66).

7- Öğretme - öğrenme

Hastanın sağlık hedeflerine ulaşması için hastaya ve hemşireye karar vermede yardımcı, bakım ve tedaviyi birbirinden ayıran faktördür. Burada hem hemşire hem de hasta için öğretici bir durum olmasına rağmen, faktör hastanın öz-yeterliliği gelişimine katkıda bulunarak, sağlığı ile ilgili sorumluluklarını artırmaktadır (66). Hemşirelerin eğitici rolü ile ilgili uzun bir geçmişi bulunmaktadır. Ancak hemşireler karşılıklı etkileşim içinde, bilgilerin hasta için anlamını ve önemini kavramak, doğru zamanda gerekli olan bilgiyi hastaya vermek yerine sadece bilgi vermeye daha fazla önem vermişlerdir. Bu faktör öğrenmenin sadece bilgi almaktan ibaret olmadığını ortaya koymaktadır. Geleneksel bilgi aktarma rolünün aksine, kişinin kendi en iyi öğretmenleri haline geldiği bir koçluk rolüne doğru ilerlemektedir (72).

Aynı zamanda hastaya bilgi verilerek korku ve endişeleri azaltılabilir. Hastada stresin azaltılması için anahtar konumundadır. Öğretme, tavsiyeler verir ya da otoriter bir biçimde olmamalıdır. Hastanın duyguları ve algısı, hastanın öğrenmesini sağlamak için göz önünde bulundurulmalıdır (71). Bireyleri öğrenmeye isteklilikleri, anlama kabiliyetleri ile oldukları gibi kabul etmek, kendi sağlıkları/hastalıkları hakkındaki düşüncelerini anlamalarına yardımcı olmak, aktif bir dinleyici olmak, soru sormalarına fırsat vermek bakım davranışları arasındadır (59).

8- İyileşme çevresi oluşturmak

Fiziksel, duygusal ve manevi anlamda bütünleyici destek veren, koruyucu ve doğru bir çevre oluşturmayı sağlamaktır. Böyle bir ortam sağlamanın amacı, kaliteli bakım vermek ve iyileşmeyi sağlamaktır. Konfor, mahremiyet, güvenlik, temizlik ve

estetik oluşturulmak istenen bu çevrenin sahip olması gereken özelliklerdir (72). Watson teorisinde yer alan iyileştirici çevreyi genişleterek spirüal çevreyi oluşturmuştur. Spirüal çevre bütünle alakalı ve bütünü tamamlayan konumundadır ve yeni bir enerji alanıdır. Hemşireler, iç ve dış ortamların bireylerin sağlık ve hastalıkları üzerindeki etkisini tanımalıdır. İç çevreyle ilgili kavramlar, bir bireyin zihinsel ve ruhsal refahını ve sosyokültürel inançlarını içerir (66). Bakım anında hastaya güvenilir çevre oluşturmak, mahremiyetini sağlamak, ortamın düzenli, temiz ve daha çekici hale getirilmesi bakım davranışları arasındadır (59).

9- Temel fiziksel, duygusal ve ruhsal gereksinimlere yardım

Bu süreç, semptom yönetimi de dahil olmak üzere bir kişinin rahatlığını ve iyiliğini içeren sistematik bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Hemşire ve hastanın bakım anındaki rolüne bağlı olarak hemşire, hastayı savunabilir ve hastaya kendisini savunmasında yardımcı olabilir (66). Watson önceki dönemde yaptığı çalışmalarda insan ihtiyaçlarını; biyofizik ihtiyaçları yeme-içme, boşaltım, solunum; psikofizik ihtiyaçları aktivite, dinlenme, cinsellik; psikososyal ihtiyaçları başarı, bağlılık, kendini gerçekleştirme ve kişiler arası ihtiyaçlar olarak tanımlamıştır (71). Sonrasında yapmış olduğu çalışmalar sonucunda varoluşsal-ruhsal güçlerin ve iç-dış çevrelerin de sistematik olarak değerlendirilerek insan ihtiyaçlarını organize etmek gerektiğini ifade etmiştir (66). Bakım ve iyileşme için tüm gereksinimler karşılanmalıdır ve her düzeydeki gereksinime eşit derecede önem verilmelidir (72).

10- Gizemleri ortaya çıkarmak ve mucizelerin olmasına izin vermek

Watson bu faktörün kendini gerçekleştirme ile yakından ilişkili olduğunu belirtmiştir. Kendini gerçekleştirme yaşam amaçlarının peşinde olmakla ilgilidir. Bu faktör ise bireyin yaşamın anlamını ve amaçlarını araştırmasına odaklıdır (66). İnsanın kimliğini ve farklılığını kabul eder; insanın çeşitli durumlar ile baş etmesine, bu durumlara anlam vermesine ve yaşama odaklanmasına yardımcı olur. İçsel güçlük ve bilinçlilik bu faktörün boyutlarındandır (71).

2.5. Hemşirelik Uygulamalarında ve Araştırmalarında Kuramların Kullanımı

Mesleklerin uygulama aşamasında kullanılabilecek bilimsel bilgi içeriğini ortaya koymak, profesyonel bir disiplinin temel amacıdır (74). Hemşirelik disiplini de kuram, uygulama, araştırma olmak üzere üç ana unsur üzerine yapılmıştır (75). Araştırma, kuram ve uygulama arasındaki bağın sağlanması hemşirelik disiplinin gelişmesinde önemli rol oynar (74).

Hemşirelik kuramları klinik çevredeki bazı değişkenlerin hemşirelik bakımı üzerine etkilerini önceden tahmin etmeye imkân sağlayan, uygulamaları destekleyen, kolaylaştıran ve rehberlik eden, araştırmaya dayalı bir dizi ifade şeklinde tanımlanmaktadır (74,76). Hemşirelik araştırmaları ile var olan bir kuramın geçerliliği sınanabilir, kuram geliştirilebilir veya değiştirilebilir (74).

Hemşirelik kuramları hemşireliğin kendi bağımsız fonksiyonlarını tanımlayarak, analitik düşünme becerisini geliştirdiği için hemşirelerin mesleki otonomisini güçlendirir ve motivasyonlarının artmasını sağlar (77,78). Kuramlar bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek için kullanılan hemşirelik uygulama kalitesini geliştirir. (79). Uygulamalı bir disiplin olan hemşirelik mesleğinde yapılan araştırmalar, teorik bilgiyi artırmakta, hemşirelik uygulamaları için güçlü bir bilimsel taban oluşturmakta ve daha iyi hasta bakım sonuçlarına ulaşmayı sağlamaktadır (80). Güner ve Pehlivan (2016) hemşirelik uygulamalarının herhangi bir kuram ve araştırmaya dayandırılmadığı süreçte hemşireliğin profesyonel bir meslek olamayacağını belirtmiştir. Hemşirelikte kuram kullanımı hemşireliğin tıbbi uygulamalara değil hemşireliğin özüne ve uygulamalarına odaklanılmasını sağlar ve hemşirelik bakımı bir yön ve anlam kazanır (81).

Watson'ın İBK'nın ülkemizde de kullanılmaya, araştırmalarda yer almaya başladığı görülmektedir. Durgun ve Ozan (2013) çalışmasında İBK'na temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi başarısızlıkla sonuçlanan kadınların, anksiyete, baş etme ve infertiliteden etkilenme durumları üzerinde etkisini incelemiştir. Araştırma sonucunda İBK'na göre verilen hemşirelik bakımının infertilite tedavi sürecinde ve tedavi başarısızlıkla sonuçlandığında, kadınların anksiyete, infertiliteden etkilenmelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma ve etkili stresle baş etme

yöntemlerini kullanmalarında anlamlı bir artış saptanmıştır (20). İBK'na temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertil kadınların infertilite öz yeterliliğine, uyum düzeylerine ve infertiliteden etkilenme düzeylerine etkisini inceleyen Arslan-Özkan ve arkadaşları (2013), çalışmanın sonucunda verilen bakımın interfilite tedavisi gören kadınların öz yeterlilik ve uyum düzeylerini arttırdığı, tedaviden olumsuz etkilenmelerini azalttığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan tedavi gören kadınlar kendini güvende, yeterli ve güçlü hissettiğini belirtmiş, bireysel anlamda iyilik halinin arttığını ifade etmişlerdir (55). Durgun Ozan, Okumuş ve Lash'in (2015) IVF tedavisi gören interfil kadınlar için İBK'nı uygulama ve sonuçlarını detaylandırdıkları vaka çalışmasında on iyileştirme süreci kullanılmıştır. Sürekli hemşirelik bakımı ve hasta – hemşire etkileşimi sağlanmıştır. Bu çalışmada insanın yaşamındaki stresli olaylar ile karşılaştığında İBK'na dayalı hemşirelik bakımı ile iyileştiği ve sağlığının geliştiği saptanmıştır. Tıbbi tedavi yanında verilen bakımın şifa dağıtıcı olduğu vurgulanmıştır (82).

İnfertilite dışında diğer tıbbi durumlarda da İBK'ı kullanılmıştır. Erci ve ark. (2003) tarafından, hipertansif hastalarda İBK'ı kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımının, kan basıncı ve yaşam kalitesine etkileri incelenmiştir. Araştırmacılar tarafından hipertansif hastalara bakım veren hemşirelere, kuram ve terapötik iyileştirme süreçleri ile ilgili eğitim verilmiştir. Araştırma sonunda bireylerin kan basıncını azaltmada ve yaşam kalitelerini yükseltmede kuramın olumlu etkileri olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar hipertansif hastalarla çalışan hemşireler için Watson'ın İBK'nı rehber olarak önermişlerdir (83). Uran ve arkadaşları (2015) tarafından İBK kullanılarak kalp yetersizliği olan 53 yaşındaki bir kadın hastada hemşirelik süreci uygulanmıştır. Çalışma sonucunda uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren önemli kronik hastalıklardan biri olan kalp yetersizliğinde bu kuramın kullanılmasının hastalığın ortaya çıkardığı ciddi semptomlar sonucu gelişen birçok olumsuz duygunun azaltılmasında ve bu duygularla baş etmenin sağlanmasında etkili olduğu belirtilmiştir. Ayrıca uygulanması kolay bir kuram olduğu da vurgulanmıştır (57). Küçükgüçlü ve ark. (2017), Alzheimer hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri anlamaya çalışmıştır. Bu deneyimleri anlama sürecinde Watson tarafından çerçevesi oluşturulan ve bireye bütüncül bakmayı sağlayan iyileştirme süreçleri rehber olarak kullanılmıştır. İBK'nda yer alan iyileştirme süreçleri

çerçevesinde belirlenen temaların, sağlık çalışanlarının Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlere yapacakları girişimlerin planlanmasında önemli bir rehber niteliğinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (14).

Drenkard (2008) tarafından yapılan çalışmada İBK'ına temellenen kurumsal düzenlemeler yapıldıktan sonra hasta ve hemşire memnuniyeti, hemşireyi işte tutma oranları, iş yükü algısı incelenmiştir. Çalışma sonucunda hemşirelerin iş yükü algısı ve iş yeri arkadaşları ile ilişkilerinin girişimler sonrası olumlu yönde etkilendiği gösterilmiştir (84). İBK'ını temel alarak yapılan araştırmalara göre; kuramın, bireylerin bakımı algılamaları, hasta ve hemşire memnuniyet oranlarında istatistiksel olarak anlamlı artışlar sağladığı saptanmıştır (71, 85, 86). Romatoid artritli bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşıladığı (87), ağrı, anksiyete, depresyon benzeri semptomları azalttığı (88), yaşlıların manevi iyilik düzeyleri ve yaşam kalitesini artırdığı (89), palyatif bakım birimlerinde aileler ve hastalar üzerinde olumlu sonuçları olduğu (90), çocuk sağlığı (91) ve yaşlı sağlığı alanlarında hemşireliği uygulamalarına yol gösterici olabileceği (92) belirtilmiştir. İBK'ına hemşirelik bakım kalitesinin artırılmasında ve hemşirelik öğrencilerinin bakım davranışını geliştirmesinde etkileri olduğu ortaya konulmuştur (93). İBK'na dayalı olarak geliştirilen ve bakımın farklı boyutlarını ölçen 28 adet ölçek bulunmaktadır (94).

2.6. Ölçme ve Ölçek

Ölçme, bireylerin, olayların veya nesnelerin kendilerini değil onlara ait olduğu düşünülen özelliklere karşılık gelen büyüklüklere ait değerlerin saptanması ve saptanan bu büyüklüklere ait değerler kullanılarak söz konusu özelliklerin açıklanmaya çalışılmasıdır. Ölçme sonucunda elde edilen sayıların (ölçme sonuçları) matematiksel özellikleri ölçek niteliklerini ifade eder; bu bağlamda, ölçek, ölçme sonuçlarının matematiksel özellikleri şeklinde ifade edilebilir (95).

Bilimselliğin temeli araştırılan kavramın ölçülebilir olmasıdır ve bilimsel gelişme duyarlı ölçüm araçlarıyla yapılan ölçümlerle sağlanabilir (96,97). Verilen kararların doğruluğu ve uygunluğu değerlendirmede kullanılacak ölçüm sonuçlarına ve ölçme aracının uygun olmasına bağlıdır. Bunun içinde ölçü aracının standardize olması gereklidir. Ölçek standardize edilene kadar, maddeleri analiz edilir ve yeniden gözden

geçirilir. Standartlaştırılmış olan ölçeklere nesnel ölçek denilmektedir. Ölçüm aracının bireysel hatalardan kurtulması amacıyla nesnellik temel özelliktir. Standart bir ölçme aracı elde etmek ve uygun bilgiler üretme yeteneğine sahip olması için geçerlik ve güvenilirlik olmak üzere iki temel özelliğe sahip olması istenir (98).

Çüm ve Koç (2013) tarafından ölçek uyarlama ve ölçek geliştirme konusunda 2005 – 2013 yılları arasında yayımlanmış en temel kaynaklar üzerinde alan yazın taraması yapılmış ve alan yazında yer alan genel görüşler doğrultusunda, araştırmacılar tarafından “ölçek uyarlama adımları ve ilkeleri inceleme formu” oluşturulmuştur. Ölçek uyarlama adımları 10 başlık altında ele alınmıştır (99).

- Yeni bir ölçek geliştirmenin mi yoksa var olan bir ölçeği uyarlamanın mı daha kullanışlı olacağına karar verilmesi.
- Ölçeği uyarlamak için önce izin alınması.
- Ölçeğin hem dilsel hem de kültürel olarak yapısal eşdeğerliğinin sağlandığından emin olunması.
- Yüksek nitelikli çevirmenler seçilmesi.
- Ölçeğin hedef dile çevrilmesi, uyarlanması.
- Ölçeğin uyarlanmış halinin yeniden gözden geçirilmesi ve gerekli düzeltmelerin yapılması.
- Ölçeğin uyarlanmış halinin küçük bir grup üzerinde pilot uygulamasının yapılması.
- Olası hedef kitleyi temsil edecek küçük bir grup üzerinde yapılan pilot uygulamasından elde edilen veriler ile ölçeğin geçerlik, güvenilirlik hesaplamaları ve madde analizlerinin yapılması.
- Ölçeğin özgün formu ve hedef dil formundan elde edilen puanlar arasındaki ilişkiyi bulmak için istatistiksel bir model belirlenmesi.
- Kültürlerarası karşılaştırma yapmak amaçlandıysa özgün form ve hedef dil formları arasında dilsel eşdeğerliğin sağlanmasıdır (99).

2.6.1. Geçerlik

Geçerlik, bir ölçme aracının ölçülmek istenilen özelliği, diğer özelliklerle karıştırmadan, ölçüm verilerinin gerçekten ölçülmek istenen özelliği yansıtması

durumu, doğru ölçebilme derecesidir (98). Bir ölçme aracının geçerli sayılabilmesinin ilk koşulu güvenilirlik olmasına rağmen, güvenilirlik geçerlik için yeterli bir koşul değildir (97). Ölçeğin geçerliği, kullanım amacına, uygulandığı gruba, uygulama ve puanlama biçimine bağlıdır. Geçerlik, ölçeğin sadece kendisiyle belirlenemez (98). Geçerlik bir ölçüm aracı için yapılması zorunlu olan fakat ölçümün her zaman ve her durum için geçerli olduğunu söylemeyi engelleyen ve sonu olmayan bir süreçtir. Ölçeğin her kullanımında tekrar sınanması demektir. Bir ölçüm aracı “belli bir amaç ve belli koşullar” için geçerlidir (100). Bir ölçme aracının geçerliliği, içerik/kapsama bağlı geçerliği, ölçüte dayalı geçerlik ve yapı geçerliği olmak üzere üç ana ölçüt ile sınanmaktadır (101).

İçerik/Kapsam Geçerliği

İçerik/Kapsam geçerliği, bütün olarak ölçeğin ve ölçekteki her maddenin amaca ne derece hizmet ettiği (97). Başka bir deyişle, içerik geçerliği ölçekte yer alan maddelerin ölçülmek istenen alanı temsil edip etmediğini, ölçülecek alan dışında farklı kavramları barındırıp barındırmadığını ve araştırma alanını eşit düzeyde ölçüp ölçemediğini değerlendirmek amacıyla yapılır (102). İlk aşama olarak dil geçerliği sağlanmalıdır.

Dil Geçerliği

Kültürler arası ölçek uyarlaması yapılırken; çeviri esnasında; çevirmen seçimi, çeviri tekniği ve geri çeviri gibi konulara dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Çevirmenler, her iki dili akıcı bir şekilde kullanabilen her iki kültürü de tanıyan, ölçek yapılarında uzman ve ölçeğin nasıl kullanılacağını bilen kişilerden seçilmelidir. Çeviri tekniğinde, geri çeviri yöntemi zaman alıcı olmasına rağmen, orjinal dildeki bir ölçeği hedeflenen dile çevirirken ölçeğin kültürel eşitliğini sağlamak için en sık kullanılan yöntemdir. Geri çeviri yöntemi; ölçek ana dilden uyarlama yapılacak olan dile çevrildikten sonra yeniden ana diline çevrilip anlam yönünden değerlendirilmesidir (103). Çevrilen maddelerin niteliği, çevirinin doğruluğu ve cümlelerin net, anlaşılır olması, kullanılan kelimelerin zorluk derecesi, kullanılan dilin akıcılığı açısından değerlendirilmektedir (104).

Uyarlaması gerçekleştirilen ölçek, içerik/kapsam geçerliğinin sağlanması için konuyla ilgili uzman görüşüne sunulur. Bu şekilde daha sade, anlaşılır ve anlamlı bir uyarlama sağlanabilir (105). Ölçme aracının hangi kavramı ölçtüğü hakkındaki uzman görüşü yüzeysel geçerliktir ve kanaatlere göre bir kabul söz konusudur. Geliştiren ölçme araçlarında ilk olarak başvuru olan geçerlik türüdür (106).

Her madde için uzmanın ölçek maddelerinin uygunluğunu 1- 4 arası puanlar vererek değerlendirmesini sağlayacak bir form oluşturulur. Her madde için uzmanların katılım yüzdeleri karşılaştırılır. Uzman görüşleri sonucunda ölçek yeniden düzenlenmelidir (100). Düzenlemeleri sağlanan ölçeğin, hedef grupla benzer kriterleri karşılayan 10 - 40 kişilik bir grup ile uygulanarak, maddelerin anlaşılır olup olmadığının sorgulanması, tespit edilen eksiklikler giderilerek ölçeğe son şeklinin verilmesi gerekmektedir (104).

Ölçüte Dayalı Geçerlik

Test puanlarının bir veya birkaç farklı ölçütle ilişkisini inceleyen bir tekniktir (97). Bir testin diğer bir testle sonuçlarını verme yeteneği olarak ifade edilebilir. Yordama – kestirim, hemzaman – eşzaman geçerlik yaklaşımları kullanılabilir. Bu aşamada madde puan toplam korelasyonuna bakılmaktadır (105).

Yapı Geçerliği

Ölçeğin kullanılabilirliğini, ilgili kavram ya da kavramsal yapının tümünü gerçekten ölçme yeteneğini göstermektedir. Sonuçların genellenebilir olmasına dayalıdır. Sonuç ve ölçümlerde elde edilen değerlerin genellenebilirliğinin ölçümünü gerektirmektedir (100). Bir ölçeğin yapı geçerliğini değerlendirebilmek için faktör analizi, bilinen grup ile karşılaştırma ve çok değişkenli-çok yönlü matris yöntemleri kullanılmaktadır (105). En yaygın olarak kullanılan yöntem ise faktör analizidir (97). Faktör analizi; birbirleriyle ilişkili çok sayıdaki değişkeni az sayıda, daha anlamlı, kolay anlaşılabilir ve birbirinden bağımsız faktörler haline getiren çok değişkenli yapı geçerliği tekniklerinden biridir (107). Faktör analiz doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi olarak iki başlık altında incelenmektedir. Doğrulayıcı faktör analizi, gözlenen değişkenler ile bu gözlenen değişkenler aracılığıyla ölçüldüğü kabul edilen yapı veya

yapılar arasındaki ilişkileri test etmek amacıyla kullanılmaktadır. Genellikle ölçek geçerlik çalışmalarında kullanılmakta olup kuram doğrultusunda geliştirilen hipotez test edilmektedir ve bu özelliği ile açımlayıcı faktör analizinden ayrılmaktadır (108).

2.6.2. Güvenirlilik

Güvenirlilik, ölçümün birbiriyle tutarlı ve kararlı olmasının ölçütüdür. Ölçüm sonuçları aynı koşullarda farklı gruplara ya da bireylere uygulandığında benzer sonucu vermelidir. Yani birbirinden bağımsız ölçümlerde benzer kararlı sonuç alınmalıdır. Güvenirlilik, bir ölçeğin ölçmek istediği özelliği ne derece doğru ölçtüğünü, ölçeğin üretkenliğini ve sürekliliğini gösterir (96). Güvenirlilik için ölçüm aracının yinelenebilir ve aktarılabilir olması gerekir (105). Ölçütün değerlendirilmesinde güvenirlilik gerekli bir koşuldur fakat yeterli değildir (96).

Güvenirlikte tutarlılık, kararlılık ve duyarlılık olmak üzere üç kavramdan söz edilmektedir (97);

Tutarlılık: Bir ölçme aracındaki maddelerin testin tamamı ile uyumlu olmasıdır.

Kararlılık: Ölçülmek istenen özelliğin, aynı ölçme aracıyla farklı zamanlarda ölçümünde benzer sonuçlara ulaşılmasıdır.

Duyarlılık: Ölçme aracı veya sonuçlarının biriminin büyüklüğü ile ilgilidir.

Zamana Göre Değişmezlik-Kararlılık

a. Test-Tekrar Test Yöntemi

Bir test ya da ölçeğin tutarlılığı aynı koşullarda aynı denek grubuna, farklı zamanlarda yapılan ölçüm sonuçlarının benzerliği ile belli olur (97,96). Test – tekrar test güvenirliliğini bulmak için iki uygulamadan elde edilen korelasyon katsayısı hesaplanır. Test puanları sürekli bir değişken ve eşit aralıklı ölçek nitelikleri taşıdığından dolayı Pearson momentler çarpımı korelasyon eşitliği kullanılmalıdır (105). Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı -1.00 ile +1.00 arasında bir değerdir. Güvenirlilik için katsayı değerinin +1.00'a yakın olması gerekmektedir (97).

Test ya da ölçęęi tekrar uygulamak için bırakılan zaman aralığının çok kısa olması yeniden anımsamayı kolaylaştıracadığından güvenilirliğin yapay olarak yüksek çıkmasına neden olabilir. Zaman aralığı uzun tutulduğunda ise iki ölçme için aynı koşulların sağlanması olanaksız olabileceğinden ölçülen özellikte bazı değişimlerin oluşması sonucu güvenilirlik ölçütünün yorumu güçleşir. Bu olasılıklar düşünöldüğünde bırakılacak zaman aralığı iki haftadan az, dört haftadan uzun olmamalıdır (105).

b. Eşdeğer (Paralel) Formlar Yöntemi

Eşdeğer formlar yönteminde aynı davranış kalıplarını ifade edebilecek farklı maddeler örneklenerek iki ayrı eşdeğer form oluşturulmaktadır. Eşdeğer formların geliştirilebilmesi için formların tamamen paralel olmaları ve aynı özellikleri karşılamaları için bağımsız olarak yapılandırılmaları gerekir (100). Eşdeğer iki form aralıksız olarak aynı anda ya da aralıklı olarak farklı iki zamanda uygulanır. Formlar arasındaki korelasyon hesaplanır ve güvenilirlik katsayısı olarak yorumlanır (97).

Puanlama Tutarlılığı

a. Gözlemciler Arasındaki Tutarlılık

Birden çok gözlemcinin, birbirinden bağımsız olarak, aynı durumu, aynı zamanda, aynı ölçüm aracı ile ölçmeye çalıştığı zamanlarda kullanılan bir güvenilirlik ölçütüdür (97).

Bağımsız gözlemciler arası uyumu hesaplamak için korelasyon, t-testi, özel varyans çözümlenmeleri ve Cronbach alfa kullanılır. %70 ve daha yüksek tutarlılık, güvenilirlik sınaması için uygundur. Ancak tutarlılık yüzdesinin şansa bağlı tutarlılığın yüksek olma durumu da dikkate alınmalıdır. Bu durumda kappa katsayısı kullanılır (103). Kappa katsayısı +1.00 ile -1.00 arasında değişir. Katsayının “0” olması tam uyumsuzluğu, -1 ise ters uyumu göstermektedir. +1’e yaklaşması uyumun göstergesidir (97).

b. Tutarlılık Yüzdesi

İki veya daha fazla gözlemin aynı gözlemci tarafından yapılması söz konusu olduğunda ölçümler arası tutarlılık yüzdesi kullanılır. Tutarlılık yüzdesi, en çok kullanılan istatistiksel yöntemdir (100).

İç tutarlılık güvenilirliği

İç tutarlılık, her ölçme aracının belli bir amacı gerçekleştirmek (bir bütünü oluşturmak) üzere, birbirinden deneysel olarak bağımsız ünitelerden oluştuğu ve bunların bir bütün içinde, bilinen ve birbirine eşit ağırlıklara sahip olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bir ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliğine sahip olduğundan söz edebilmek için ölçeğin tüm alt bölümlerinin aynı özelliği ölçtüğünün kanıtlanması gerekmektedir (100).

a. Yarıya Bölme Yöntemi

Bu yöntem, her biri orijinal testin yarısı kadar aynı olan testin iki alt teste bölünmesi, sonra da bu alt testlerin puanlanarak her iki puan arasında korelasyon katsayısının hesaplanmasıdır. Test gruba bir kez uygulanmakta ve puanlanmadan önce iki yarıya bölünmektedir (100). Testi iki yarıya ayırmada ölçeğin türü ve maddelerin diziliş şekli önemli rol oynar. Bunun için iki yarının belirlenirken tek/çift ölçütünün kullanılması önerilir (105). Ölçeğin tamamının güvenilirlik katsayısı için Spearman – Brown formülü uygulanır (97).

b. Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı/Kuder Richarson 20 (KR-20)

Likert türü toplamalı ölçeklerde, iç tutarlılığı değerlendirmek için Cronbach Alfa ya da Alfa ölçütü olarak bilinen yöntem kullanılır (100). Cronbach Alfa katsayısı ölçek içinde bulunan maddelerin birbirleriyle ne ölçüde tutarlı olduğunun ve homojenliğinin ölçüsüdür (105). Likert tipi bir ölçekte alfa katsayısı +1.00'a yakın olmalıdır (100). 0.70 – 0.80 arasındaki bir değer güvenilirlik için yeterli sayılmaktadır (97).

Cronbach Alfa Katsayısı ve KR-20 birbirinden türetilmiş olmasına rağmen hangisinin kullanılacağına madde puanlarının ölçeklenme şekline bakılarak karar verilir.

Madde puanları süreksiz ise (var-yok, evet-hayır Şeklinde) KR-20, sürekli ise (Likert tipi) Cronbach Alfa hesaplanması gerekir (105).

c. Madde İstatistikleri

Madde istatistiklerinde maddeler arası korelasyonları ve madde - toplam puanları ve değerlendirilir (105). Madde-toplam korelasyonunda her bir ölçek maddesinin varyansı, toplam test puanının varyansı ile karŐılaŐtırılarak aradaki ilişkiye bakılır. Bu analiz ölçek maddelerinin ne ölçüde birbirleriyle ilişkili olduğunu gösterir (96). Madde toplam puan korelasyon sayısının kesin bir standardı bulunmamakla birlikte madde ile toplam puan korelasyonunun pozitif ve 0.30 dan büyük olması arzu edilir (105). Ölçeğin toplam puanlarıyla her bir maddeye ait puanların korelasyonun alınmasıdır. Madde toplam puan korelasyon katsayılarının ortalaması testin güvenilirliğini verir (96).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma metodolojik olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul ilinde, Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Dahili ve Cerrahi Kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalara ve bu hastaların bakımından sorumlu hemşirelere uygulanmıştır. Çalışmanın verileri 25/12/2017 - 29/06/2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Dahili (Genel Dahiliye, Endokrinoloji, Enfeksiyon, Romatoloji, Nefroloji, Nöroloji Gastroenteroloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Dermatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon) ve Cerrahi (Kadın Hastalıkları ve Doğum, Üroloji, Kalp-Damar Cerrahi, Beyin Cerrahi, Ortopedi, Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Kulak-Burun-Boğaz, Göz, Onkoloji) kliniklerinde yatarak tedavi gören hastalar ve bu hastaların bakımından sorumlu hemşireler oluşturmuştur.

Araştırmanın Örneklem grubunu; çalışmanın verilerinin toplandığı 25/12/2017 - 29/06/2018 tarihleri arasında yatarak tedavi gören ve aşağıdaki kriterleri karşılayan hastalar ve hemşireler oluşturmuştur. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması için belirlenecek örneklem grubunun ideal olarak ölçek madde sayısının 10 katından fazla olması gerekmektedir (104). Bu nedenle her iki grupta da ölçek madde sayısının 23 olması nedeniyle 230 hastaya ve hemşireye, test tekrar güvenirliği için her iki grup için ilk uygulama yapılan gruptan gönüllü olan 50 katılımcı hastaya ve hemşireye ulaşılmıştır.

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri:

Hastalar için;

- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Okuryazar olmak
- En az 5 gün klinikte yatıyor olmak.
- Dahili (*Genel Dahiliye, Endokrinoloji, Enfeksiyon, Romatoloji, Nefroloji, Nöroloji Gastroenteroloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Dermatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*) ve Cerrahi (*Kadın Hastalıkları ve Doğum, Üroloji, Kalp-Damar Cerrahi, Beyin Cerrahi, Ortopedi, Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Kulak-Burun-Boğaz, Göz, Onkoloji*) kliniklerinde yatan hasta olmak.
- Sözel iletişime ve işbirliğine açık olmak
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmak

Hemşireler için;

- Dahili (*Genel Dahiliye, Endokrinoloji, Enfeksiyon, Romatoloji, Nefroloji, Nöroloji Gastroenteroloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji, Dermatoloji, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*) ve Cerrahi (*Kadın Hastalıkları ve Doğum, Üroloji, Kalp-Damar Cerrahi, Beyin Cerrahi, Ortopedi, Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Kulak-Burun-Boğaz, Göz, Onkoloji*) kliniklerinde çalışıyor olmak
- En az bir yıldır ve halen hastalarla yüz yüze çalışıyor olmak
- İletişime ve işbirliğine açık olmak
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmak

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

Hastalar için;

- Yoğun Bakım, Psikiyatri, Pediatri kliniklerinde yatan hasta olmak
- Türkçe okuma yazma bilmemek
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı bulunmak
- Bilinci kapalı olmak

Hemşireler için;

- Direkt hasta ile yüz yüze çalışmıyor olmak
- Bir yıldan daha az süredir hemşirelik yapıyor olmak
- Ayaktan poliklinik, eğitim, yönetim hizmetinde çalışıyor olmak
- Ameliyathane, yoğun bakım, psikiyatri, pediatri gibi özelleşmiş alanda çalışıyor olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmanın amacı doğrultusunda bu çalışmada, kullanılacak ölçme araçları Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği (BOHHEÖ) – Kısa Formunun, Hemşire ve Hasta versiyonlarıdır. Bunlara ek olarak, hasta ve hemşirelerin demografik bilgilerini elde etmek için araştırmacı tarafından geliştirilen bilgi formları kullanılmıştır.

Hemşire Bilgi Formu: Form çalışmaya katılacak olan hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerini (*yaş, medeni durum, mezun olduğu okul, çalıştığı birim, çalışma süresi ve şekli*) içermektedir. **(EK – 1)**

Hasta Bilgi Formu: Form çalışmaya katılacak olan hastaların demografik ve hastalığına ilişkin bilgileri kapsamaktadır. Bu formda hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, gelir durumu, yattığı klinik, tanısı, kaç gündür hastanede yattığı, daha önce hastaneye yatma durumu, kronik bir hastalığının olup olmadığı sorgulanmaktadır. **(EK – 2)**

Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği (BOHHEÖ) – Kısa Formu: Cossette ve ark. (2006) tarafından Watson'un bakım kuramını temel alan ve özgün adı Caring Nurse-Patient Interaction Scale (CNPI)-Short Form olan ölçeği geliştirmişlerdir. Ölçek 4 alt ölçek içinde yer alan 23 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutlarını Klinik Bakım, İlişkisel Bakım, Hümanist Bakım ve Rahatlatıcı Bakım oluşturmaktadır. Ölçek ifadelerinde küçük değişiklikler yapılarak hastalar/aile üyeleri/hemşireler/öğrenciler gibi farklı gruplar tarafından hasta – hemşire arasındaki bakım etkileşiminin değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Bununla birlikte ifadelerin biçimlendirilmesi hedef gruba göre değişebilmektedir. Bu ölçekte yer alan ifadeler, sıklık, uygulanabilirlik, önemlilik, memnuniyet ve yeterlilik gibi değişkenler

bakımından değerlendirilebilen tutum ve davranışları kapsamaktadır. Ölçekte yer alan her bir ifade için ayrı ayrı eklenen ve hedefe uygun yönergeye sahip, 5 maddeli Likert tipi ölçekle değerlendirme sağlanmaktadır. Önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik için her bir ifade; Hiç (1), Biraz (2), Orta Derece (3), Çok (4), Son Derece (5) olarak değerlendirilmektedir. Sıklık için, Hiçbir zaman (1), Nadiren (2), Sık (3), Çok Sık (4), Her Zaman (5); Memnuniyet içinse, Hiç Memnun Değilim (1), Memnun Değilim (2), Kararsızım (3), Memnunum (4), Çok Memnunum (5) olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten en düşük 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Bu ölçekten elde edilecek yüksek puan, ölçülen boyut ve alt boyutta olumlu algıyı ifade etmektedir. Örneğin, hemşire ölçekle kendini değerlendiriyorsa, alınacak yüksek puan hemşirenin kendisini hasta-hemşire etkileşimim konusunda yeterli olarak algıladığını gösterir (**EK – 3A, 3B**).

3.5. Veri Toplama

Araştırma verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerini belirleyen Hemşire Bilgi Formu, hastaların demografik ve hastalığına ilişkin bilgileri kapsayan Hasta Bilgi Formu ve dil geçerliliği yapılan hasta – hemşire arasında bakım etkileşiminin değerlendirilmesini sağlayan BOHHEÖ – Hemşire Versiyonu Kısa Formu ve BOHHEÖ – Hasta Versiyonu Kısa Formu kullanılmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından kriterleri karşılayan, çalışmaya katılan hemşirelere ve hastalara, yüz yüze görüşme tekniği yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Kapsam geçerliği yapılan ölçekteki ifadelerin anlaşılabilir olduklarını değerlendirebilmek için cerrahi ve dahili kliniklerinde tedavi gören 20 hemşire ve hastaya ön uygulama yapılmıştır. Araştırmanın yürütüleceği 230 hemşire ve hastaya ilk uygulama yapıldıktan sonra test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için 15 gün sonra 50 hemşire ve hastaya ikinci uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan hemşire ve hasta grubun verileri araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Ölçeklerin geçerliğine yönelik olarak, dil geçerliğinin sağlanması için geri çeviri yöntemi kullanılmış sonra uzman görüşü alınmıştır. Uzmanlardan elde edilen veriler kapsam geçerlik indeksi ile değerlendirilmiştir. Hasta ve hemşire katılımcılara ait

demografik bilgilere ait tanımlayıcı istatistikler için yüzde, frekans, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Ölçeklerin geçerlik analizleri kapsamında öncelikle Açıklayıcı ardından Doğrulayıcı Faktör Analizleri (DFA) yapılmıştır. Hem açıklayıcı faktör analizi hem de DFA için uygun istatistiksel analiz yazılım paket programlarından faydalanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde, verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik testi ile incelenmiştir. Ölçme araçlarının güvenilirlik analizleri kapsamında iç ve dış güvenilirlik analizleri yapılmıştır. İç güvenilirlik analizi için, madde-toplam korelasyonları, maddenin silinmesi durumunda Cronbach Alfa katsayısı, alt ölçekler ve ölçeklerin bütünü için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. Dış güvenilirlik için ise test-tekrar test tekniğinden faydalanılmıştır. Test tekrar test tekniği ile elde edilen verilerin analizinde ise bağımlı gruplarda t testi ve Pearson korelasyon testleri kullanılmıştır.

Açıklayıcı faktör analizinde eigen değeri 1'in üzerinde olan alt boyutlar ölçeğin alt boyutları olarak kabul edilir. Bu alt boyutların açıkladığı toplam varyansın yüzde 60'dan yukarı olması ideal bir durumdur. Maddelerin hangi alt boyutlar altına yerleştiğini belirlemek için dik döndürme tekniklerinden birisi kullanılır. Bu çalışmada Varimax tekniği tercih edilmiştir. Ölçek maddelerinin birden fazla alt boyuta yerleşmesi durumunda yük değerleri kontrol edilerek, yük değeri yüksek olan gruba yerleştirilir. Bu uygulamada yük değerleri arasında en az .10 fark olmalıdır. Fark .10'dan küçük ise madde ölçekten çıkarılır. Bir maddenin bulunduğu alt boyuta ilişkin en az .40 yük değerine sahip olması gerekir. Bu değer altında yük değerine sahip olan maddeler ölçekten çıkarılır (109).

Madde analizlerinde her bir maddenin, ölçeğin bütünü ile yüksek oranda ilişki değerine sahip olması gerekir. Düşük değerler maddenin ölçek bütününden farklı bir şeyi ölçtüğünü gösterir. Madde analizlerinde her bir maddenin silinmesi durumunda, hesaplanan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısının o madde ölçek içerisinde iken hesaplanan Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısından daha düşük değer göstermesi gerekir (109).

İç güvenilirlik anacıyla hesaplanan güvenilirlik katsayıların 1'e yakın olması ölçeğin veya alt boyutlarının güvenilirlik değerinin yüksek olduğunu gösterir.

Güvenirlilik için istenen en küçük değer .70'tir. Duruma göre bu değer .60'a kadar indirilebilir (109).

Ölçeklerin test-tekrar-test güvenirlilik analizleri için bağımlı gruplar t testi ve korelasyon testleri kullanılır. Güvenilir bir ölçek için t testinin sonucunun anlamsız (yani $p > .05$) çıkması veya korelasyon değerinin yüksek olması gerekir. Bu iki testten birisinin istenen sonucu sağlaması durumun ölçeğin dış güvenirliliğinin sağlandığı sonucuna varılır (109).

Doğrulamayı faktör analizinde, uyum iyiliği indeksi olarak χ^2/sd oranı, RMSEA, CFI, GFI ve AGFI indeksleri kullanılır. Bu testte kullanılan uyum indeksleri ve kesme noktaları için Tablo 43'e bakınız. İyi bir uyum için uyum indekslerinin uygun sınırlar içerisinde olması gerekir. Özellikle χ^2/sd oranı, RMSEA değerinin şartları sağlaması bir zorunluluktur. Eğer bu değerler kritik sınırlar içerisinde ise modifikasyona başvurulur. En yüksek iyileşmeyi sağlayacak modifikasyondan başlayarak tek tek deneme yapılır. Modifikasyon için, alt boyut maddeleri arasında kovaryans tanımlanır (110,111).

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın verileri araştırmanın gerçekleştirildiği zaman diliminde, tek merkezdeki, araştırmaya katılan hasta ve hemşire örneklemeyle sınırlıdır.

3.8. Etik Boyut

İlk olarak Cossette ve ark. tarafından geliştirilen BOHHEÖ'nin Türkçe'ye uyarlanması konusunda yazardan izin alınmıştır. **(EK 5)** Araştırmanın yapılması için ilgili kurumdan gerekli izin alınmıştır. **(EK 6)** Ayrıca tez önerisi Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul'una sunulmuş ve araştırma için 08.11.2017 tarihli ve 88 Sayılı Etik Kurul onayı alınmıştır. **(EK 4)** Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatılmış ve bilgilendirilmiş onam koşulu bir etik ilke olarak yerine getirilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Ölçeklerin Dil Geçerliliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Ölçeğin dil geçerliliği için öncelikle, tıp ve hemşirelik alanlarında öğretim üyesi olarak görev yapan ve İngilizce yeterliği yüksek beş uzman tarafından, ölçek İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra yine alanında uzman iki öğretim üyesi tarafından beş farklı çeviri tek metin haline getirilmiştir. Tek metin haline getirilen Türkçe form önce Türkçe dil uzmanı tarafından, dilbilgisi kurallarına uygunluk açısından kontrol edilmiş, sonra iki İngilizce öğretmeni tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Türkçe'den İngilizce diline çevirileri önce ayrı ayrı yapılmış sonra iki çeviri tek metin haline getirilmiştir. Elde edilen çeviri ile orijinal ölçek arasında çeşitli kelime farklılıkları bulunduğundan, çevirisi yapılan ölçek, ölçeği geliştiren uzmana gönderilerek iki formun eşdeğer olup olmadığı konusunda görüşü alınmıştır. Ölçeğin orijinalini geliştiren uzman, ölçekte bulunan tüm maddelerin orijinali ile eş anlama geldiğini bildirmiştir. Bu çeviriler, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından incelenmiş ve en uygun ifadeler kullanılarak ölçeğin Türkçe formu hazırlanmıştır.

4.2. Ölçeklerin İçerik/Kapsam Geçerliliğinin Sağlanmasına Yönelik Çalışmalar

Dil geçerliği sağlanan ölçek içerik/kapsam geçerliği için hemşirelik alanında öğretim üyesi olarak görev yapan on uzmanın görüşü alınmıştır. Bu amaçla hazırlanan değerlendirme formuna ölçeklerin Türkçe ve İngilizce maddeleri alt alta koyularak her bir maddenin ne kadar eşdeğer olduğu sorulmuştur. Uzmanlar her maddeyi “(1) uygun değil”, “(2) biraz uygun”, “(3) oldukça uygun”, “(4) çok uygun” şeklinde likert tipi bir formla değerlendirmiştir. Buna ek olarak uzmanlardan uygun görmedikleri maddeler varsa önerilerini belirtmeleri de istenmiştir. Uzmanların değerlendirmelerine ilişkin bulgular aşağıdaki Tablo 1 ve Tablo 2’de yer almaktadır.

Tablo 1’de yer alan bulgulara göre uzmanlar maddelere 34 ile 39 arasında puan vermişlerdir. Ölçekten alınacak en düşük puan 10 en yüksek 40’tır. Elde edilen sonuçlar maddelerin eşdeğerliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. 35 ve altı puan

alan altı madde araştırmacı ve tez danışmanı tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve öneriler doğrultusunda düzeltilmiştir.

Tablo 1: Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeği – hasta versiyonu kısa formu için uzman değerlendirme sonuçları

	s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17	s18	s19	s20	s21	s22	s23
U1	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
U2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	4
U3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	2	4	3	4	3	3	3
U4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U5	4	4	3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	4
U6	4	4	4	4	2	4	2	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4
U7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4
U8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U9	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	2	3	2	3	3	4	3	3	3	4	4	4	4
U10	4	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4
Toplam	39	39	35	36	37	38	36	39	37	36	37	35	35	38	35	38	34	36	35	38	38	38	39

Tablo 2’de yer alan bulgulara göre uzmanlar maddelere 30 ile 40 arasında puan vermişlerdir. Ölçekten alınacak en düşük puan 10 en yüksek 40’tır. Elde edilen sonuçlar maddelerin eşdeğerliğinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. 35 ve altı puan alan beş madde araştırmacı ve tez danışmanı tarafından tekrar gözden geçirilmiş ve öneriler doğrultusunda düzeltilmiştir.

Tablo 2: Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeği – hemşire versiyonu kısa formu için uzman değerlendirme sonuçları

	s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7	s8	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17	s18	s19	s20	s21	s22	s23
U1	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	3	3	3	4	3	2	4	4	3	4	4	4
U2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4
U4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U5	4	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4
U6	3	3	4	4	2	4	2	4	4	2	4	1	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4
U7	4	4	3	3	4	4	2	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4
U8	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
U9	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	2	3	2	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4
U10	4	4	2	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4
Toplam	39	39	34	36	38	38	30	38	37	36	37	34	36	34	37	36	33	37	38	38	39	40	40

Daha sonra her bir maddenin ayrı ayrı Kapsam Geçerlik İndeksi belirlenmiştir.

Kapsam (içerik) Geçerlik İndeksi (KGİ): Ölçülmek istenilen özellik birden fazla boyutta toplanmış ise her bir boyut için KGİ elde edilmelidir. KGİ değerleri alt boyutlar için geçerli olup, her bir alt boyut için, alt boyutta yer alan maddeler dikkate alınarak elde edilmektedir (112) tekniğinde uzman görüşleri dörtlü derecelendirmektedir. Bu teknikte (4) “çok uygun” ve (3) “oldukça uygun” seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek maddeye ilişkin “kapsam geçerlik indeksi” elde edilmektedir ve bu değer istatistiksel bir ölçütle karşılaştırmak yerine 0,80 değeri ölçüt olarak kabul edilmektedir. Bu araştırmada maddelerin ve alt boyutların kapsam geçerlik indeksini hesaplamak için alt boyuttaki maddelere “çok uygun” ve “oldukça uygun” seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı, toplam uzman sayısına bölünerek elde edilmiştir. Ölçeğin tümü için kapsam geçerlik indeksi hesaplanırken, tüm madde indeksleri toplanarak madde sayısına bölünerek bulunmuştur.

KGİ, kapsam geçerlik ölçütüne eşit (KGÖ) veya KGÖ’den büyük olması gerekir. Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği –Kısa Formu Hemşire Versiyonu için kapsam geçerlik indeksi, KGÖ’den büyük olduğu için ölçeğin kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlıdır ($KGİ > KGÖ$; $0,93 > 0,80$; $p < .05$) (Tablo 3).

Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği –Kısa Formu Hasta Versiyonu İçin kapsam geçerlik indeksi (KGİ), kapsam geçerlik ölçütünden büyük olduğu için ölçeğin kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlıdır ($KGİ > KGÖ$; $0,97 > 0,80$; $p < .05$) (Tablo 4).

Tablo 3: Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği –Kısa Formu Hemşire Versiyonu İçin Kapsam (İçerik) Geçerlik İndeksi Sonuçları

TUTUM VE DAVRANIŞLAR		Uygun Değil	Biraz Uygun	Oldukça Uygun	Çok Uygun	Kapsam Geçerlik İndeksi (madde)	Kapsam Geçerlik İndeksi (alt boyut)
A-Clinical Care / Klinik Bakım		d	c	b	a		
1.	Tedavilerin (intravenöz enjeksiyonlar, sargı vb.) nasıl uygulanacağını bilmek.	0	0	1	9	%100	%96
2.	Özel araç-gereçlerin (pompalar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını bilmek.	0	0	1	9	%100	
3.	İlaçlarının belirtilerini (ör. bulantı, ağrı, kabızlık, anksiyete) hafifletmesine yardımcı olup olmadığını kontrol etmek.	0	1	4	5	%90	
4.	İlaçlarının veya tedavilerinin bazı yan etkileri önlemeye ya da gidermeye yönelik uygulanacak yöntemleri ve göstergeleri hastaya anlatmak.	0	0	4	6	%100	
5.	Hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını bilmek.	0	1	0	9	%90	
6.	Kendi kendilerine bakamadıkları durumlarda hastalara yardımcı olmak.	0	0	1	9	%100	
7.	Hastalara müdahale etmede becerikli ve yetenekli olduğunu göstermek.	0	2	6	2	%80	
8.	Hastaların sağlık durumunu dikkatle izlemek.	0	0	2	8	%100	
9.	Hastaya, bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek.	0	0	3	7	%100	
B – Relational Care / İlişkisel Bakım							
10.	Hastaya, yaşamında belirli bir uyum/denge kurması için yardım etmek.	0	1	2	7	%80	%89
11.	Hastaya yaşamındaki önceliklerini belirleme konusunda yardımcı olmak.	0	1	1	8	%80	
12.	Hastanın, önem verdiği kişilerin getirmesinden hoşlanacağı şeyleri belirlemesinde yardım etmek.	1	1	3	5	%80	
13.	Hastaya, sağlık durumunu nasıl algıladığını anlaması konusunda yardım etmek.	0	1	2	7	%80	
14.	Hastanın, sorunlarını etkili şekilde çözmek için kullanabileceği yöntemleri öğrenmesi ve kullanması için yardımcı olmak.	0	0	4	6	%100	
15.	Hastaya, farklı bir bakış açısından bakabilmesi için yardımcı olmak.	0	0	3	7	%100	
16.	Hastanın davranışlarının sonuçlarını hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak.	0	0	4	6	%100	
C – Hümanistic Care / Hümanistik Bakım							
17.	Hastayı bir bütün olarak ele almak, sağlık sorunlarından daha fazlasıyla ilgilendiğini göstermek.	0	1	3	6	%80	%90
18.	Gerektiğinde, hastaları umutlu olmaya cesaretlendirmek.	0	0	2	8	%100	
19.	Hastaların iyileşme çabalarını vurgulamak.	0	1	1	8	%80	
20.	Utandırıcı bir tutum içinde olmamak.	0	0	3	7	%100	
D – Comforting Care / Rahatlatıcı Bakım							
21.	Hastanın mahremiyetine (ör. hastaların üzerini gereksiz yere açık bırakmamak) saygı göstermek.	0	0	1	9	%100	%100
22.	Hastaların temel gereksinimlerini (ör. Uyku, hijyen vs.) dikkate almak.	0	0	0	10	%100	
23.	Planlanan zamanda tedavileri yapmak veya ilaçları vermek.	0	0	0	10	%100	
Uzman Sayısı: 10							
KGÖ: 0,80							
KGİ (ölçeğin tümü için): 0,93							

Tablo 4: Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği –Kısa Formu Hasta Versiyonu İçin Kapsam (İçerik) Geçerlik İndeksi Sonuçları

TUTUM VE DAVRANIŞLAR		Uygun Değil	Biraz Uygun	Oldukça Uygun	Çok Uygun	Kapsam Geçerlik İndeksi (madde)	Kapsam Geçerlik İndeksi (alt boyut)
A-Clinical Care / Klinik Bakım		d	c	b	a		
1.	Hemşireler tedavilerin (intravenöz enjeksiyonlar, sargı vb.) nasıl uygulanacağını biliyordu.	0	0	1	9	%100	%97
2.	Hemşireler özel araç-gereçlerin (pompalar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını biliyordu.	0	0	1	9	%100	
3.	Hemşireler ilaçlarının belirtilerimi (ör. bulantı, ağrı, kabızlık, anksiyete) hafifletmesine yardımcı olup olmadığını kontrol etti.	0	1	3	6	%90	
4.	Hemşireler ilaçlarımın veya tedavilerimin bazı yan etkilerini önlemeye ya da gidermeye yönelik uygulanacak yöntemleri ve göstergeleri anlattı.	0	0	4	6	%100	
5.	Hemşireler hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını biliyordu.	0	1	1	8	%90	
6.	Kendi kendime bakamadığım durumlarda hemşireler bana yardımcı oldu.	0	0	2	8	%100	
7.	Hemşireler bana müdahale konusunda becerikli ve yetenekli olduklarını gösterdi.	0	1	2	7	%90	
8.	Hemşireler sağlık durumumu dikkatle izledi.	0	0	1	9	%100	
9.	Hemşireler bakımımı kendi başıma yapabilemem için bana fırsat verdi.	0	0	3	7	%100	
B – Relational Care / İlişkisel Bakım							
10.	Hemşireler yaşamımda belirli bir uyum/denge kurmam için bana yardım etti.	0	1	2	7	%80	%94
11.	Hemşireler yaşamımdaki öncelikleri belirlememde yardımcı oldu.	0	1	1	8	%80	
12.	Hemşireler önem verdiğim kişilerin getirmesinden hoşlanacağım şeyleri belirlememde yardımcı oldu.	0	1	3	6	%90	
13.	Hemşireler sağlık durumumu nasıl algıladığımı anlamamda bana yardımcı oldu.	0	1	3	6	%90	
14.	Hemşireler sorunlarımı etkili şekilde çözmede kullanabileceğim yöntemlerin farkına varmamda yardımcı oldu.	0	0	2	8	%100	
15.	Hemşireler farklı bir bakış açısından bakabilmem konusunda bana yardımcı oldu.	0	0	5	5	%100	
16.	Hemşireler davranışlarımla sonuçlarımla benimle birlikte tanımlamaya çalıştı.	0	0	2	8	%100	
C – Hümanistic Care / Hümanistik Bakım							
17.	Hemşireler beni bütün bir birey olarak ele aldı, sadece sağlık sorunuyla ilgilenmediğini gösterdi.	0	1	4	5	%90	%98
18.	Hemşireler beni umutlu olmam için cesaretlendirdi.	0	0	4	6	%100	
19.	Hemşireler iyileşmek için verdiğim çabalara önem verdi.	0	0	5	5	%100	
20.	Hemşireler utandırıcı bir tutum içinde olmadı.	0	0	2	8	%100	
D – Comforting Care / Rahatlatıcı Bakım							
21.	Hemşireler mahremiyetime (ör. üzerimi gereksiz yere açık bırakmadı) saygı gösterdi.	0	0	2	8	%100	%100
22.	Hemşireler temel gereksinimlerimi (ör. uyku, hijyen vs.) dikkate aldı.	0	0	2	8	%100	
23.	Hemşireler planlanan zamanda tedavileri yaptı veya ilaçlarımı verdi.	0	0	1	9	%100	
Uzman Sayısı: 10							
KGÖ: 0,80							
KGİ (ölçeğin tümü için): 0,97							

4.3.Çalışmanın Örnekleme Ait Bulgular

Tablo 4, Tablo 5 ve Tablo 6’da hasta katılımcılara ait bulgular yer almaktadır.

4.3.1. Hasta Katılımcıların Özellikleri

Tablo 5: Katılımcı Hastalara İlişkin Sosyodemografik Veriler

Hastaların Sosyodemografik Özellikleri		N	%
Cinsiyet	Kadın	121	52,6
	Erkek	109	47,4
Medeni durum	Evli	143	62,2
	Bekâr	87	37,8
Çalışma durumu	Evet	163	70,9
	Hayır	67	29,1
Meslek	Ev hanımı	23	10,0
	İşçi	65	28,3
	Serbest	35	15,2
	Memur	62	27,0
	İşsiz	16	7,0
	Emekli	29	12,6
Eğitim durumu	Ortaokul	35	15,2
	Lise	103	44,8
	Üniversite	91	39,6
	Lisansüstü	1	,4
Yaşanılan yer	İl	228	99,1
	İlçe	2	,9
Birlikte yaşanılan kişiler	Yalnız yaşıyor	76	33,0
	Eşyle birlikte yaşıyor	106	46,1
	Eş ve çocuklarla yaşıyor	36	15,7
	Annesiyle yaşıyor	12	5,2
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	59	25,7
	Gelirim giderime eşit	113	49,1
	Gelirim giderimden çok	58	25,2
Toplam		230	100,0
Yaş: Ortalama: 40.90, Std. Sapma: 12.01			

Hasta katılımcılara ait sosyodemografik veriler Tablo 5’te verilmiştir. Çalışmaya toplam 230 hasta katılmıştır. Hasta katılımcıların 121’i kadın (%52,6), 109’u erkektir (%47,4). Hasta katılımcıların 143’ü evli iken (%62,2), 87’si bekârdır (%37,8). Çalışma durumları incelendiğinde 163 (%70,2) hastanın çalıştığı, 67 (%29,1) kişinin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Meslekleri ev hanımı (n=23, %10,0), işçi (n=65, %28,3), serbest meslek (n=35, %15,2), memur (n=62, %27,0), işsiz (n=16, %7,0) ve emekli (n=29, %12,6) olarak belirlenmiştir. Eğitim durumları ortaokul (n=35, %15,2), lise

(n=103, %44,8), üniversite (n=91, %39,6) ve lisansüstü (n=1, %0,4) şeklindedir. Hasta katılımcıların yaşadıkları yer il (n=228, %99,1) ve ilçe (n=2, %0,9) şeklindedir. Hasta katılımcıların 76'sı (%33) yalnız, 106'sı (%46,1) eşyle birlikte, 36'sı (%15,7) eş ve çocuklarıyla, 12'si (%5,2) annesi ile yaşadığını bildirmiştir. Hasta katılımcıların 59'nun (%25,7) geliri giderinden az, 113'ünün (%49,1) geliri giderine eşit ve 58'inin (%25,2) geliri giderinden çoktur. Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalamasınının 40.90, standart sapmanının 12.01 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 6: Katılımcı Hastaların Hastalıklarına İlişkin Veriler

Hastaların Hastalıklarıyla İlgili Özellikleri		N	%
Yatarak tedavi gördüğü servis	Dâhili servis	116	50,4
	Cerrahi servis	114	49,6
Hastanede kalınan gün sayısı	5	7	3,0
	6	67	29,1
	7	26	11,3
	8	37	16,1
	9	1	,4
	10	58	25,2
	12	34	14,8
Daha önce hastaneye yatışı	Var	128	55,7
	Yok	102	44,3
Kronik fiziksel bir hastalık varlığı	Var	92	40,0
	Yok	138	60,0
Kronik psikiyatrik bozukluk varlığı	Var	14	6,1
	Yok	216	93,9
Toplam		230	100,0

Hasta katılımcıların hastalıklarına ilişkin veriler Tablo 6'da verilmiştir. Dâhili ve cerrahi servislerde yatan hasta katılımcı sayısı neredeyse eşittir. Hastanede kaldıkları gün sayısı 5-12 arasında değişmekte olup, 67'sinin (%29,1) altı gündür, 58'inin (%25,2) on gündür yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir. Daha önce hastaneye yatışı olan hastaların sayısı olmayanlara yakındır. Çoğunluğu herhangi kronik bir fiziksel hastalığının (138;%60) ve büyük çoğunluğu psikiyatrik bozukluğunun (216;%93,9) olmadığını bildirmiştir.

Tablo 7: Katılımcı Hastaların Ölçek Boyutları Ve Alt Ölçek Puanları

	N	En küçük değer	En yüksek değer	Ortalama	Std. Sapma
Önemlilik boyutu	230	77	114	100,43	9,30
Klinik Bakım	230	28	45	41,63	4,25
İlişkisel Bakım	230	21	35	28,01	2,85
Hümanist Bakım	230	12	20	17,70	2,35
Rahatlatıcı Bakım	230	9	15	13,07	1,83
Yeterlilik boyutu	230	75	114	100,19	9,36
Klinik Bakım	230	28	45	41,63	4,25
İlişkisel Bakım	230	21	35	27,95	2,88
Hümanist Bakım	230	12	20	17,55	2,36
Rahatlatıcı Bakım	230	9	15	13,04	1,83
Uygulanabilirlik boyutu	230	76	114	100,79	9,09
Klinik Bakım	230	28	45	41,86	4,19
İlişkisel Bakım	230	21	35	28,10	2,89
Hümanist Bakım	230	12	20	17,73	2,31
Rahatlatıcı Bakım	230	9	15	13,08	1,71

Hastaların BOHHEÖ-Kısa Formu boyutlarından ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ait betimleyici istatistikler Tablo 7’de verilmiştir. Buna göre hastaların üç boyuttan aldıkları puanlar 75 ile 114 arasında değişmektedir.

4.3.2. Hemşire Katılımcıların Özellikleri

Tablo 8: Katılımcı Hemşirelere İlişkin Tanımlayıcı Veriler

Hemşirelerin Tanımlayıcı Özellikleri		N	%
Cinsiyet	Kadın	183	79,6
	Erkek	47	20,4
Medeni durum	Evli	168	73,0
	Bekâr	62	27,0
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	18	7,8
	Ön lisans	50	21,7
	Lisans	162	70,4
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	25	10,9
	Sürekli gece	17	7,4
	Gündüz-gece	188	81,7
Hemşireliği kendi isteyerek tercih etme durumu	Hayır	230	100,0
Çalışma saatlerinde en fazla yapılan iş	Tetkik ve tedavi	146	63,5
	Hemşirelik bakımı	84	36,5
Toplam		230	100,0

Hemşirelerin %79,6'sının kadın, %73'ünün evli, %70,4'ünün lisans mezunu oldukları bulunmuştur. Hemşirelerin tamamı hemşirelik mesleğini isteyerek seçmediğini belirtmiştir. Hemşirelerin %81,7'si gündüz ve gece çalışmaktadır (Tablo 8).

Tablo 9: Hemşirelerin Yaş Ve Mesleki Deneyimine İlişkin Veriler

	N	En küçük değer	En yüksek değer	Ortalama	Std. Sapma
Yaş	230	19	45	32,81	6,947
Mesleki deneyim	230	1	22	10,17	6,403

Hemşirelerin yaş ortalamasının 32,81 (19-45) yıl, mesleki deneyimlerinin ortalamasının ise 10,17 (1-22) yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 10: Hemşirelerin Ölçek Boyutları Ve Alt Ölçek Puanları

	N	En küçük değer	En yüksek değer	Ortalama	Std. Sapma
Önemlilik boyutu	230	77	114	100,45	9,33
Klinik Bakım	230	28	45	41,67	4,29
İlişkisel Bakım	230	21	35	28,06	2,89
Hümanist Bakım	230	12	20	17,66	2,38
Rahatlatıcı Bakım	230	9	15	13,04	1,80
Yeterlilik boyutu	230	77	114	100,62	9,17
Klinik Bakım	230	28	45	41,69	4,28
İlişkisel Bakım	230	28	40	34,06	2,46
Hümanist Bakım	230	12	20	17,73	2,31
Rahatlatıcı Bakım	230	9	15	13,08	1,71
Uygulanabilirlik boyutu	230	77	114	100,52	9,31
Klinik Bakım	230	28	45	41,66	4,34
İlişkisel Bakım	230	21	35	28,12	2,89
Hümanist Bakım	230	12	20	17,65	2,40
Rahatlatıcı Bakım	230	9	15	13,07	1,83

Hemşirelerin BOHHEÖ-Kısa Formu boyutlarından ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ait betimleyici istatistikler Tablo 10’da verilmiştir. Buna göre hastaların üç boyuttan aldıkları puanlar 77 ile 114 arasında değişmektedir.

BOHHEÖ-Kısa Formu 4 alt ölçek içinde yer alan 23 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçekler 1. Klinik Bakım, 2. İlişkisel Bakım, 3. Hümanist Bakım, 4. Rahatlatıcı Bakım şeklindedir. Tüm boyutlarda alt ölçekler değişmemekte ve aynı maddeler kullanılmaktadır. Ölçek ifadelerinde küçük değişiklikler yapılarak hastalar/aile üyeleri/hemşireler/öğrenciler gibi farklı gruplar tarafından hasta – hemşire arasındaki bakım etkileşiminin değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Bu ölçekte yer alan ifadeler, sıklık, uygulanabilirlik, önemlilik, memnuniyet ve yeterlilik gibi değişkenler bakımından değerlendirilebilen tutum ve davranışları kapsamaktadır. Ölçekte yer alan her bir ifade için ayrı ayrı eklenen ve hedefe uygun yönergeye sahip, 5 maddeli Likert Tip ölçekler ile

değerlendirme sağlanmaktadır. Ölçekten en düşük 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir.

4.4. Açıklayıcı Faktör Analizine Ait Bulgular

4.4.1. Hasta Katılımcılarının Önemlilik Boyutuna Ait Veriler

Hasta katılımcıların önemlilik boyutuna ait verilerinin faktör analizi için uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Bartlett küresellik testi ile incelenmiştir. KMO katsayısı veri matrisinin faktör çıkarma için ne kadar uygun olduğu ile ilgili bilgi verir. Faktör analizinin yapılabilmesi için KMO katsayısının 0.60'tan büyük olması gerekir. Bartlett küresellik testi ise değişkenler arasındaki kısmi korelasyonlara bakarak doğrusal ilişkiyi inceler. Bu çalışmanın verilerine ait testler Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Hastaların Önemlilik Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin		,922
Bartlett's Testi	Ki-kare	3436,417
	Serbestlik Derecesi	253
	p	,000

Tablo 42: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları

Alt Ölçekler	Eigen Değeri	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Kümülatif Varyans
Klinik Bakım	5,388	23,428	23,428
İlişkisel Bakım	4,413	19,189	42,617
Hümanist Bakım	2,973	12,924	55,541
Rahatlatıcı Bakım	2,576	11,198	66,739

Tablo 12'de görüldüğü gibi önemlilik boyutunda dört alt ölçeğin açıkladığı toplam varyans miktarı %66,739'dur. Alt ölçeklerin açıkladıkları varyans miktarlarına bakıldığında sırasıyla, Klinik Bakım alt ölçeği varyansın %23,428'ini, İlişkisel Bakım

alt ölçeği varyansın %19,189'unu, Hürnanist Bakım alt ölçeği varyansın %12,924'ünü ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği varyansın %11,198'ini açıklamaktadır.

Tablo 53: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri

Maddeler	Alt Boyutlar			
	Klinik Bakım	İlişkisel Bakım	Hürnanist Bakım	Rahatlatıcı Bakım
ö3	,801			
ö8	,746			
ö1	,724			
ö2	,713			
ö9	,705			
ö4	,685			
ö5	,674			
ö7	,665			
ö6	,648			
ö13		,772		
ö12		,769		
ö15		,756		
ö14		,749		
ö10		,698		
ö16		,697		
ö11		,573		
ö20			,803	
ö19			,794	
ö17			,771	
ö18			,699	
ö21				,823
ö23				,816
ö22				,798

Faktör analizi sonucunda belirlenen alt ölçeklere yerleşen maddelerin dağılımı ve faktör yükleri Tablo 13'de verilmiştir. Görüldüğü gibi Klinik Bakım alt ölçeği 9 maddeden (ö3, ö8, ö1, ö2, ö9, ö4, ö5, ö7, ö6. Maddeler), İlişkisel Bakım alt ölçeği 7 maddeden (ö13, ö12, ö15, ö14, ö10, ö16, ö11. Maddeler), Hürnanist Bakım alt ölçeği 4 maddeden (ö20, ö19, ö17, ö18. Maddeler) ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği 3 maddeden (ö21, ö23, ö22. Maddeler) oluşmaktadır.

Tablo 6: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları

	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Cronbach's Alpha
ö1	,675	,939
ö2	,737	,938
ö3	,728	,939
ö4	,756	,938
ö5	,686	,939
ö6	,659	,940
ö7	,611	,940
ö8	,749	,939
ö9	,622	,940
ö10	,629	,940
ö11	,555	,941
ö12	,566	,941
ö13	,562	,941
ö14	,666	,940
ö15	,648	,940
ö16	,580	,941
ö17	,607	,940
ö18	,543	,941
ö19	,619	,940
ö20	,580	,941
ö21	,626	,940
ö22	,553	,941
ö23	,586	,941

Güvenirlilik analizi için iç tutarlık analizi, madde güvenirliliği için madde-toplam puan korelasyonu kullanılmıştır (Tablo 14). Ölçek toplam puanları ile her bir maddeden elde edilen puanların bağıntı katsayılarının önemlilik boyutu için 0.543-0.756 arasında olduğu ve madde puanlarının toplam puanla istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 75: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı

	Cronbach Alfa Katsayısı
Önemlilik Boyutu	,942
Klinik bakım	,925
İlişkisel Bakım	,893
Hümanistik Bakım	,858
Rahatlatıcı Bakım	,876

Güvenirlilik çalışması sonuçlarına göre hasta katılımcıların Önemlilik Boyutunda toplam puanlarının Cronbach Alfa katsayısı .942 düzeyindedir. Ayrıca Önemlilik boyutunda 4 alt ölçeğin alfa güvenirlilik katsayıları Klinik bakım, İlişkisel Bakım, Hümanistik Bakım ve Rahatlatıcı Bakım için sırasıyla .925, .893, .858 ve .876 olarak saptanmıştır. Bu değerler Önemlilik boyutunda alt ölçeklerin iç tutarlılığının yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Tablo 15).

Ölçekten elde edilen puanların kararlılığı ve ölçeğin zamana karşı değişmezliği için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek 50 hastaya iki hafta ara ile uygulanmıştır.

Tablo 86: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları

	N	r	p	t	p
Önemlilik Boyutu Toplam	50	,983	,000	1,399	,168
Klinik Bakım	50	,936	,000	1,776	,082
İlişkisel Bakım	50	,970	,000	,000	1,000
Hümanistik Bakım	50	,984	,000	,330	,743
Rahatlatıcı Bakım	50	,989	,000	-,814	,420

Test-tekrar test korelasyon katsayısının önemlilik boyutunda 0.983 olduğu görülmüştür. Önemlilik boyutunda alt ölçeklerin test-tekrar test korelasyon katsayıları Klinik Bakım için 0.936, İlişkisel Bakım için 0.970, Hümanistik Bakım için 0.984 ve Rahatlatıcı Bakım için 0.989 olarak bulunmuştur (Tablo 16).

4.4.2.Hasta Katılımcılarının Sıklık Boyutuna Ait Veriler

Hastalara ait sıklık boyutuna ait verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığı KMO katsayısı ve Bartlett küresellik testi ile incelenmiştir. KMO katsayısı veri matrisinin faktör çıkarma için ne kadar uygun olduğu ile ilgili bilgi verir. Faktör analizinin yapılabilmesi için KMO katsayısının 0.60'tan büyük olması gerekir. Bartlett

küresellik testi ise değişkenler arasındaki kısmı korelasyonlara bakarak doğrusal ilişkiyi inceler. Bu çalışmanın verilerine ait testler Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 97: Hastaların Sıklık Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin		,924
Bartlett's Testi	Ki-kare	3414,413
	sd	253
	p	,000

Tablo 108: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları

Alt Boyutlar	Eigen Değeri	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Kümülatif Varyans
Klinik Bakım	5,382	23,401	23,401
İlişkisel Bakım	4,386	19,071	42,472
Hümanist Bakım	2,964	12,885	55,357
Rahatlatıcı Bakım	2,582	11,224	66,581

Tablo 18’de görüldüğü gibi sıklık boyutunda dört alt ölçeğin açıkladığı toplam varyans miktarı %66,581’dir. Alt ölçeklerin açıkladıkları varyans miktarlarına bakıldığında sırasıyla, Klinik Bakım alt ölçeği varyansın %23,401’ini, İlişkisel Bakım alt ölçeği varyansın %19,071’ünü, Hümanist Bakım alt ölçeği varyansın % 12,885’ünü ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği varyansın % 11,22’ini açıklamaktadır.

Tablo 119: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri

Maddeler	Alt Boyutlar			
	Klinik Bakım	İlişkisel Bakım	Hümanist Bakım	Rahatlatıcı Bakım
s3	,794			
s8	,749			
s1	,723			
s2	,720			
s4	,699			
s9	,696			
s5	,685			
s7	,666			
s6	,635			
s13		,778		
s15		,761		
s14		,751		
s16		,715		
s12		,708		
s10		,704		
s11		,562		
s20			,810	
s19			,810	
s17			,761	
s18			,657	
s23				,831
s21				,830
s22				,783

Faktör analizi sonucunda belirlenen alt ölçeklere yerleşen maddelerin dağılımı ve faktör yükleri Tablo 19'da verilmiştir. Görüldüğü gibi sıklık boyutunda, Klinik Bakım alt ölçeği 9 maddeden (s3, s8, s1, s2, s4, s9, s5, s7, s6. Maddeler), İlişkisel Bakım alt ölçeği 7 maddeden (s13, s15, s14, s16, s12, s10, s11. Maddeler), Hümanist Bakım alt ölçeği 4 maddeden (s20, s19, s17, s18. Maddeler) ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği 3 maddeden (s21, s23, s22. Maddeler) oluşmaktadır.

Tablo 20: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları

	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Cronbach's Alpha
s1	,673	,940
s2	,737	,939
s3	,729	,939
s4	,749	,939
s5	,686	,939
s6	,661	,940
s7	,609	,940
s8	,751	,939
s9	,620	,940
s10	,629	,940
s11	,563	,941
s12	,612	,940
s13	,560	,941
s14	,667	,940
s15	,640	,940
s16	,578	,941
s17	,603	,941
s18	,543	,942
s19	,620	,940
s20	,574	,941
s21	,636	,940
s22	,558	,941
s23	,573	,941

Güvenirlilik analizi için iç tutarlık analizi, madde güvenirliliği için madde-toplam puan korelasyonu kullanılmıştır (Tablo 20). Ölçek toplam puanları ile her bir maddeden elde edilen puanların bağıntı katsayılarının sıklık boyutu için 0.563-0.751 arasında olduğu ve madde puanlarının toplam puanla istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 121: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı

	Cronbach Alfa Katsayısı
Sıklık Boyutu Toplam	,943
Klinik bakım	,925
İlişkisel Bakım	,892
Hümanistik Bakım	,851
Rahatlatıcı Bakım	,877

Güvenirlilik çalışması sonuçlarına göre hasta katılımcıların sıklık boyutunda toplam puanlarının Cronbach Alfa katsayısı .943 düzeyindedir. Ayrıca sıklık boyutunda 4 alt ölçeğin alfa güvenirlilik katsayıları Klinik bakım, İlişkisel Bakım, Hümanistik Bakım ve Rahatlatıcı Bakım için sırasıyla .925, .892, .851 ve .877 olarak saptanmıştır. Bu değerler sıklık boyutunda alt ölçeklerin iç tutarlılığının yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Tablo 21).

Ölçekten elde edilen puanların kararlılığı ve ölçeğin zamana karşı değişmezliği için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek 50 hastaya iki hafta ara ile uygulanmıştır.

Tablo 132: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları

	N	r	p	t	p
Sıklık Boyutu	50	,989	,000	3,321	,002
Klinik Bakım	50	,975	,000	3,843	,000
İlişkisel Bakım	50	,963	,000	,000	1,000
Hümanistik Bakım	50	,967	,000	,227	,821
Rahatlatıcı Bakım	50	,954	,000	1,769	,083

Test-tekrar test korelasyon katsayısının sıklık boyutunda 0.989 olduğu görülmüştür. Sıklık boyutunda alt ölçeklerin test-tekrar test korelasyon katsayıları Klinik Bakım için 0.975, İlişkisel Bakım için 0.963, Hümanistik Bakım için 0.967 ve Rahatlatıcı Bakım için 0.954 olarak bulunmuştur (Tablo 22).

4.4.3.Hasta Katılımcılarının Memnuniyet Boyutuna Ait Veriler

Hastalara ait memnuniyet boyutuna ait verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığı KMO katsayısı ve Bartlett küresellik testi ile incelenmiştir. KMO katsayısı veri matrisinin faktör çıkarma için ne kadar uygun olduğu ile ilgili bilgi verir. Faktör analizinin yapılabilmesi için KMO katsayısının 0.60'tan büyük olması gerekir. Bartlett

küresellik testi ise değişkenler arasındaki kısmı korelasyonlara bakarak doğrusal ilişkiyi inceler. Bu çalışmanın verilerine ait testler Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 143: Hastaların Memnuniyet Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin		,923
Bartlett's Testi	Ki-kare	3424,627
	sd	253
	p	,000

Tablo 154: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları

Alt Boyutlar	Eigen Değeri	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Kümülatif Varyans
Klinik Bakım	5,512	23,965	23,965
İlişkisel Bakım	4,547	19,768	43,733
Hümanist Bakım	2,962	12,879	56,612
Rahatlatıcı Bakım	2,374	10,322	66,934

Tablo 24’te görüldüğü gibi memnuniyet boyutunda dört alt ölçeğin açıkladığı toplam varyans miktarı % 66,934’dur. Alt ölçeklerin açıkladıkları varyans miktarlarına bakıldığında sırasıyla, Klinik Bakım alt ölçeği varyansın %23,965’ini, İlişkisel Bakım alt ölçeği varyansın %19,768’ünü, Hümanist Bakım alt ölçeği varyansın % 12,879’ünü ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği varyansın % 10,322’ini açıklamaktadır.

Tablo 165: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri

Maddeler	Alt Boyutlar			
	Klinik Bakım	İlişkisel Bakım	Hümanist Bakım	Rahatlatıcı Bakım
m7	,807			
m8	,740			
m9	,727			
m3	,727			
m2	,717			
m6	,714			
m4	,709			
m1	,704			
m5	,627			
m13		,789		
m16		,770		
m10		,766		
m11		,756		
m12		,750		
m15		,695		
m14		,561		
m18			,803	
m19			,802	
m20			,754	
m17			,689	
m22				,810
m21				,806
m23				,705

Faktör analizi sonucunda belirlenen alt ölçeklere yerleşen maddelerin dağılımı ve faktör yükleri Tablo 25’de verilmiştir. Görüldüğü gibi memnuniyet boyutunda, Klinik Bakım alt ölçeği 9 maddeden (m3, m8, m1, m2, m4, m9, m5, m7, m6. Maddeler), İlişkisel Bakım alt ölçeği 7 maddeden (m13, m15, m14, m16, m12, m10, m11. Maddeler), Hümanist Bakım alt ölçeği 4 maddeden (m20, m19, m17, m18. Maddeler) ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği 3 maddeden (m21, m23, m22. Maddeler) oluşmaktadır.

Tablo 176: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Maddeler	Madde Toplam Korelasyon	Madde Silinirse Cronbach's Alpha
m1	,713	,938
m2	,633	,938
m3	,753	,936
m4	,791	,936
m5	,658	,938
m6	,639	,938
m7	,751	,936
m8	,675	,937
m9	,730	,936
m10	,567	,939
m11	,568	,939
m12	,602	,938
m13	,588	,939
m14	,556	,939
m15	,636	,938
m16	,658	,938
m17	,553	,939
m18	,586	,939
m19	,565	,939
m20	,617	,938
m21	,503	,940
m22	,531	,940
m23	,570	,939

Güvenirlilik analizi için iç tutarlık analizi, madde güvenirliliği için madde-toplam puan korelasyonu kullanılmıştır (Tablo 26). Ölçek toplam puanları ile her bir maddeden elde edilen puanların bağıntı katsayılarının memnuniyet boyutu için 0.503-0.791 arasında olduğu ve madde puanlarının toplam puanla istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 187: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı

	Cronbach Alfa Katsayısı
Memnuniyet Boyutu Toplam	,941
Klinik bakım	,930
İlişkisel Bakım	,897
Hümanistik Bakım	,853
Rahatlatıcı Bakım	,796

Güvenirlilik çalışması sonuçlarına göre hasta katılımcıların Memnuniyet Boyutunda toplam puanlarının Cronbach Alfa katsayısı .941 düzeyindedir. Ayrıca memnuniyet boyutunda 4 alt ölçeğin alfa güvenirlik katsayıları Klinik bakım, İlişkisel Bakım, Hümanistik Bakım ve Rahatlatıcı Bakım için sırasıyla .930, .897, .853 ve .796 olarak saptanmıştır. Bu değerler memnuniyet boyutunda alt ölçeklerin iç tutarlılığının yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Tablo 27).

Ölçekten elde edilen puanların kararlılığı ve ölçeğin zamana karşı değişmezliği için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek 50 hastaya iki hafta ara ile uygulanmıştır.

Tablo 198: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları

	N	r	p	t	p
Memnuniyet Boyutu	50	,984	,000	1,869	,068
Klinik Bakım	50	,961	,000	4,516	,000
İlişkisel Bakım	50	,971	,000	-6,078	,000
Hümanistik Bakım	50	,957	,000	,814	,420
Rahatlatıcı Bakım	50	,937	,000	2,129	,038

Test-tekrar test korelasyon katsayısının memnuniyet boyutunda 0.984 olduğu görülmüştür. Memnuniyet boyutunda alt ölçeklerin test-tekrar test korelasyon katsayıları Klinik Bakım için 0.961, İlişkisel Bakım için 0.971, Hümanistik Bakım için 0.957 ve Rahatlatıcı Bakım için 0.937 olarak bulunmuştur (Tablo 28).

4.4.4. Hemşire Katılımcılarının Önemlilik Boyutuna Ait Veriler

Katılımcı hemşirelerin önemlilik boyutuna ait verilerinin faktör analizi için uygun olup olmadığı KMO katsayısı ve Bartlett küresellik testi ile incelenmiştir. KMO katsayısı veri matrisinin faktör çıkarma için ne kadar uygun olduğu ile ilgili bilgi verir. Faktör analizinin yapılabilmesi için KMO katsayısının 0.60'tan büyük olması gerekir. Bartlett küresellik testi ise değişkenler arasındaki kısmi korelasyonlara bakarak doğrusal ilişkiyi inceler. Bu çalışmanın verilerine ait testler Tablo 29'da verilmiştir.

Tablo 209: Hemşirelerin Önemlilik Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin ve Bartlett Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Testi		,928
Bartlett's Testi	Ki-kare	3492,036
	sd	253
	p	,000

Tablo 30: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları

Alt Ölçekler	Eigen Değeri	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Kümülatif Varyans
Klinik Bakım	5,486	23,852	23,852
İlişkisel Bakım	4,521	19,658	43,511
Hümanist Bakım	2,968	12,906	56,417
Rahatlatıcı Bakım	2,576	11,198	67,615

Tablo 30'da görüldüğü gibi önemlilik boyutunda dört alt ölçeğin açıkladığı toplam varyans miktarı %67,615'dur. Alt ölçeklerin açıkladıkları varyans miktarlarına bakıldığında sırasıyla, Klinik Bakım alt ölçeği varyansın %23,428'ini, İlişkisel Bakım alt ölçeği varyansın %19,659'unu, Hümanist Bakım alt ölçeği varyansın % 12,906'ını ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği varyansın % 11,198'ini açıklamaktadır.

Faktör analizi sonucunda belirlenen alt ölçeklere yerleşen maddelerin dağılımı ve faktör yükleri Tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 211: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Alt Ölçekler ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri

Maddeler	Alt Boyutlar			
	Klinik Bakım	İlişkisel Bakım	Hümanist Bakım	Rahatlatıcı Bakım
ö3	,797			
ö2	,785			
ö7	,735			
ö5	,714			
ö1	,706			
ö8	,697			
ö9	,683			
ö6	,682			
ö4	,629			
ö12		,791		
ö10		,774		
ö16		,761		
ö14		,757		
ö15		,752		
ö11		,705		
ö13		,555		
ö19			,801	
ö18			,798	
ö17			,781	
ö20			,681	
ö23				,821
ö22				,818
ö21				,807

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi Klinik Bakım alt ölçeği 9 maddeden (ö3, ö8, ö1, ö2, ö9, ö4, ö5, ö7, ö6. Maddeler), İlişkisel Bakım alt ölçeği 7 maddeden (ö13, ö12, ö15, ö14, ö10, ö16, ö11. Maddeler), Hümanist Bakım alt ölçeği 4 maddeden (ö20, ö19, ö17, ö18. Maddeler) ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği 3 maddeden (ö21, ö23, ö22. Maddeler) oluşmaktadır (Tablo 31).

Tablo 222: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları

	Madde Toplam Korelasyon	Cronbach's Alpha Madde Silinirse
ö1	,732	,939
ö2	,682	,940
ö3	,756	,939
ö4	,662	,940
ö5	,644	,940
ö6	,755	,939
ö7	,758	,939
ö8	,629	,941
ö9	,690	,940
ö10	,668	,940
ö11	,647	,941
ö12	,595	,941
ö13	,559	,942
ö14	,583	,941
ö15	,572	,941
ö16	,563	,942
ö17	,630	,941
ö18	,590	,941
ö19	,609	,941
ö20	,581	,942
ö21	,595	,941
ö22	,525	,942
ö23	,570	,942

Güvenirlilik analizi için iç tutarlık analizi, madde güvenirliliği için madde-toplam puan korelasyonu kullanılmıştır (Tablo 32). Ölçek toplam puanları ile her bir maddeden elde edilen puanların bağıntı katsayılarının önemlilik boyutu için 0.525-0.758 arasında olduğu ve madde puanlarının toplam puanla istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 233: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Önemlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı

	Cronbach Alfa Katsayısı
Önemlilik Boyutu Toplam	,943
Klinik bakım	,929
İlişkisel Bakım	,898
Hümanistik Bakım	,864
Rahatlatıcı Bakım	,863

Güvenirlilik çalışması sonuçlarına göre hemşirelerin Önemlilik Boyutunda toplam puanlarının Cronbach Alfa katsayısı .943 düzeyindedir. Ayrıca Önemlilik boyutunda 4 alt ölçeğin alfa güvenirlilik katsayıları Klinik bakım, İlişkisel Bakım, Hümanistik Bakım ve Rahatlatıcı Bakım için sırasıyla .929, .898, .864 ve .863 olarak saptanmıştır (Tablo 33). Bu değerler Hemşirelerden toplanan verilerde Önemlilik boyutunda alt ölçeklerin iç tutarlılığının yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Ölçekten elde edilen puanların kararlılığı ve ölçeğin zamana karşı değişmezliği için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek 50 hastaya iki hafta ara ile uygulanmıştır.

Tablo 244: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları

	N	r	p	t	p
Önemlilik Boyutu toplam	50	,820	,000	-,683	,498
Klinik Bakım	50	,899	,000	1,225	,227
İlişkisel Bakım	50	,664	,000	-3,189	,002
Hümanistik Bakım	50	,156	,278	,194	,847
Rahatlatıcı Bakım	50	,306	,030	-,237	,814

Hemşirelere uygulanan ölçeğin test-tekrar test korelasyon katsayısının önemlilik boyutunda 0.820 olduğu görülmüştür. Önemlilik boyutunda alt ölçeklerin test-tekrar test korelasyon katsayıları Klinik Bakım için 0.899, İlişkisel Bakım için 0.664, Hümanistik Bakım için 0.156 ve Rahatlatıcı Bakım için 0.306 olarak bulunmuştur (Tablo 34).

4.4.5. Hemşire Katılımcılarının Yeterlilik Boyutuna Ait Veriler

Hemşirelere ait yeterlilik boyutuna ait verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığı KMO katsayısı ve Bartlett küresellik testi ile incelenmiştir. KMO katsayısı veri matrisinin faktör çıkarma için ne kadar uygun olduğu ile ilgili bilgi verir. Faktör analizinin yapılabilmesi için KMO katsayısının 0.60'tan büyük olması gerekir. Bartlett küresellik testi ise değişkenler arasındaki kısmi korelasyonlara bakarak doğrusal ilişkiyi inceler. Bu çalışmanın verilerine ait testler Tablo 35'te verilmiştir.

Tablo 255: Hemşirelerin Yeterlilik Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Testi		,924
Bartlett's Testi	Ki-kare	3366,380
	sd	253
	p	,000

Tablo 266: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları

Alt Ölçekler	Eigen Değeri	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Kümülatif Varyans
Klinik Bakım	5,454	23,715	23,715
İlişkisel Bakım	4,515	19,630	43,344
Hümanist Bakım	2,940	12,784	56,128
Rahatlatıcı Bakım	2,398	10,426	66,554

Tablo 36’da görüldüğü gibi yeterlilik boyutunda dört alt ölçeğin açıkladığı toplam varyans miktarı % 66,554’dur. Alt ölçeklerin açıkladıkları varyans miktarlarına bakıldığında sırasıyla, Klinik Bakım alt ölçeği varyansın %23,715’ini, İlişkisel Bakım alt ölçeği varyansın %19,629’unu, Hümanist Bakım alt ölçeği varyansın % 12,784’ünü ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği varyansın % 10,426’ını açıklamaktadır.

Faktör analizi sonucunda belirlenen alt ölçeklere yerleşen maddelerin dağılımı ve faktör yükleri Tablo 37’de verilmiştir.

Tablo 277: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri

Maddeler	Alt Boyutlar			
	Klinik Bakım	İlişkisel Bakım	Hümanist Bakım	Rahatlatıcı Bakım
r3	,799			
r2	,774			
r7	,736			
r1	,730			
r5	,721			
r6	,687			
r9	,680			
r8	,669			
r4	,628			
r12		,789		
r10		,773		
r16		,765		
r14		,755		
r15		,754		
r11		,698		
r13		,560		
r18			,804	
r19			,803	
r17			,754	
r20			,682	
r23				,803
r22				,803
r21				,704

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi Hemşirelere uygulanan ölçeğin yeterlilik boyutunda, Klinik Bakım alt ölçeği 9 maddeden (r3, r8, r1, r2, r4, r9, r5, r7, r6. Maddeler), İlişkisel Bakım alt ölçeği 7 maddeden (r13, r15, r14, r16, r12, r10, r11. Maddeler), Hümanist Bakım alt ölçeği 4 maddeden (r20, r19, r17, r18. Maddeler) ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği 3 maddeden (r21, r23, r22. Maddeler) oluşmaktadır (Tablo 37).

Tablo 288: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları

	Madde Toplam Korelasyon	Cronbach's Alpha Madde Silinirse
r1	,732	,936
r2	,685	,937
r3	,750	,936
r4	,656	,938
r5	,640	,938
r6	,759	,936
r7	,758	,936
r8	,622	,938
r9	,692	,937
r10	,653	,938
r11	,630	,938
r12	,585	,939
r13	,558	,939
r14	,591	,939
r15	,568	,939
r16	,567	,939
r17	,618	,938
r18	,562	,939
r19	,586	,939
r20	,555	,939
r21	,578	,939
r22	,509	,940
r23	,529	,940

Güvenirlilik analizi için iç tutarlık analizi, madde güvenirliliği için madde-toplam puan korelasyonu kullanılmıştır (Tablo 38). Ölçek toplam puanları ile her bir maddeden elde edilen puanların bağıntı katsayılarının yeterlilik boyutu için 0.509-0.759 arasında olduğu ve madde puanlarının toplam puanla istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 299: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı

	Cronbach Alfa Katsayısı
Yeterlilik Boyutu Toplam	,941
Klinik bakım	,928
İlişkisel Bakım	,897
Hümanistik Bakım	,853
Rahatlatıcı Bakım	,807

Güvenirlilik çalışması sonuçlarına göre hemşirelerin Yeterlilik Boyutunda toplam puanlarının Cronbach Alfa katsayısı .941 düzeyindedir. Ayrıca yeterlilik boyutunda 4 alt ölçeğin alfa güvenirlilik katsayıları Klinik bakım, İlişkisel Bakım, Hümanistik Bakım ve Rahatlatıcı Bakım için sırasıyla .928, .897, .853 ve .807 olarak saptanmıştır. Bu değerler yeterlilik boyutunda alt ölçeklerin iç tutarlılığının yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Tablo 39).

Ölçekten elde edilen puanların kararlılığı ve ölçeğin zamana karşı değişmezliği için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek 50 hastaya iki hafta ara ile uygulanmıştır.

Tablo 40: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutunda Puan ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları

	N	r	p	t	p
Yeterlilik Boyutu	50	,250	,080	-,205	,838
Klinik Bakım	50	,123	,393	1,142	,259
İlişkisel Bakım	50	,306	,031	-2,256	,029
Hümanistik Bakım	50	,043	,766	,124	,902
Rahatlatıcı Bakım	50	,219	,127	-,586	,561

Test-tekrar test korelasyon katsayısının yeterlilik boyutunda 0.250 olduğu görülmüştür. Yeterlilik boyutunda alt ölçeklerin test-tekrar test korelasyon katsayıları Klinik Bakım için 0.123, İlişkisel Bakım için 0.306, Hümanistik Bakım için 0.043 ve Rahatlatıcı Bakım için 0.219 olarak bulunmuştur (Tablo 40).

4.4.6.Hemşire Katılımcılarının Uygulanabilirlik Boyutuna Ait Veriler

Hemşirelere ait uygulanabilirlik boyutuna ait verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığı KMO katsayısı ve Bartlett küresellik testi ile incelenmiştir. KMO katsayısı veri matrisinin faktör çıkarma için ne kadar uygun olduğu ile ilgili bilgi verir. Faktör analizinin yapılabilmesi için KMO katsayısının 0.60'tan büyük olması gerekir.

Bartlett küresellik testi ise değişkenler arasındaki kısmi korelasyonlara bakarak doğrusal ilişkiyi inceler. Bu çalışmanın verilerine ait testler Tablo 41’de verilmiştir.

Tablo 301: Hemşirelerin Uygulanabilirlik Boyutu Verilerine Ait Kaiser-Meyer-Olkin Ve Bartlett Testi Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin		,928
Bartlett's Testi	Ki-kare	3595,581
	sd	253
	p	,000

Tablo 312: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Açıkladıkları Toplam Varyans Miktarları

Alt Boyutlar	Eigen Değeri	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Kümülatif Varyans
Klinik Bakım	5,651	24,569	24,569
İlişkisel Bakım	4,646	20,202	44,771
Hümanist Bakım	2,947	12,812	57,583
Rahatlatıcı Bakım	2,555	11,109	68,692

Tablo 42’de görüldüğü gibi uygulanabilirlik boyutunda dört alt ölçeğin açıkladığı toplam varyans miktarı % 68,692’dir. Alt ölçeklerin açıkladıkları varyans miktarlarına bakıldığında sırasıyla, Klinik Bakım alt ölçeği varyansın %24,569’unu, İlişkisel Bakım alt ölçeği varyansın %20,202’sini, Hümanist Bakım alt ölçeği varyansın % 12,812’ünü ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği varyansın % 11,109’unu açıklamaktadır.

Faktör analizi sonucunda belirlenen alt ölçeklere yerleşen maddelerin dağılımı ve faktör yükleri Tablo 43’de verilmiştir.

Tablo 323: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Alt Ölçekler Ve Bu Ölçeklerde Yer Alan Maddelerin Yükleri

Maddeler	Alt Boyutlar			
	Klinik Bakım	İlişkisel Bakım	Hümanist Bakım	Rahatlatıcı Bakım
u2	,809			
u3	,789			
u7	,766			
u8	,755			
u1	,714			
u9	,706			
u5	,699			
u6	,696			
u4	,636			
u12		,810		
u11		,800		
u10		,772		
u14		,762		
u16		,752		
u15		,731		
u13		,612		
u18			,799	
u19			,794	
u17			,788	
u20			,679	
u21				,829
u22				,824
u23				,818

Yukarıdaki tabloda görüldüğü gibi, hemşireler için, uygulanabilirlik boyutunda, Klinik Bakım alt ölçeği 9 maddeden (u3, u8, u1, u2, u4, u9, u5, u7, u6. Maddeler), İlişkisel Bakım alt ölçeği 7 maddeden (u13, u15, u14, u16, u12, u10, u11. Maddeler), Hümanist Bakım alt ölçeği 4 maddeden (u20, u19, u17, u18. Maddeler) ve Rahatlatıcı Bakım alt ölçeği 3 maddeden (u21, u23, u22. Maddeler) oluşmaktadır (Tablo 43).

Tablo 334: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Madde-Toplam Puan Korelasyonları

	Madde Toplam Korelasyon	Cronbach's Alpha Madde Silinirse
u1	,729	,938
u2	,677	,939
u3	,750	,938
u4	,662	,939
u5	,635	,940
u6	,756	,938
u7	,748	,939
u8	,706	,939
u9	,687	,939
u10	,677	,939
u11	,588	,941
u12	,558	,941
u13	,541	,941
u14	,573	,941
u15	,559	,941
u16	,556	,941
u17	,631	,940
u18	,590	,941
u19	,619	,940
u20	,579	,941
u21	,607	,940
u22	,528	,942
u23	,571	,941

Güvenirlilik analizi için iç tutarlık analizi, madde güvenirliliği için madde-toplam puan korelasyonu kullanılmıştır (Tablo 44). Ölçek toplam puanları ile her bir maddeden elde edilen puanların bağıntı katsayılarının uygulanabilirlik boyutu için 0.528-0.756 arasında olduğu ve madde puanlarının toplam puanla istatistiksel olarak anlamlı bir düzeyde ve pozitif yönde ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 345: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının İç Tutarlılığı

	Cronbach Alfa Katsayısı
Uygulanabilirlik Boyutu Toplam	,942
Klinik bakım	,933
İlişkisel Bakım	,903
Hümanistik Bakım	,865
Rahatlatıcı Bakım	,876

Güvenirlilik çalışması sonuçlarına göre hemşirelerin Uygulanabilirlik Boyutunda toplam puanlarının Cronbach Alfa katsayısı .942 düzeyindedir. Ayrıca uygulanabilirlik boyutunda 4 alt ölçeğin alfa güvenirlik katsayıları Klinik bakım, İlişkisel Bakım, Hümanistik Bakım ve Rahatlatıcı Bakım için sırasıyla .933, .903, .865 ve .876 olarak saptanmıştır. Bu değerler uygulanabilirlik boyutunda alt ölçeklerin iç tutarlılığının yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Tablo 45).

Ölçekten elde edilen puanların kararlılığı ve ölçeğin zamana karşı değişmezliği için test-tekrar test yöntemi kullanılmıştır. Ölçek 50 hastaya iki hafta ara ile uygulanmıştır.

Tablo 356: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutunda Puan Ve Alt Ölçek Puanlarının Test-Tekrar Test Karşılaştırmaları

	N	r	p	t	p
Uygulanabilirlik Boyutu	50	,779	,000	,266	,792
Klinik Bakım	50	,191	,185	1,276	,208
İlişkisel Bakım	50	,685	,000	-2,323	,024
Hümanistik Bakım	50	,872	,000	1,347	,184
Rahatlatıcı Bakım	50	,910	,000	-,962	,341

Test-tekrar test korelasyon katsayısının uygulanabilirlik boyutunda 0.779 olduğu görülmüştür. Uygulanabilirlik boyutunda alt ölçeklerin test-tekrar test korelasyon katsayıları Klinik Bakım için 0.191, İlişkisel Bakım için 0.685, Hümanistik Bakım için 0.872 ve Rahatlatıcı Bakım için 0.910 olarak bulunmuştur (Tablo 46).

4.5. Doğrulayıcı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Ölçeğin Türkçe formunun yapı geçerliğine ilişkin kanıtlar öncelikle açıklayıcı, ardından doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile test edilmiştir. Türkçe formunun faktör yapısının orijinal ölçeğin faktör yapısına uygunluğu ayrıca DFA ile incelenmiştir. Analizde maksimum olabilirlik tekniği kullanılmıştır. Öncelikle orijinal ölçekte belirtilen üç boyut için dört alt ölçekli model için uyum istatistikleri hesaplanmıştır. Ölçeğin hemşire versiyonunda önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları ve hasta versiyonunda önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutları için ayrı ayrı doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. DFA sonuçları her bir boyut için ayrı ayrı sunulacaktır. Doğrulayıcı faktör analizinde test edilen yapının orijinal ölçeğin yapısına uygunluğunun yeterliğinin belirlenmesi için kullanılan birkaç uyum indeksi vardır. Bu çalışmada rapor edilecek olan uyum indeksleri ve kabul edilebilir değerler Tablo 47’de verilmiştir.

Tablo 367: Uyum iyiliği indeksleri ve kabul edilebilir değerleri

İndeksler	Açıklama	Kesme Noktaları
χ^2/sd oranı	Ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölünmesi ile elde edilir.	İyi uyum için 3’ün altında olmalıdır. Kabul edilebilir uyum için ise değer 5’in altında olmalıdır.
RMSEA	Ortalama hataların karekök ortalamasıdır.	İyi uyum için değer .05’in altında olmalıdır. Kabul edilebilir uyum için değer .05-.08 arasında olması gerekir.
CFI	Karşılaştırmalı Uyum İndeksi	CFI için .95 üzeri iyi uyumu, .90-.95 arası kabul edilebilir uyumu gösterir.
GFI	Uyum iyiliği indeksi	
AGFI	Düzeltilmiş uyum iyiliği indeksi	AGFI ve GFI değerleri .95 üzeri mükemmel uyumu, .90-.95 arası iyi uyumu gösterir. AGFI için .85 ve üzeri kabul edilebilir uyumu gösterir (100, 111).

4.5.1.Hemşire Katılımcılarının Önemlilik Boyutuna Ait Veriler

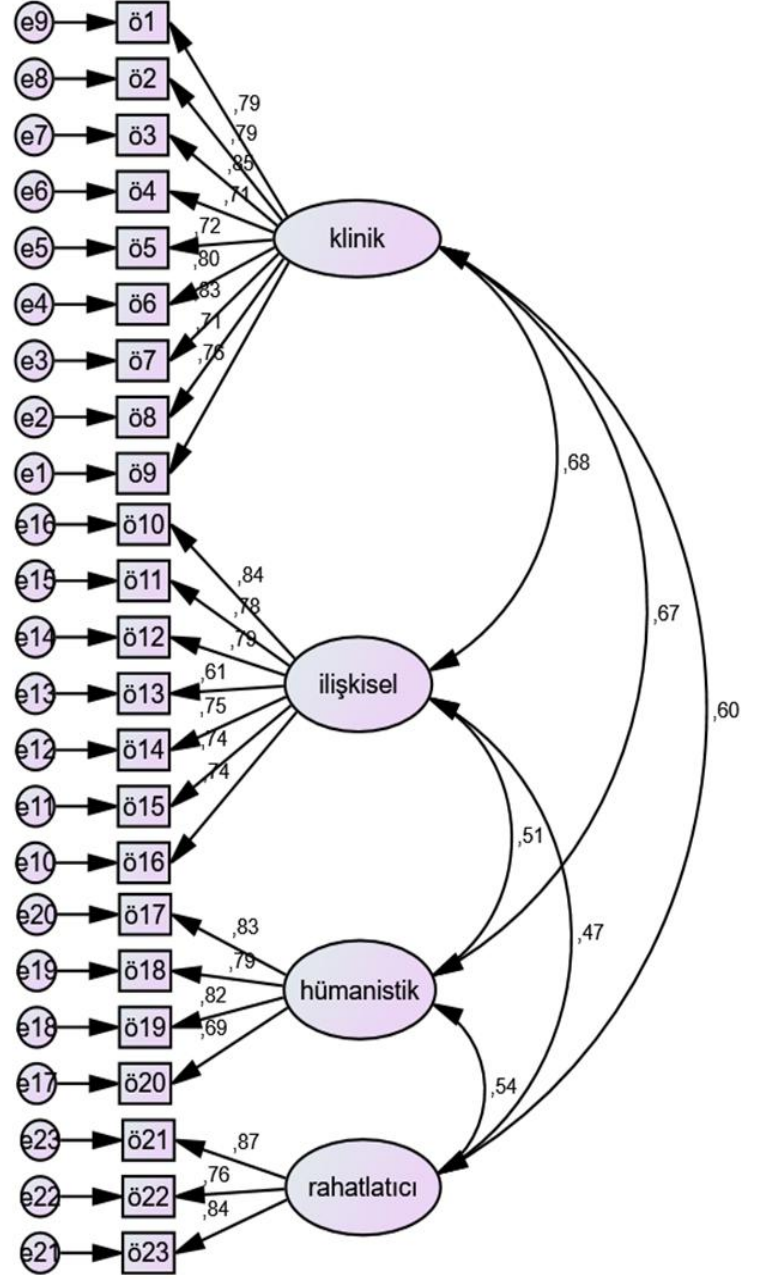
Hemşirelere uygulanan ölçekten elden edilen veriler doğrulayıcı faktör analizi sonucunda önemlilik boyutunda $\chi^2 /sd=1,85$ değeri başta olmak üzere kabul edilebilir sınırlar içerisinde olan uyum indeks değerleri (RMSEA=,061, CFI=,944, GFI=,86, AGFI=,83 RFI=,87) modelin iyi uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. RMSEA değerinin anlamlı ve 0.08'den küçük olması (.061, $p<.05$) iyi bir uyumun olduğunu göstermektedir (Tablo 48).

Tablo 378: Hemşire Verilerine Göre Önemlilik Boyutu İçin DFA Uyumluluk Değerleri

İndeks	Değer
Ki-kare/sd	1,85
RMSEA	,061
CFI	,944
RFI	,871
GFI	,868
AGFI	,838

Hemşirelere uygulanan ölçekten elde edilen veriler incelendiğinde önemlilik boyutunda bulunan maddelerin kendi boyutu ile olan standart faktör yükleri (yol katsayıları) 0.61-0.87 arasında bulunmuştur. Önemlilik boyutunda maddelerin standart faktör yükleri ve dört alt ölçek arasındaki korelasyonlar Şekil 1'de verilmiştir. Oklar üzerindeki sayılar faktör yüklerini ve alt ölçekler arasındaki korelasyonları göstermektedir.

Şekil 1: Hemşirelere Ait Önemlilik Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar



4.5.2.Hemşire Katılımcılarının Yeterlilik Boyutuna Ait Veriler

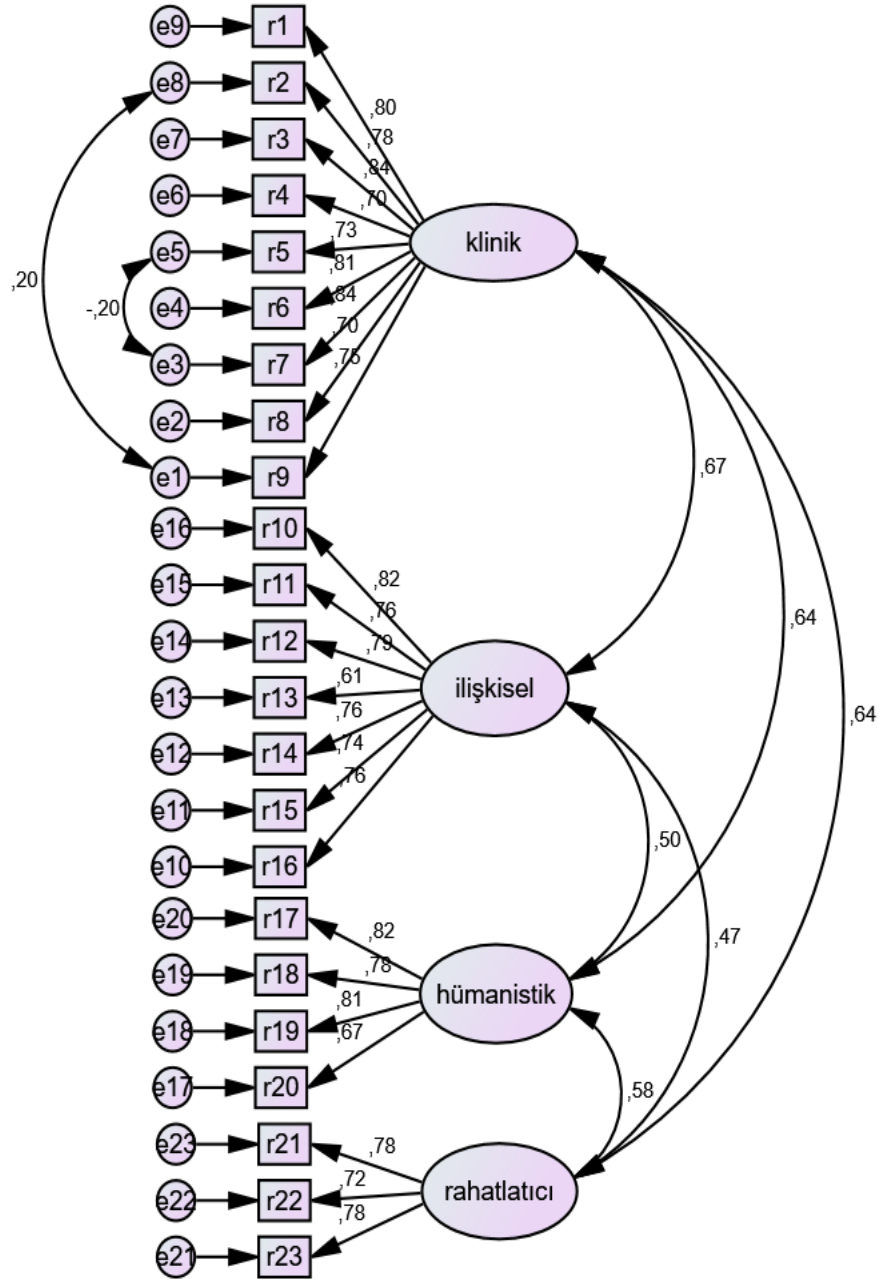
Hemşirelere uygulanan ölçekten elden edilen veriler doğrulayıcı faktör analizi sonucunda yeterlilik boyutunda $\chi^2 /sd=1,92$ değeri başta olmak üzere kabul edilebilir sınırlar içerisinde olan uyum indeks değerleri (RMSEA=,064, CFI=,937, GFI=,86, AGFI=,83 RFI=,86) modelin iyi uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. RMSEA değerinin anlamlı ve 0.08'den küçük olması (.064, $p<.05$) iyi bir uyumun olduğunu göstermektedir (Tablo 49).

Tablo 389: Hemşire Verilerine Göre Yeterlilik Boyutu İçin DFA Uyumluluk Değerleri

İndeks	Değer
Ki-kare/sd	1,92
RMSEA	,064
CFI	,937
RFI	,861
GFI	,867
AGFI	,835

Hemşirelere uygulanan ölçekten elde edilen veriler incelendiğinde yeterlilik boyutunda bulunan maddelerin kendi boyutu ile olan standart faktör yükleri (yol katsayıları) 0.61-0.84 arasında bulunmuştur. Yeterlilik boyutunda maddelerin standart faktör yükleri ve dört alt ölçek arasındaki korelasyonlar Şekil 2'de verilmiştir. Oklar üzerindeki sayılar faktör yüklerini ve alt ölçekler arasındaki korelasyonları göstermektedir.

Şekil 2: Hemşirelere Ait Yeterlilik Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar



4.5.3.Hemşire Katılımcılarının Uygulanabilirlik Boyutuna Ait Veriler

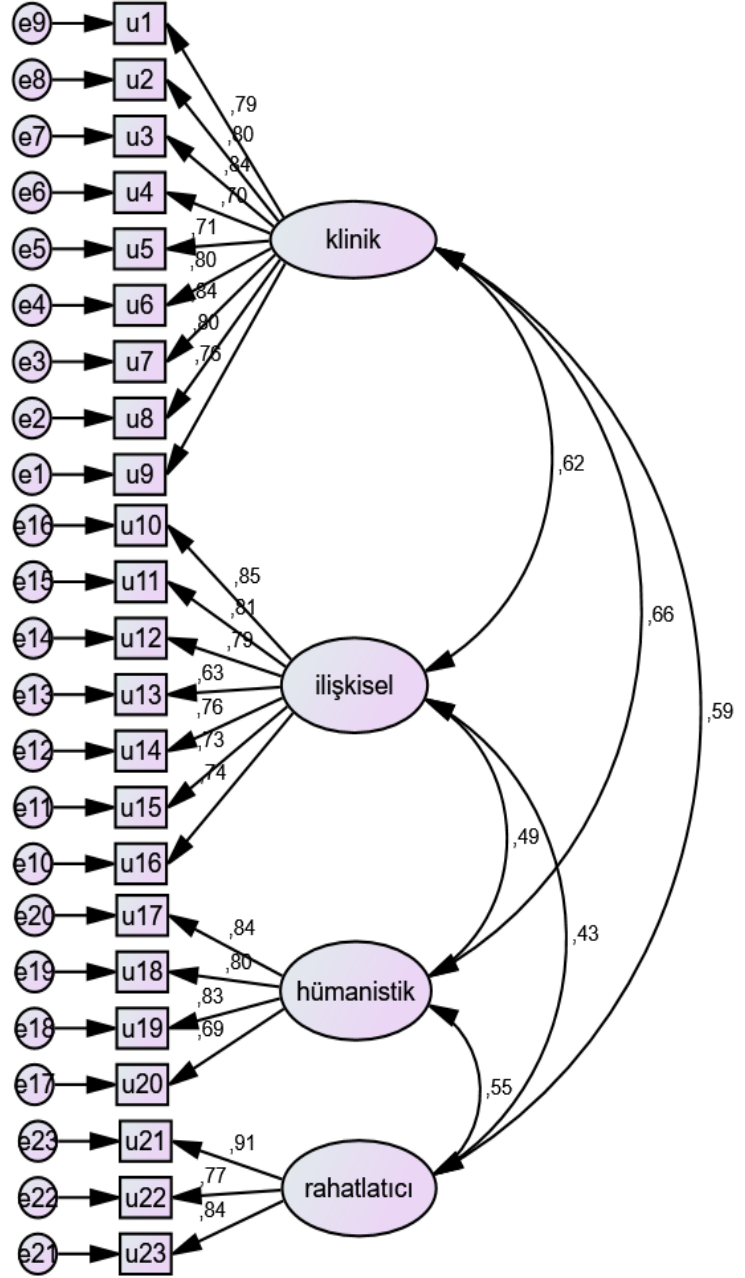
Hemşirelere uygulanan ölçekten elden edilen veriler doğrulayıcı faktör analizi sonucunda uygulanabilirlik boyutunda $\chi^2 /sd=1,75$ değeri başta olmak üzere kabul edilebilir sınırlar içerisinde olan uyum indeks değerleri (RMSEA=,057, CFI=,952, GFI=,87, AGFI=,84 RFI=,88) modelin iyi uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. RMSEA değerinin anlamlı ve 0.08'den küçük olması (.057, $p<.05$) iyi bir uyumun olduğunu göstermektedir (Tablo 50).

Tablo 50: Hemşire Verilerine Göre Uygulanabilirlik Boyutu İçin DFA Uyumluluk Değerleri

İndeks	Değer
Ki-kare/sd	1,75
RMSEA	,057
CFI	,952
RFI	,882
GFI	,877
AGFI	,849

Hemşirelere uygulanan ölçekten elde edilen veriler incelendiğinde uygulanabilirlik boyutunda bulunan maddelerin kendi boyutu ile olan standart faktör yükleri (yol katsayıları) 0.61-0.84 arasında bulunmuştur. Uygulanabilirlik boyutunda maddelerin standart faktör yükleri ve dört alt ölçek arasındaki korelasyonlar Şekil 3'de verilmiştir. Oklar üzerindeki sayılar faktör yüklerini ve alt ölçekler arasındaki korelasyonları göstermektedir.

Şekil 3: Hemşirelere Ait Uygulanabilirlik Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar



Hemşirelerden toplanan verilerin analizi sonucunda BOHHEÖ-Kısa Formu'nun üç boyutta ve tüm alt ölçeklerde uyum değerlerinin istendik düzeyde olduğu ve uyumun iyi olduğu saptanmıştır. BOHHEÖ-Kısa Formundaki tüm maddelerinin doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen yükleri 0.30'un üzerinde bulunmuştur.

4.5.4.Hasta Katılımcılarının Önemlilik Boyutuna Ait Veriler

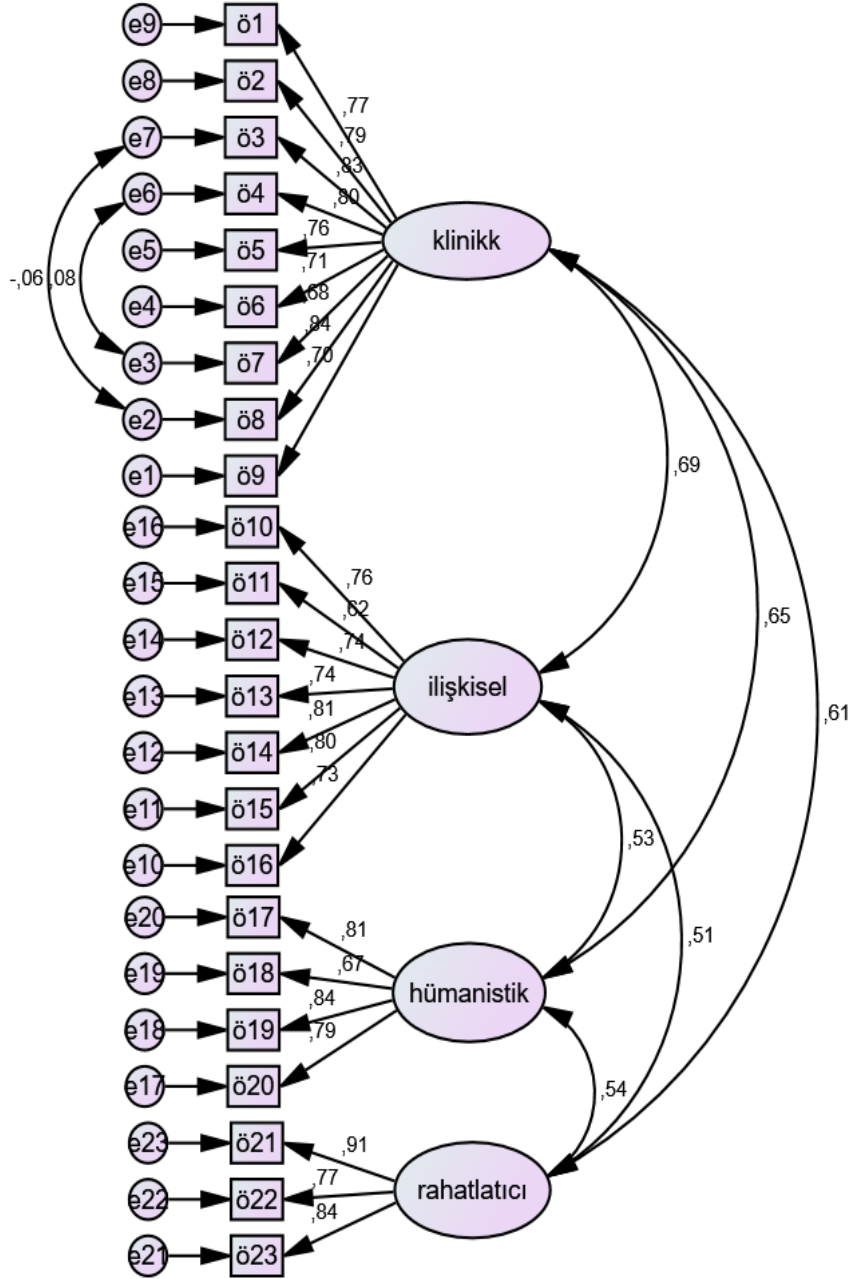
Hastalara uygulanan ölçekten elden edilen veriler doğrulayıcı faktör analizi sonucunda önemlilik boyutunda $\chi^2 /sd=1,84$ değeri başta olmak üzere kabul edilebilir sınırlar içerisinde olan uyum indeks değerleri (RMSEA=,060, CFI=,944, GFI=,87, AGFI=,84 RFI=,87) modelin iyi uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. RMSEA değerinin anlamlı ve 0.08'den küçük olması (.060, $p<.05$) iyi bir uyumun olduğunu göstermektedir (Tablo 51).

Tablo 391: Hasta Verilerine Göre Önemlilik Boyutu İçin DFA Uyumluluk Değerleri

İndeks	Değer
Ki-kare/sd	1,84
RMSEA	,060
CFI	,944
RFI	,870
GFI	,873
AGFI	,842

Hastalara uygulanan ölçekten elde edilen veriler incelendiğinde önemlilik boyutunda bulunan maddelerin kendi boyutu ile olan standart faktör yükleri (yol katsayıları) 0.62-0.91 arasında bulunmuştur. Önemlilik boyutunda maddelerin standart faktör yükleri ve dört alt ölçek arasındaki korelasyonlar Şekil 4'de verilmiştir. Oklar üzerindeki sayılar faktör yüklerini ve alt ölçekler arasındaki korelasyonları göstermektedir.

Şekil 4: Hastalara Ait Önemlilik Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar



4.5.5.Hasta Katılımcılarının Sıklık Boyutuna Ait Veriler

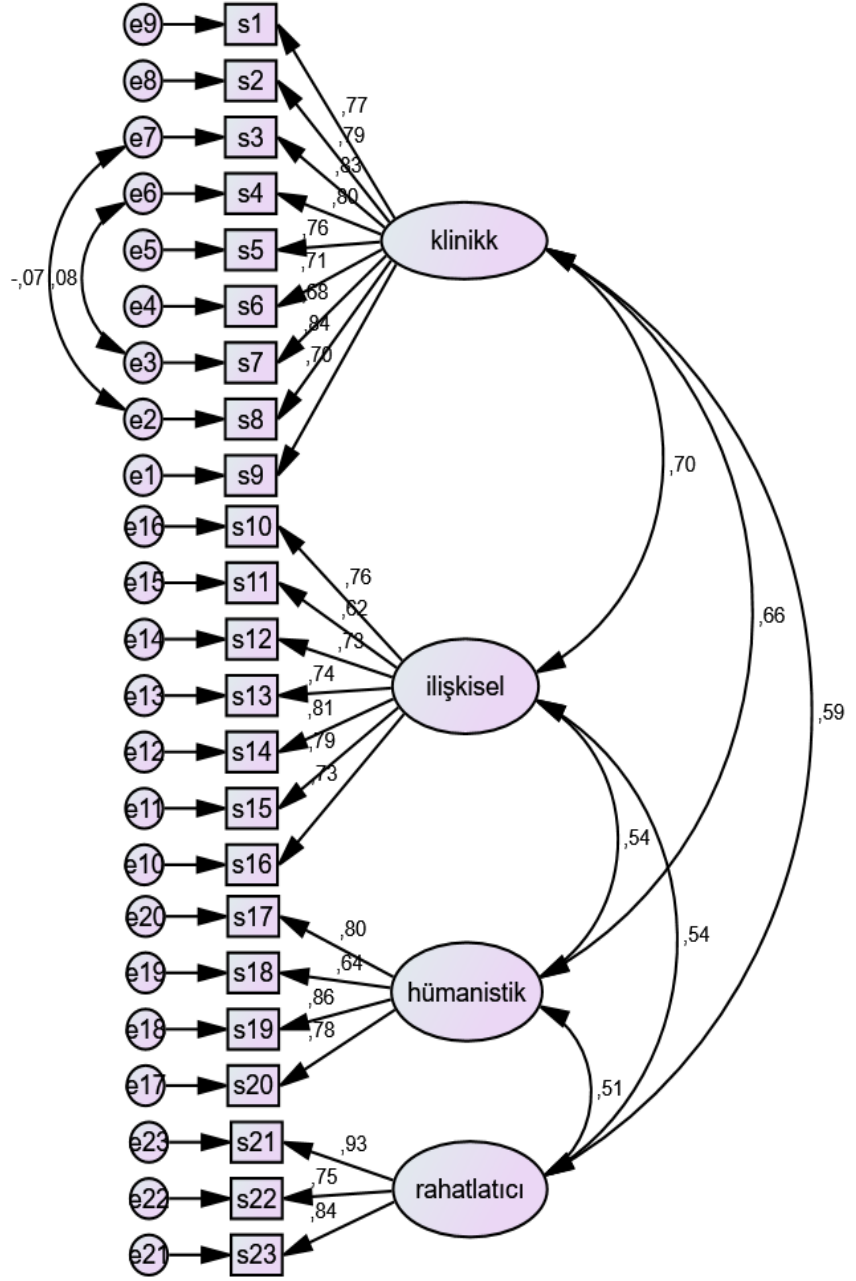
Hastalara uygulanan ölçekten elden edilen veriler doğrulayıcı faktör analizi sonucunda sıklık boyutunda $\chi^2 /sd=1,74$ değeri başta olmak üzere kabul edilebilir sınırlar içerisinde olan uyum indeks değerleri (RMSEA=,057, CFI=,95, GFI=,88, AGFI=,85 RFI=,87) modelin iyi uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. RMSEA değerinin anlamlı ve 0.08'den küçük olması (.057, $p<.05$) iyi bir uyumun olduğunu göstermektedir (Tablo 52).

Tablo 402: Hasta Verilerine Göre Sıklık Boyutu İçin DFA Uyumluluk Değerleri

İndeks	Değer
Ki-kare/sd	1,74
RMSEA	,057
CFI	,950
RFI	,876
GFI	,880
AGFI	,851

Hastalara uygulanan ölçekten elde edilen veriler incelendiğinde sıklık boyutunda bulunan maddelerin kendi boyutu ile olan standart faktör yükleri (yol katsayıları) 0.62-0.93 arasında bulunmuştur. Sıklık boyutunda maddelerin standart faktör yükleri ve dört alt ölçek arasındaki korelasyonlar Şekil 5'te verilmiştir. Oklar üzerindeki sayılar faktör yüklerini ve alt ölçekler arasındaki korelasyonları göstermektedir.

Şekil 5: Hastalara Ait Sıklık Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar



4.5.6.Hasta Katılımcılarının Memnuniyet Boyutuna Ait Veriler

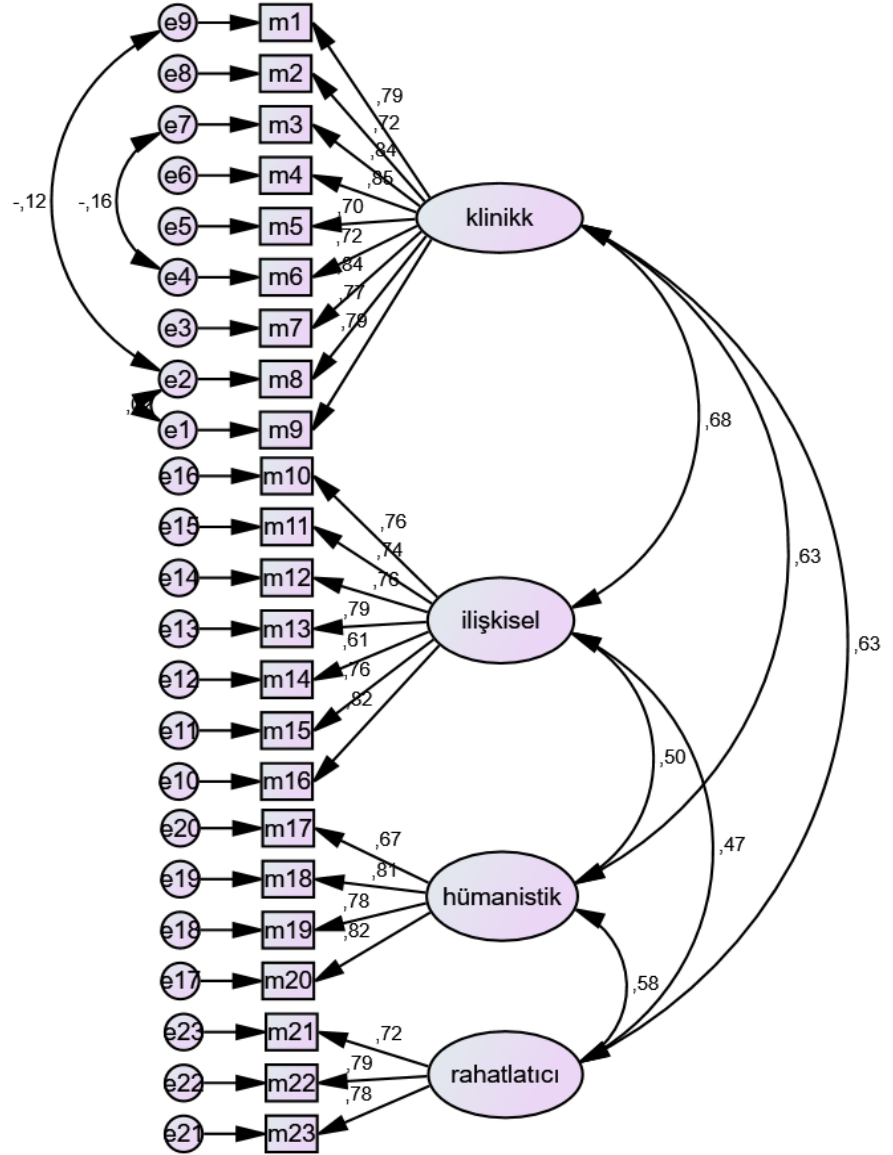
Hastalara uygulanan ölçekten elden edilen veriler doğrulayıcı faktör analizi sonucunda memnuniyet boyutunda $\chi^2 /sd=1,88$ değeri başta olmak üzere kabul edilebilir sınırlar içerisinde olan uyum indeks değerleri (RMSEA=,062, CFI=,941, GFI=,87, AGFI=,83 RFI=,86) modelin iyi uyum gösterdiğini ortaya koymuştur. RMSEA değerinin anlamlı ve 0.08'den küçük olması (.062, $p<.05$) iyi bir uyumun olduğunu göstermektedir (Tablo 52).

Tablo 413: Hasta Verilerine Göre Memnuniyet Boyutu İçin DFA Uyumluluk Değerleri

İndeks	Değer
Ki-kare/sd	1,88
RMSEA	,062
CFI	,941
RFI	,866
GFI	,870
AGFI	,838

Hastalara uygulanan ölçekten elde edilen veriler incelendiğinde memnuniyet boyutunda bulunan maddelerin kendi boyutu ile olan standart faktör yükleri (yol katsayıları) 0.61-0.87 arasında bulunmuştur. Memnuniyet boyutunda maddelerin standart faktör yükleri ve dört alt ölçek arasındaki korelasyonlar Şekil 6'da verilmiştir. Oklar üzerindeki sayılar faktör yüklerini ve alt ölçekler arasındaki korelasyonları göstermektedir.

Şekil 6: Hastalara Ait Memnuniyet Boyutundaki Maddelerin Yük Değerleri Ve Alt Ölçekler Arasındaki Korelasyonlar



Hastalardan toplanan verilerin analizi sonucunda BOHHEÖ-Kısa Formu'nun üç boyutta ve tüm alt ölçeklerde uyum değerlerinin istendik düzeyde olduğu ve uyumun iyi olduğu saptanmıştır. BOHHEÖ-Kısa Formundaki tüm maddelerinin doğrulayıcı faktör analizinde elde edilen yükleri 0.30'un üzerinde bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada daha önce Watson'ın 10 iyileştirme bakım faktörüyle ilgili tutum ve davranışları değerlendirmek için geliştirilen 70 maddelik Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğinin uzunluğunun ağır hastalarla yapılan klinik araştırma ortamında anketin yapılmasının zor olmasından dolayı geliştirilen kısa formunun (4) Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. İlk olarak açımlayıcı faktör analizi kullanılmış ve her iki ölçeğin dört bakım faktörünü kapsayan 23 maddeden oluşan kısa formunun yapı geçerliğinin sağlandığı görülmüştür. Bu çalışmada ayrıca doğrulayıcı faktör analizi kullanılmış ve Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğinin-Kısa formunun yapı geçerliliği için uyumluluk değerleri hesaplanmıştır. GFI, AGFI ve RFI değerleri Hu ve Bentler (1999) ve Marsh ve ark. (2004) tarafından önerilen kabul edilebilir seviyelere ulaşırken ki-kare/sd, RMSEA ve CFI değerleri kesme noktasının üstündedir (113,114). Bu nedenle, modelin örneklem verilerine ölçeğin gelişiminin şu anki aşamasında uygun olduğuna karar verilmiştir.

Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri için veriler 230 hasta ve hemşireden elde edilmiştir. Faktör analizlerini kullanmak için gerekli olan örneklem büyüklüğüne ulaşılmıştır.

Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğinin-Kısa Formunun teorik yapısı, literatürde bulunan diğer ölçeklerle benzerlik ve farklılıklara sahiptir. Klinik bakım alanı diğer çoğu ölçek ile benzerdir (115, 116, 117). Klinik bakım, tek bir bakım alanı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu durum klinik becerilerin bakım ilişkisinin temelini oluşturmasının önemini vurgular. Diğer bakım alanları ile ilgili olarak Bakım Davranışları Değerlendirmesi (118) ve Yaşlılar için Bakım Davranışları Envanteri (117) gibi Watson'ın bakım teorisine dayanan ölçekler ile yakın benzerlikler vardır. İlişkisel bakım alt ölçeği, Bakım Davranışları Değerlendirme ölçeğindeki varlık boyutuna; Yaşlılar için Bakım Davranışları Envanterindeki "insan varlığının güvencesi" ve "pozitif ilişkisel bağlantı" boyutlarına benzer. Üç maddeden oluşan "rahatlatıcı bakım" alt ölçeği, Bakım Davranışları Değerlendirme ölçeğindeki "destek" ve Yaşlılar için Bakım Davranışları Envanterinde "dikkat" alt boyutlarına benzer. Rahatlatma uzun zamandır hemşirelikte önemli bir kavramdır (119). Son olarak, bakım veren kişinin

temel duruşuna atıfta bulunan “hümanist bakım” alt ölçeği Bakım Davranışı Değerlendirme ölçeğindeki “duyarlılık” Yaşlıların Bakım Davranışları Envanterindeki “diğerlerine saygılı bir şekilde davranma” alt boyutlarına benzer. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi-Kısa Ölçeğinin dört faktörünün Stanfield (1991) tarafından geliştirilen Bakım Davranışları Değerlendirme (CBA) ölçeği ile neredeyse birebir örtüştüğu görülebilir (118).

Sonuç olarak, Watson’ın teorisine dayalı olan ve klinik araştırmalarda kullanılabilecek daha kısa bir ölçek sunmak amacıyla Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi – Kısa Ölçeği geliştirilmiştir. Bakımın ölçülmesinin amacı, hastaların sağlık sonuçları üzerindeki çeşitli bakım yöntemlerinin etkisini göstermektir.

Bu bölümde öncelikle Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hasta Versiyonu Kısa Formu ve Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hemşire Versiyonu Kısa Formu’nun dil eşdeğerlik çalışmalarına ilişkin bulgular tartışılmıştır. Ardından ölçeğin hemşire ve hasta versiyonlarına ait geçerlik ve güvenirlilik bulguları tartışılmıştır. Versiyonlara ait üçer boyutun tartışması ise tekrar olmaması açasından birlikte yapılmıştır.

5.1. Ölçeklerin Dil Eşdeğerlik Çalışmalarına İlişkin Tartışma ve Sonuç

Ölçeklerin farklı kültürlerde ve dillerde aynı anlamı iletmeleri beklenir. Böylece ölçek maddelerinin anlaşılması ve aynı türden tepkilerin ortaya çıkarılması sağlanır. Aksi takdirde güvenilir ve geçerli sonuçlar elde etmek ve bunları karşılaştırmak mümkün olmayacaktır. Ölçekleri başka dillere çevirmek ve kültürel olarak uygun hale getirmek hem dilsel hem de kültürel uyarlama gerektirir.

Kültür, insan düşüncesi, duygu ve etkileşimi yapılandıran bir ađ olarak hizmet eder. Kültürler ve alt kültürler sadece ulusal, bölgesel veya etnik köken, soy, göç durumu gibi etkenlere göre değil aynı zamanda yaşa, cinsiyete ve sosyal sınıfa göre de değişir (120).

Kültürel eşitlik sağlanabilmesi için sistematik bir çeviri ve ölçek uyarlama sürecinin takip edilmesi gerekmektedir. Bir ölçeğin yetersiz tercümesi ve uyarlanmasının, çevrilen ölçeğin orijinal dilinde güvenilirliğine kıyasla daha düşük güvenilirliğe yol açabileceğine dair kanıtlar vardır (121). Dilbilimsel eşdeğerliği sağlamak bu kapsamlı süreçte ilk adımdır. Kültürel eşdeğerliği sağlamak için ölçeği “anlamsal”, “içerik”, “teknik”, “ölçüt” ve “kavramsal” eşdeğerlik boyutlarında değerlendiren bir çeviri ve uyarlama modeli kullanılmalıdır (122). Anlamsal eşdeğerlik her kültürdeki bir ögenin benzer anlamı ile sağlanır. İçerik eşdeğerliği kültürel olarak anlamlı içerik ile sağlanır. Orijinal ve çevrilmiş versiyonun karşılaştırılabilir veriler vermesi şartına göre teknik eşdeğerlik, benzer değerlendirme ve sonuçların yorumlanmasında kriter eşdeğerliği ve farklı kültürlerde değerlendirilen teorik yapının benzerliğine kavramsal eşdeğerlik sağlanmış olur. Bu çalışmada çevirinin kültürel eşdeğerliğinin sağlanması için farklı uzmanlar tarafından Türkçe’ye çevrilen form, tekrar İngilizceye çevrilmiş, sonrasında orijinal ölçek ile yeniden çevrilmiş ölçek maddelerinin eşdeğer olduğu, ölçeği geliştiren uzmanca onaylanmıştır.

Ölçeğin hem zaman içindeki (genellikle iki hafta arayla iki uygulama) hem de iç tutarlılık güvenilirliğinin olduğunu göstermek gereklidir. Ölçeğin dil eşdeğerliği için uzman değerlendirmesi yoluna gidilmiştir. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği-Kısa Formu’nun hastalar ve hemşireler için olan türleri birbirinin aynısı olup, sadece özne ifadeleri değişmektedir. Her iki ölçek için aynı uzmanlardan görüş alınmıştır. Uzmanlardan elde edilen veriler kapsam geçerlik indeksi ile değerlendirilmiştir. Kapsam geçerlik indeksi (KGİ), kapsam geçerlik ölçütüne (KGÖ) eşit veya KGÖ’nden büyük olması gerekir. KGİ, kapsam geçerlik ölçütünden her iki ölçekte de büyük olduğu için (0,93>0,80; p<.05) (0,97>0,80; p<.05) ölçeklerin kapsam geçerliği istatistiksel olarak anlamlıdır (112).

Bu değerlendirme sonucunda ölçeğin hemşire ve hasta formlarının dil eşdeğerliğinin sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır.

5.2. Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hemşire Versiyonu Kısa Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Tartışma ve Sonuç

Ölçek uyarlama çalışmalarında, ölçeğin yapı geçerliğinin tespit edilmesinde doğrulayıcı faktör analizinden tek başına faydalanılabildiği gibi açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizleri birlikte de kullanılabilir. Açımlayıcı faktör analizi, ölçek geliştirme çalışmalarında, bir ölçeğin ilk yapısının ortaya konmasında tercih edilir. Açımlayıcı faktör analizi, ölçülecek olan değişkenin farklı ama ilk anda fark edilemeyen boyutlarını ortaya koymak ve varsa faktörleri belirlemek amacıyla yapılan keşfedici bir analizdir (123). Doğrulayıcı faktör analizi ise önceden bilinen veya araştırmacı tarafından ortaya koyulmuş faktör yapısının doğruluğunu test etmek amacıyla kullanılır (124, 125). Ölçek uyarlama çalışmalarında test edilen yapı, orijinal ölçeğe ait olanlardır. Kültüre uyarlama çalışmalarında, farklı bir kültürde geliştirilen ölçeğin yeni kültürde farklı anlaşılma ihtimalinden kaynaklı olarak tıpkı yeni bir ölçek geliştiriliyor gibi öncelikle açımlayıcı faktör analizi yapılması uygun görülmüştür.

Açımlayıcı faktör analizlerinden öncelikle örneklemden elde edilen verilerin faktör analizi için uygun olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), verilerin çok değişkenli normal dağılımdan gelip gelmediğini kontrol etmek için Barlett Küresellik Testi yapılır. Doğrulayıcı faktör analizi yapmak için KMO değerinin en az 0,60 ve Bartlett's test sonucunda ise p değerinin 0,05'den küçük olması gerekmektedir (126). Ölçeğin önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları için KMO değerleri sırasıyla 0,928, 0,924 ve 0,928 olarak tespit edilmiştir. Bu değerlerin 0,60'dan oldukça yüksek olması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Her üç boyut için Bartlett's testi sonucu 0,01'den küçük olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini göstermektedir. Her iki sonuç verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Açımlayıcı faktör analizinde alt boyutların veya faktörlerin ortaya koyulmasında faydalanılan tekniklerden birisi Eigen değeridir (özdeğer) (127). Eigen değeri 1'in üzerinde olan boyutlar faktör analizine dâhil edilir (127, 128). İlk geliştirilen ölçeklerde faktör sayısı için sınırlama koyulmazken, uyarlama çalışmalarında faktör için orijinal ölçeğin faktör sayısına göre bir sınır koyulabilir. Bu çalışmada faktör sayısı konusunda herhangi bir sınırlama yapılmamıştır. Ölçeğin önemlilik boyutunda 1'in üzerinde olan

eigen değerleri 5,486-2,576 arasında, yeterlilik boyutunda 5,454-2,398 arasında, uygulanabilirlik boyutunda 5,651-2,555 arasında tespit edilmiştir. Üç boyut için de eigen ile tespit edilen alt boyut sayısı dört olup bu sayı orijinal ölçekle aynıdır.

Ölçek geliştirme veya uyarlama çalışmalarında, eigen değeri 1'in üzerinde olan faktörlerin varyans değerlerinin toplamının yüzde 60 üzerinde olması gerekir. Bu değer yüzde 40'a kadar indirilebilir. Bu değerin yükselmesi faktör yapısının güçlü olduğunu gösterir (127,129). Önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları toplam varyans değerleri sırasıyla 67,615, 66,554 ve 68,692 olarak tespit edilmiştir. Değerlerin üçünün de 0,60 üzerinde olması ölçeklerin faktör yapılarının güçlü olduğunu göstermektedir.

Açımlayıcı faktör analizinde sıradaki işlem ölçek maddelerinin faktörlere dağılımının tespit edilmesidir. Bu amaçla sıklıkla önerilen ve kullanılan teknik Varimax dik döndürme analizidir (127). Bu çalışmada ölçek maddelerinin faktörlere dağılımının tespit edilmesinde Varimax dik döndürme tekniğinden faydalanılmıştır. Bu uygulama sonrasında önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında maddelerin tıpkı orijinal ölçekte olduğu gibi alt boyutlara ayrıldığı görülmüştür. Oluşan boyutların isimleri "Klinik Bakım", "İlişkisel Bakım", "Hümanist Bakım" ve "Rahatlatıcı Bakım"dır.

Varimax dik döndürme analizinde birden fazla alt boyutla yük değere sahip ölçek maddelerine ait faktör yük değerleri arasında 0,10'dan büyük fark olması gerekir. Bu farkın daha küçük olduğu durumlarda madde ölçekten atılır (128). Çalışmada önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutlarında çok az maddenin birden fazla boyutta faktör yük değerine sahip olduğu gözlenmiştir. Bu maddelerin tamamında fark 0,10'dan büyüktür. Varimax dik döndürme analizinde ayrıca madde faktör yük değerlerinin 0,40'dan büyük olması gerekmektedir (126). Bu çalışmada tüm maddelerin 0,40'tan büyük olduğu tespit edilmiştir. Önemlilik boyutunda en küçük değer 0,555, yeterlilik boyutunda 0,560, uygulanabilirlik boyutunda ise 0,612'dir. Görüleceği üzere değerler alt sınır olan 0,40'ın oldukça üzerindedir.

Ölçeğin hem geçerliği hem de güvenilirliği için madde toplam korelasyonları ve maddenin silinmesi durumunda Cronbach alfa katsayısının alacağı değer hesaplanmıştır. Madde toplam korelasyonu, her bir maddenin ölçeğin bütünü veya alt boyut ile olan

korelasyon katsayısıdır. Madde korelasyonunun yüksek olması maddenin ölçeğe olan katkısının yüksek olduğunu ifade etmektedir (129, 130). Bu değer 0,40'dan daha büyük olması gerekir (131). Maddenin silinmesi durumunda ölçeğin güvenilirliğindeki değişim ise maddenin güvenirlığe olan katkısını göstermektedir. Maddenin silinmesi durumunda Cronbach alfa katsayısının daha düşük değer alması beklenir. Değerin yükselmesi maddenin güvenirligi düşürdüğünü gösterir. Bu durumda olan maddeler ölçekten çıkarılır (119,129). Ölçeğin önemlilik boyutuna ait madde toplam korelasyonları 0,758-0,525 arasında, yeterlilik boyutunda 0,759-0,509 uygulanabilirlik boyutunda 0,756-0,528 arasındadır. Görüleceği üzere tüm boyutlarda madde toplam korelasyonları alt sınır olan 0,40'tan oldukça yüksek düzeydedir. Maddenin silinmesi durumunda Cronbach alfa değerleri de üç boyut için de hiçbir maddede yükselme göstermemiştir. Buna göre tüm maddelerin ölçeğe yüksek derecede katkı sunduğu ve ölçeğin güvenilirliğini yükselttiği söylenebilir.

Ölçme araçlarında güvenilirlik, o aracın ölçümlerindeki tutarlığı ifade etmektedir (127,128). İyi bir ölçme aracı farklı zaman ve koşullarda aynı olmasa da benzer sonuçlar üretebilmelidir (132). Ölçeklerde iç güvenilirlik ölçek maddeleri arasındaki ilişkiyi ifade eder. Bu çalışmada iç güvenilirlik için Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmıştır. Ölçeğin bütünü ve alt boyutları için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısının 0,70'den yüksek olması güvenirligin yüksek olduğunu gösterir. Cronbach Alfa katsayısı ne kadar yüksek ise ölçek güvenirligi o kadar yüksektir. Bu çalışmada ölçeğin önemlilik boyutu için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0,943, klinik bakım, ilişkisel bakım, hümanistik bakım ve rahatlatıcı bakım için sırasıyla 0,929, 0,898, 0,864 ve 0,863 olarak saptanmıştır. Yeterlilik boyutu için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0,941, klinik bakım, ilişkisel bakım, hümanistik bakım ve rahatlatıcı bakım için sırasıyla 0,928, 0,897, 0,853 ve 0,807 olarak saptanmıştır. Uygulanabilirlik boyutu için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0,942, klinik bakım, ilişkisel bakım, hümanistik bakım ve rahatlatıcı bakım için sırasıyla 0,933, 0,903, 0,865 ve 0,876 olarak saptanmıştır. Görüleceği üzere üç boyut ve bu üç boyuta ait tüm alt boyutlarda iç güvenilirlik katsayısı 0,80 üzerinde olup oldukça yüksek oldukları söylenebilir.

Zamana karşı kararlılık için ise test-tekrar test tekniğinden faydalanılmıştır. Test tekrar test tekniğinin analizinde bağımlı gruplarda t-testi ve Pearson korelasyon

testinden faydalanılır. Ölçek güvenilirliğinin yüksek olması için t testi için hesaplanan p değerinin 0,05'den büyük, korelasyon için hesaplanan p değerinin ise 0,05'den küçük olması gerekmektedir. Test tekrar test güvenilirliği için bu şartlardan birisinin sağlanması yeterlidir. Sonuçlar incelendiğinde önemlilik boyutunda bu iki şart boyutun bütünü, klinik bakım ve rahatlatıcı bakım alt boyutları için sağlanırken, ilişkisel bakım ve hümanistik bakım alt boyutları için tek şart sağlanmıştır. Yeterlik boyutunda boyutun bütünü, klinik bakım, ilişkisel bakım, hümanistik bakım ve rahatlatıcı bakım alt boyutları için tek şart sağlanmıştır. Uygulanabilirlik boyutunda bu iki şart boyutun bütünü, hümanistik bakım ve rahatlatıcı bakım alt boyutları için sağlanırken, klinik bakım ve ilişkisel bakım alt boyutları için tek şart sağlanmıştır. Bu sonuçlara göre ölçeğin üç boyutu ve alt boyutları için test tekrar test tekniği ile hesaplanan zamana karşı kararlılığın ve dış güvenilirliğinin iyi düzeyde olduğu söylenebilir.

Geçerlik analizleri kapsamında elde edilen diğer bir sonuç doğrulayıcı faktör analizlerine dayalı olarak elde edilenlerdir. Doğrulayıcı faktör analizi önceden bilinen veya araştırmacı tarafından ortaya koyulmuş faktör yapısının doğruluğunu test etmek amacıyla kullanılır (124,125). Doğrulayıcı faktör analizi ile test edilen faktör-model yapısının uygun olup olmadığının yorumlanmasında ki-kare değeri ile uyum iyiliği indekslerinden faydalanılır (113). İyi bir model uyumu için ki-kare/sd değerinin 3'ün altında olması gerekir. Bunun dışında uyum iyiliği indekslerinden RMSEA değeri 0,05 altında iyi uyumu 0,05-0,08 arasında ise kabul edilir uyumu göstermektedir. CFI, GFI ve RFI, 0,95 üzerinde iyi uyumu 0,90 üzerinde kabul edilebilir uyumu göstermektedir. AGFI ise 0,90 üzerinde iyi uyumu 0,85 üzerinde kabul edilebilir uyumu göstermektedir (110, 111). Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hemşire Versiyonu Kısa Formunun önemlilik boyutu ki-kare/sd $1.85 < 3$ değeri iyi uyum, RMSEA $.061 < .08$ değeri kabul edilir uyum, CFI $.944 > .90$ değeri kabul edilir uyum sınırları içerisindeyken GFI $.86 < .90$ değeri, AGFI $.83 < .85$ değeri, RFI $.87 < .90$ değeri kabul edilir sınırların biraz altında yer almıştır. Önemlilik boyutu için faktör yapısının, üç indeks uyum değerlerinin yüksek, üç indeks uyum değerlerinin ise sınıra yakın olması nedeniyle, doğrulandığı söylenebilir. Yeterlilik boyutunda ki-kare/sd $1.92 < 3$ değeri iyi uyum, RMSEA $0,064 < 0,08$ değeri kabul edilir uyum, CFI $0,94 > 0,90$ kabul edilir uyum sınırlar içerisinde iken GFI $0,86 < 0,90$, AGFI $0,83 < 0,85$ ve RFI $0,86 < 0,90$ olarak kabul edilir sınırların biraz altında kalmıştır. Yeterlilik boyutu için faktör yapısının, üç indeks uyum

değerlerinin yüksek, üç indeks uyum değerlerinin ise sınıra yakın olması nedeniyle, doğrulandığı söylenebilir. Uygulanabilirlik boyutu ki-kare/sd 1,75<3 değeri iyi uyum, RMSEA 0,057<0,08 değeri kabul edilir uyum, CFI 0,952>0,95 iyi uyum sınırları içerisindeyken GFI 0,87<0,90, AGFI 0,84<0,85, RFI 0,88<0,90 kabul edilir sınırların biraz altında yer almıştır. Uygulanabilirlik boyutu için faktör yapısının, üç indeks uyum değerlerinin yüksek, üç indeks uyum değerlerinin ise sınıra yakın olması nedeniyle, doğrulandığı söylenebilir.

Atar ve Aştı (2012) tarafından ölçeğin uzun formunun Türkçe'ye uyarlanması çalışması yapılmıştır. Uyarlama çalışması kapsamında yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizlerinde oldukça yüksek değerlere ulaşılmıştır. Bu yönüyle, bu çalışmanın sonuçları Atar ve Aştı'nın (2012) çalışmasıyla uyumludur (19).

Sonuç olarak, Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hemşire Versiyonu Kısa Formunun önemlilik, yeterlilik, uygulanabilirlik boyutlarının her üçünün de Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu, orijinal forma benzer yapıya sahip olduğu söylenebilir. Bu ölçekler hemşirelerin, hemşire – hasta etkileşimlerini ölçmek amacıyla kullanılabileceğini göstermektedir.

5.3. Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hasta Versiyonu Kısa Formu Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Tartışma ve Sonuç

Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hasta Versiyonu Kısa Formunun önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutları için KMO değerleri sırasıyla 0,922, 0,924 ve 0,923 olarak tespit edilmiştir. Bu değerlerin 0,60'dan oldukça yüksek olması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (126). Her üç boyut için Bartlett's testi sonucu 0,01'den küçük olarak tespit edilmiştir (126). Bu sonuçlar, verilerin çok değişkenli normal dağılımdan geldiğini göstermektedir. Her iki sonuç verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

KMO ve Bartlett's testlerinden sonra açımlayıcı faktör analizine geçilmiştir. Ölçeğin önemlilik boyutunda 1'in üzerinde (127,128) olan eigen değerleri 5,388-2,576 arasında, sıklık boyutunda 5,382-2,582 arasında, memnuniyet boyutunda 5,512-2,374 arasındadır. Üç boyut için de eigen ile tespit edilen alt boyut sayısı dört olup bu sayı orijinal ölçekle aynıdır. Ölçeğin önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutları için

hesaplanan toplam varyans değerleri sırasıyla 67.739, 66,581 ve 66,934 olarak tespit edilmiştir. Değerlerin üçünün de toplam varyans için alt sınıf değer olan 0,60'ın (127,129,133) üzerinde olması ölçeklerin faktör yapılarının oldukça güçlü olduğunu göstermektedir.

Ölçek maddelerinin faktörlere dağılımının tespit edilmesinde kullanılan Varimax dik döndürme tekniği sonucuna göre önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutlarında maddelerin tıpkı orijinal ölçekte olduğu gibi alt boyutlara ayrıldığı görülmüştür. Oluşan boyutların isimleri “Klinik Bakım”, “İlişkişel Bakım”, “Hümanist Bakım” ve “Rahatlaticı Bakım”dır. Varimax dik döndürme analizinde önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutlarında çok az maddenin birden fazla boyutta faktör yük değerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu maddelerin tamamında fark 0,10'dan (128) büyük olduğu için hiçbir madde ölçekten çıkarılmamıştır. Alt boyutlara ait maddelerin faktör yük değerleri de alt sınıf olan 0,40'ın üzerindedir (126). Elde edilen en küçük değerler önemlilik boyutunda 0,573, sıklık boyutunda 0,562, memnuniyet boyutunda ise 0,561'dir.

Ölçeğin hem geçerliği hem de güvenilirliği için kanıt oluşturması adına madde toplam korelasyonları ve maddenin silinmesi durumunda Cronbach alfa katsayısının alacağı değer hesaplanmıştır. Ölçeğin önemlilik boyutuna ait madde toplam korelasyonları 0,756-0,543 arasında, sıklık boyutunda 0,751-0,543, memnuniyet boyutunda 0,791-0,503 arasındadır. Görüleceği üzere tüm boyutlarda madde toplam korelasyonları alt sınır olan 0,40'tan oldukça yüksek düzeydedir (131). Maddenin silinmesi durumunda Cronbach Alfa değerleri de üç boyut için de hiçbir maddede yükselme göstermemiştir. Buna göre tüm maddelerin ölçeğe yüksek derecede katkı sunduğu ve ölçeğin güvenilirliğini yükselttiği söylenebilir.

Güvenirlilik çalışması kapsamında ölçeğin iç güvenirliliği için Cronbach Alfa katsayıları hesaplanmıştır. Bu çalışmada ölçeğin önemlilik boyutu için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0,942, klinik bakım, ilişkişel bakım, hümanistik bakım ve rahatlaticı bakım için sırasıyla 0,925, 0,893, 0,858 ve 0,876 olarak saptanmıştır. Sıklık boyutu için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0,943, klinik bakım, ilişkişel bakım, hümanistik bakım ve rahatlaticı bakım için sırasıyla 0,925, 0,892, 0,851 ve 0,877 olarak saptanmıştır. Memnuniyet boyutu için hesaplanan Cronbach Alfa katsayısı 0,941,

linik bakım, ilişkisel bakım, hümanistik bakım ve rahatlatıcı bakım için sırasıyla 0,930, 0,897, 0,853 ve 0,796 olarak saptanmıştır. Görüleceği üzere üç boyut ve bu üç boyuta ait tüm alt boyutlarda iç güvenilirlik katsayısı alt sınır olan 0,70'in oldukça üzerinde olup oldukça yüksek oldukları söylenebilir (127,128).

Güvenirlik çalışması kapsamında ölçeğin dış güvenilirliği için test-tekrar test tekniğinden faydalanılmıştır. Test tekrar test tekniğinin analizinde bağımlı gruplarda t testi ve Pearson korelasyon testinden faydalanılmıştır. İki analize ait sonuçlar incelendiğinde önemlilik boyutunda bu iki şart boyutun bütününde ve klinik bakım, rahatlatıcı, ilişkisel bakım ve hümanistik bakım alt boyutlarının tamamında sağlanmıştır. Sıklık boyutunda boyutun bütünü ve klinik bakım alt boyunda tek şart, ilişkisel bakım, hümanistik bakım ve rahatlatıcı bakım alt boyutlarında ise iki şart da sağlanmıştır. Memnuniyet boyutunda bu iki şart boyutun bütünü, hümanistik bakım alt boyutu için sağlanırken, rahatlatıcı bakım klinik bakım ve ilişkisel bakım alt boyutları için tek şart sağlanmıştır. Bu sonuçlara göre ölçeğin üç boyutu ve alt boyutları için test tekrar test tekniği ile hesaplanan dış güvenilirliğinin iyi düzeyde olduğu görülmüştür.

Geçerlik analizleri kapsamında ölçeğin faktör yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hasta Versiyonu Kısa Formunun önemlilik boyutu ki-kare/sd 1,84<3 değeri iyi uyum, RMSEA 0,060<0,08 değeri kabul edilir uyum, CFI 0,94>0,90 değeri kabul edilir uyum sınırları içerisindeyken GFI 0,87<0,90 değeri, AGFI 0,84<0,85 değeri, RFI 0,87<0,90 değeri kabul edilir sınırların biraz altında yer almıştır. Önemlilik boyutu için faktör yapısının, üç indeks uyum değerlerinin yüksek, üç indeks uyum değerlerinin ise sınıra yakın olması nedeniyle, doğrulandığı söylenebilir. Sıklık boyutu ki-kare/sd 1,74<3 değeri iyi uyum, RMSEA 0,057<0,08 değeri kabul edilir uyum, CFI 0,95>0,90 kabul edilir uyum sınırları içerisindeyken GFI 0,88<0,90, AGFI 0,85=0,85, RFI 0,88<0,90 kabul edilir sınırların biraz altında yer almıştır. Sıklık boyutu için faktör yapısının, dört indeks uyum değerlerinin yüksek, iki indeks uyum değerlerinin ise sınıra yakın olması nedeniyle, doğrulandığı söylenebilir. Memnuniyet boyutu ki-kare/sd 1,88<3 değeri iyi uyum, RMSEA 0,062<.08 değeri kabul edilir uyum, CFI 0,94>0,90 kabul edilebilir uyum sınırları içerisindeyken GFI 0,87<0,90, AGFI 0,84<0,85, RFI 0,87<0,90 kabul edilir sınırların biraz altında yer almıştır. Memnuniyet boyutu için faktör yapısının, üç indeks

uyum değerlerinin yüksek, üç indeks uyum değerlerinin ise sınıra yakın olması nedeniyle, doğrulandığı sylenabilir (110, 111).

Sonuç olarak, Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hasta Versiyonu Kısa Formunun nemlilik, sıklık, memnuniyet boyutlarının her üçünün de Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu, orijinal forma benzer yapıya sahip olduğu görülmüştür. Bu lekler yatan hastaların, hemşire – hasta etkileşimlerini ölçmek amacıyla kullanılabilir.



6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

1. Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeği – hasta versiyonu kısa formu ve bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeği – hemşire versiyonu kısa formunun dil eşdeğerlik çalışmaları sonunda yapılan çevirinin anlam bakımından orijinal ölçekle aynı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
2. Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeğinin hemşire formunun önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları ve hasta formunun önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutları üzerinde yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, altı ölçek de orijinal ölçekte olduğu gibi dört alt boyuttan meydana gelmiştir.
3. Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeğinin hemşire formunun önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları ve hasta formunun önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutları üzerinde yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, tespit edilen alt boyutlar tıpkı orijinal ölçekte olduğu gibi Klinik Bakım, İlişkisel Bakım, Hümanist Bakım ve Rahatlatıcı Bakım olarak isimlendirilmiştir.
4. Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeğinin hemşire formunun önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları ve hasta formunun önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutları üzerinde yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, maddelerin alt boyutlara dağılımı orijinal ölçekle aynı şekilde gerçekleşmiştir.
5. Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeğinin hemşire formunun önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları ve hasta formunun önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutlarının iç güvenilirliğini tespit amacıyla hesaplanan Cronbach Alfa katsayıları oldukça yük olup elde edilen değer, maddelerin belirli bir yapıya ait olduğunu göstermektedir.

6. Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeğinin hemşire formunun önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları ve hasta formunun önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutlarının dış güvenirliliğini tespit amacıyla yapılan test tekrar test analizi sonucunda, tüm alt boyutlara ait güvenirlilik düzeyinin iyi seviyede olduğu tespit edilmiştir.
7. Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeğinin hemşire formunun önemlilik, yeterlilik ve uygulanabilirlik boyutları ve hasta formunun önemlilik, sıklık ve memnuniyet boyutları üzerinde yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonuçları da açımlayıcı faktör analizi ile ulaşılan sonuçları desteklemektedir.
8. Bakım odaklı hemşire – hasta etkileşimi ölçeği – hasta versiyonu yatan hastalarca hemşirelerin yeterliliklerini ve hemşire versiyonu hemşirelerin kendi yeterliliklerini ve hastaların memnuniyetini değerlendirme amacıyla kullanılabilir.
9. Hemşirelik bakımının kalitesini arttırmak için hemşirenin hangi faktörlerin hasta memnuniyetini etkilediğini bilmesi gerekir (134). Hasta bakış açısıyla hemşirelik bakımı memnuniyetini etkileyen faktörlerin araştırılması ve farklı ölçeklerin karşılaştırılması gelecekteki araştırmalar için önemli bir konudur. Bu çalışma ile birlikte Türkçe'ye uyarlaması yapılan ölçme aracı hasta ihtiyaçlarını anlama açısından fayda sağlayacaktır.
10. Hemşireler hastaların bakımın çeşitli boyutları ile ilgili algılarını her zaman doğru bir şekilde değerlendirmeyebilir. Sonuç olarak, hastaya kendi varsayımlarına dayanarak bakım planlayabilir ve uygulayabilirler. Hastaların bakımın çeşitli boyutları ile ilgili algıları önemlidir, çünkü hemşirelerin mesleki sorumluluğu, olumlu sonuçlara yol açan yüksek kaliteli hemşirelik girişimleri sağlamaya odaklanır (135). Hemşirelik araştırmalarında bakım ölçümündeki gelişmeler, hemşireliğin bu önemli yönünü desteklemeyi amaçlayan hemşire bakım kalitesini iyileştirmeye yönelik uygulamaların geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Bu çalışmada ölçeğin uyarlama çalışması sınırlı sayıda bir örneklem üzerinde yapılmıştır. Sonraki çalışmalarda farklı bölgelerde, sosyal sınıflarda, farklı eğitim seviyelerinde vb uygulama çalışmaları yapılabilir.
2. Bakım uygulamaları ve hasta sonuçları arasındaki ilişkileri inceleyen çalışma sayısı çok sınırlıdır. Swanson (1999) hemşirelik araştırmacılarının bakım temelli hemşireliğin sonuçları ile ilgili çalışma yapmaları gerektiğini bildirmiştir (136). Ülkemizde hastaların ve hemşirelerin bakım odaklı etkileşime dair algılarının karşılaştırılması, hemşirelik eğitiminden klinik uygulamaya kadar gereken iyileştirmelerin yapılmasına katkı sunacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. ICN. Definition of nursing. <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> Erişim Tarihi: 06.08.2017
2. Şahin AO. *Hemşirelik bakımının değerlendirilmesi ile ilgili bir çalışma (Tez)*. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 2006.
3. Dinç L. “Bakım kavramı ve ahlaki boyutu”, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2010, 74-82.
4. Cossette, S., Cote, J.K., Pepin, J., Ricard, N., D’Aoust, L.X. “A dimensional structure of nurse-patient interactions from a caring perspective: refinement of the Caring Nurse–Patient Interaction Scale (CNPI-Short Scale)”, *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 55(2): 198–214.
5. Yalçın N, Aştı T. “Hemşire-hasta etkileşimi”, *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2011, 19(1): 54-59.
6. Yalçın G. *Akut psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin perspektifinden hasta-hemşire etkileşimleri (Tez)*. İstanbul Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010.
7. Altıok HÖ, Şengün F, Üstün B. “Bakım: Kavram analizi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2011, 4(3): 137-140.
8. Karaca S. “Hemşireler için vazgeçilmez bir kavram: kendini tanıma” *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 3(1), 79-84.
9. Zaybak A, İsmailoğlu EG, Efteli E. “Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları”, *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2014, 1(2): 24-37.
10. Rogers SR. “Nurse-patient interactions: what do patients have to say?”(Tez). The University of Texas at Austin, Basılmamış Doktora Tezi; 2002.
11. Zrinyi M, Horvath T. “Impact of satisfaction, nurse–patient interactions and perceived benefits on health behaviors following a cardiac event”, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2003, 2: 159-166.

12. Dearing KS. "Getting it, together: how the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia", *Archives of Psychiatric Nursing*, 2004, 18(5):155-163
13. Shattell M. "Nurse-patient interaction: a review of the literature", *Journal of Clinical Nursing*, 2004, 13: 714-722.
14. Küçükgüçlü Ö, Şentürk SG, Söylemez BA. "Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri", *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2017, 10(2): 68-78.
15. Ozan YD, Okumuş H. "Tedavi sonucu başarısız olan infertil kadınların Watson"ın insan bakım kuramına göre hemşirelik bakımı", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 16(3): 190-198.
16. Tektaş P. *Watson insan bakım modeline temellendirilmiş hemşirelik bakımının gebelik kaybı yaşayan gebelerin ruh sağlığına etkisi (Tez)*. Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, 2015.
17. Watson J. The theory of human Caring. <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory>. Erişim Tarihi: 10.8.2017
18. Özkan İA, Okumuş H. "Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson"ın insan bakım modeli", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012, 2: 61-72.
19. Atar NY, Aştı TA. "Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeğinin güvenilirlik ve geçerliği", *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2012, 20(2): 129-139.
20. Ozan YD. *Watson"ın insan bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik bakımının infertilite tedavisi gören kadınların, anksiyete, baş etme ve İnfertilite etkilenme durumlarına etkisi (Tez)*. Dokuz Eylül üniversitesi, Kadın ve Doğum Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek lisans Tezi, İzmir, 2013.
21. Erdemir F. "Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi", *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1988, 2(1): 59 – 63.
22. Yılmaz D, Gökdere ÇD. "Hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinin bakım odaklı hemşire- hasta etkileşimne yönelik tutumlarının incelenmesi", *Journal of Human Sciences*, 2017, 14(4): 3300 – 3309.

23. Tutuk A, Al D, Doğan S. “Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2002, 6 (2): 36-41
24. Doğan Ş. *Bilinçsizlik ve diğer nedenlerle yatağa bağımlı hastalarda hemşirelik girişimlerinin incelenmesi (Tez)*. Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; 1995.
25. Engster D. “Rethinking care theory: the practice of caring and the obligation to care”, *Hypatia*, 20(3), 51 – 74.
26. Baykara ZG. “Hemşirelik bakım kavramı”, *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2014, 1(2): 92 -99.
27. Yeakel S, Maljanian R, Bohannon RW, Coulombe KH. “Nurse caring behaviors and patient satisfaction improvement after a multifaceted staff intervention”, *Jona*, 2003, 33(9): 434 – 436.
28. Morse JM, Solberg SM, Neander WL, Bottorff JL, Johnson JL. “Concepts of caring and caring as a concept”, *Advance In Nursing Science*, 1990, 13(1):1-14.
29. Cortis JD, Kendrick K. “Nursing ethics, caring and culture”, *Nursing Ethics*, 2003, 10(1): 77 – 88.
30. Coşkun F. *İç hastalıkları ve cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin empatik beceri düzeylerinin değerlendirilmesi (Tez)*. İstanbul Bilim Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2011.
31. Uslu, N, Bayat, M, Variyenli, N, Arıcan, F, Hatipoğlu, N. “Orlando” nun etkileşim teorisinin uygulamada kullanımına bir örnek: tip 1 diyabetes mellitus”, *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 2015, 3(1): 64- 70.
32. Hacer GU, Oya SO, Seval AA, Şüheda Y. “Evde bakımda alzheimer hastasının imogene king” in kavramsal sistem modeline göre incelenmesi: olgu sunumu”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2017, 8(1):48–53.
33. Firuzan K, Ayşe Ö, Mualla Y. “ Comparing communication and empathic ability levels of nurses with patients” perception of nursing care”, *Peak Journal of Public Health and Management*, 2003, 1 (1): 1-8

34. Caruso EM, Cisar N, Pipe T. "Creating a healing environment an innovative educational approach for adopting jean watson's theory of human caring", *Nursing Administration Quarterly*, 2008, 32(2): 126 -132.
35. Watson J. "Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care", *Journal of Health and Human Services Administration*, 2009, 31(4): 466 – 482.
36. Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. "Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği", *Dicle Tıp Dergisi*, 2011, 38 (1): 49-56.
37. Bayraktar D, Eşer İ."Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20(3): 188 – 194.
38. Özcan, A. Hemşire- Hasta İlişkisi ve İletişim, 2.Baskı, Ankara: Sistem Ofset, 2006.
39. Rask M, Brunt D. "Verbal and social interactions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a model and its philosophical and theoretical foundation", *Nursing Inquiry*, 2007, 14(2): 169-176.
40. Yeşilot SB, Öz F. "Hemşirenin Varlığı: Kuramsal Bir Bakış", *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2016, 7(2): 94-99.
41. Çalım, S.İ. *Travelbee kuramına göre verilen kişilerarası iletişim eğitiminin ebelerin becerilerine ve annelerin doğum memnuniyetine etkisi (Tez)*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Doktora Tezi; 2014.
42. Arja S, Helena KL, Jouko K. "Factors related to the nursing student-patient relationship: The students' perspective", *Nurse Education Today*, 2008, 28, 539-549.
43. Türk Dil Kurumu. <http://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 03.02.2019.
44. Fleischer, S, Berg, A, Zimmermann, M, Wüste, K, Behrens, J. "Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health*", 17(5), 339-353.
45. Şahin ZA, Özdemir FK. "Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi", *G.O.P. Taksim E.A.H. Jaren*, 2015, 1(1): 1-7.
46. Fosbinder, D. "Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence", *Journal of Advanced Nursing*, 20,1085-1093.

47. Özcan H. “Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: gümüşhane örneği”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012, 1(2): 60-68.
48. Özlü ZK, eskici V, Gümüş K, Yayla A, Özlü İ, Aksoy D, Yeşilay Y. “Acil birimlerde çalışan hemşirelerin iletişim becerileri ve empati düzeylerinin değerlendirilmesi”, *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 2016, 8: 52 -71.
49. Manav Aİ. *Hemşirelerin empatik eğilim ve becerilerinin geliştirilmesi (Tez)*. Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2008.
50. Uygun E. *Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin empati beceri düzeylerinin belirlenmesi (Tez)*. İstanbul Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2006.
51. Caris-Verhallen, W, Timmermans, L, Dulmen, S.V. “Observation of nurse-patient interaction in oncology: review of assessment instruments”, *Patient Education and Counseling*, 2004, 54, 307-320.
52. Haugan G, Moksnes KU, Arild G. Espnes Nurse-Patient Interaction: A Resource for Hope in Cognitively Intact Nursing Home Patients”, *Journal of Holistic Nursing*, 2013, 31(3): 152 -163.
53. Aydın M. *Bir üniversite hastanesindeki hastaların hemşirelik bakımını algılayışları (Tez)*. Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2014.
54. Erbay Ö, Yıldırım Y, Fadiloğlu Ç, Aykar FŞ. “Hipertansif atak yaşayan hastalara watson”ın insan bakım modeli kullanılarak uygulanan hemşirelik bakımı: olgu sunumu”, *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2018, 9(19): 82-88.
55. Arslan İÖ, Okumuş H, Buldukoğlu K. “A randomized controlled trial of the effects of nursing care based on watson”s theory of human caring on distress, self-efficacy and adjustment in infertile women”, *Journal of Advanced Nursing*, 2013, 70(8): 1802-1811.
56. Şentürk SG, Küçükgülü Ö, Watson J. “Watson insan bakım teorisi”nin perspektifinden: demans hastalığı olan bireye bakım verenlerin bakımı”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2017, 4(1), 62-72.

57. Uran BNÖ, Özer S, Yıldırım Y. “Watson İnsan Bakım Modeli Uygulamasına Bir Örnek: Kalp Yetersizliği Olgusu”, *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2015, 6(11): 183-198.
58. Cara, C. A pragmatic view of Jean Watson’s Caring Theory. *International Journal of Human Caring*, 2003, 7(3), 51-56.
59. Özkan İA. *Watson’ın bakım kuramına temellendirilmiş hemşirelik girişimlerinin infertil kadınların, infertiliteden etkilenme durumlarına, öz-yeterlik ve uyum düzeylerine etkisinin incelenmesi (tez)*. Dokuz Eylül Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora tezi, İzmir, 2012.
60. Oldnall A. “ A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patient”, *Journal of Advanced Nursing*, 1996, 23: 138-144.
61. Gönenç İM, Akkuzu G, Altın RD, Möroy P. “Hemşirelerin ve ebelerin manevi bakıma ilişkin görüşleri”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5(3): 34-38
62. Kostak MA, Çelikkalp Ü, Demir M. “Hemşire ve ebelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin düşünceleri”, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, Sempozyum Özel Sayısı.
63. Yılmaz M, Okyay N. “Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2009, 3: 41-52.
64. Çelik AS, Özdemir F, Durmaz H, Pasinlioğlu T. “Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakımı algılama düzeyleri ve etkileyen bazı faktörlerin belirlenmesi”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014: 1–12.
65. Wong KF, Lee LYK, Lee JKL. “Hong Kong enrolled nurses” perceptions of spirituality and spiritual care”, *International Council of Nurses*, 2008, 55(3):333-40.
66. Rafael A.R.F. Watson’s Philosophy, Science, and Theory of Human Caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 2000, 23(2): 34–49.
67. Jean Watson’s Philosophy of nursing.
http://currentnursing.com/nursing_theory/watson.html Erişim Tarihi 01.01.2019

68. Lukose A. "Developing a Practice Model for Watson's Theory of Caring", *Nursing Science Quarterly*, 2011, 24(1): 27–30.
69. Sitzman KL. "Teaching – learning professional caring based on Jean Watson's theory of human caring", *International Journal for Human Caring*, 2007, 11(4): 8-16.
70. Watson J. "Theoretical questions and concerns: response from a caring science framework", 2007, *Nursing Science Quarterly*, 20(1).
71. Carson EM. "Do Performance Appraisals of Registered Nurses Reflect a Relationship Between Hospital Size and Caring?", *Nursing Forum*, 2004, 39(1): 5-13.
72. Watson J. "Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/*caritas processes* as a disciplinary guide to the professional nursing practice", *Texto Contexto Enferm*, 2007, 16(1): 129-35.
73. Olmaz D. *Hemşirelerin bakım verirken hemşirelik sürecini bilme ve uygulama durumları (Tez)*. Erzincan Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.
74. Koç Z, Kızıltepe SK, Çınarlı T, Şener A. "Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2017;14 (1): 62-72.
75. Paşalak Şİ, Eroğlu K, Akyüz A. " Kadın sağlığı hemşireliği alanında yapılan araştırmalarda kuram/model kullanımı", *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2018, 31(1): 91-108.
76. Karabacak Ü, Acaroğlu R. "Konfor kuramı", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2011, 4(1): 198-202.
77. Altundağ S. "Talasemi hastalığında hemşirelik kuramları", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016, 5(3): 133-138.
78. Vicdan AK. " Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, roy'un adaptasyon modeline göre incelenmesi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, 2(3): 107-118.
79. Moreno ME, Duran MM, Hernandez. "Nursing Care for Adaptation", *Nursing Science Quarterly*, 2009, 22(1): 67-73.

80. Karabulut N, Gürçayır D, Aktaş YY. “Hemşirelikte araştırma tarihi”, *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 10(2):121-128.
81. Güner P, Pehlivan T. “Psikiyatri Hemşireliğinin Kuramsal Çerçevesi-I”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2016, 7(1):50-54.
82. Ozan YD, Okumuş H, Lash AA. “Implementation of Watson’s Theory of Human Caring: A Case Study”, *International Journal of Caring Sciences*, 2015 8(1):25-35.
83. Erci B, Sayan A, Tortumluoğlu G, Kılıç D, Şahin O, Güngörmüş Z. “The effectiveness of Watson’s Caring Model on the quality of life and blood pressure of patients with hypertension”, *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 41(2), 130-139.
84. Drenkard KN. “Integrating human caring science into a professional nursing practice model”, *Crit Care Nurs Clin North Am*, 2008, 20(4): 403-14.
85. Childs A. “The complex gastrointestinal patient and Jean Watson’s Theory of Caring in nutrition support”, *Gastroenterol Nurs*, 2006, 29(4):283-288.
86. Clark CS. “The transpersonal caring moment: Evolution of high ordered beings”, *IJHC*, 2003, 7(3):30-39.
87. Nyman CS, Lutzen K. “Caring needs of patients with rheumatoid arthritis”, *Nur Sci Q*, 1999, 12(2): 164-169.
88. Mullaney JAB. “The lived experience of using Watson’s actual caring occasion to treat depressed women”, *J Holist Nurs*, 2000,8(2); 129-142.
89. Pipe TB, Mishark K, Hansen RP, Hentz JG, Hartsell Z. “Rediscovering the art of healing connection by creating the Tree of Life poster”, *Journal of Gerontology Nursing*, 2010, 36(6): 47-55.
90. Mahler A. “The clinical nurse specialist role in developing a geropalliative model of care”, *Clin Nurse Spec*, 2010, 24(1): 18-23.
91. Sessanna L. “Teaching holistic child health promotion using Watson’s Theory of Human Science and Human Care”, *J Pediatr Nurs*, 2003, 18(1): 64-68.
92. Bernick L. “Caring for older adults: Practice guided by Watson’s Caring-Healing Model”, *Nurs Sci Q*, 2004,17(2): 128-134.

93. Wu LM, Chin CC, Chen CH. "Evaluation of a caring education program for Taiwanese nursing students: A quasi-experiment with before and after comparison", *Nurse Educ Today*, 2009, 29(8): 873-8.
94. Watson J, Smith MC. "Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development", *Journal of Advanced Nursing*, 2002, 37(5): 452-461.
95. Baykul Y, Turgut MF. Eğitimde ölçme ve değerlendirme, Pegem Akademi Yayıncılık, 2011.
96. Çakmur H. "Araştırmalarda ölçme - güvenilirlik – geçerlilik", *TAF Prev Med Bull*, 2012, 11(3): 339-344.
97. Karakoç FY, Dönmez L. " Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler", *Tıp Eğitim Dünyası*, 2014, 40.
98. Ercan İ, Kan İ. "Ölçeklerde güvenilirlik ve geçerlik", *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2004, 30 (3): 211-216.
99. Çüm S, Koç N. " Türkiye”de psikoloji ve eğitim bilimleri dergilerinde yayımlanan ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarının incelenmesi", *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*, 2013, 12 (24):115-135.
100. Öksüz E, Malhan S. Sağlığa bağlı yaşam kalitesi kalitemetri, Ankara, 2005.
101. Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemleri, 10. Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım Ltd.Şti., 2000.
102. Polit DF, Gillespie BM. "Intention-to-treat in randomized controlled trials: Recommendations for a total trial strategy", *Research in Nursing & Health*, 2010, 33: 355–368.
103. Gözüm S, Aksayan S. "Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2002, 4(1): 9-14.
104. Sousa VD, Rojjanasrirat W. "Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2011, 17(2): 268-274.

- 105.Gözüm S, Aksayan S. “Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma”, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003, 5(1): 3-14.
- 106.Ergin DY. “Ölçeklerde geçerlik ve güvenilirlik”, *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1995, 7: 125-148.
- 107.Turanlı M, Cengiz DT, Bozkır Ö. “Faktör analizi ile üniversiteye giriş sınavlarındaki başarı durumuna göre illerin sıralanması”, *Ekonometri ve İstatistik*, 2012, 17.
- 108.İlhan M, Çetin B. “Lisrel ve amos programları kullanılarak gerçekleştirilen yapısal eşitlik modeli (yem) analizlerine ilişkin sonuçların karşılaştırılması”, *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*, 2014, 5(2): 26-42.
- 109.Can, A.. "SPSS ile bilimsel araştırma sürecinde nicel veri analizi." *Pegem Atıf İndeksi*, 2018, 001-429.
- 110.Tabachnick, B.G, Linda S, Fidell, Jodie B, Ullman. *Using multivariate statistics*, Boston, MA: Pearson, 2007, 5.
- 111.Schermelleh-Engel, Moosbrugger H, Müller H. "Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures." *Methods of psychological research online*, 2003, 8(2): 23-74.
- 112.Yurdugül H. "Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması." *XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi 1* 2005, 771-774.
- 113.Hu L, Bentler PM. “Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*” *A Multidisciplinary Journal*, 1999, 6: 1–55.
- 114.Marsh H, W, Hau KT, Wen Z. “In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cutoff values for fit indexes and dangers in overgeneralizing Hu and Bentler’s (1999) findings. *Structural Equation Modeling*, 2004, 11: 320–341.
- 115.Hughes L. “Development of an instrument to measure caring peer group interactions”. *Journal of Nursing Education*, 1998, 37: 202–207.

116. Lea A, Watson R, Deary IJ. "Caring in nursing: A multivariate analysis". *Journal of Advanced Nursing*, 1998, 28: 662–671.
117. Wolf ZR, Zulego PR, Goldberg E, Crothers R, Jacobson N. "The Caring behaviors inventory for elders: development and psychometric characteristics". *International Journal for Human Caring*, 2006, 10: 49–59.
118. Stanfield MH. Watson's caring theory and instrument development. *Dissertation Abstracts International*, 1991, 52: 4128.
119. Morse J M. "On comfort and comforting". *American Journal of Nursing*, 2000, 100(9):, 34–38.
120. Brislin, RW, Lonner W, Thorndike R. *Cross-Cultural Methods*, Publication John, 1973.
121. Berkanovic E. "The effect of inadequate language translation on Hispanics" responses to health surveys", *American Journal of Public Health*, 1980, 70: 1273-1281.
122. Canino G, Canino I, A, Bravo M. "Diagnostic assessment with Hispanic children", *Sociotam*, 1994, 4: 29-41.
123. Brown TA, Moore MT. *Confirmatory Factor Analysis. (Handbook of Structural Equation Modelin Inc. Ed. Rick H. Hoyle. The Guilford Press, New York-London, 2012.*
124. Byrne BM. *Structural Equation Modeling with Mplus: Basic Concepts, Applications, and Programming*, Routledge Taylor & Francis Group, New York, 2012.
125. Bayram N. *Yapısal eşitlik modellemesine giriş*, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2013.
126. Tabachnick BG, ve Fidell LS. *Using Multivariate Statistics (5th Ed.)*, Allyn ve Bacon. Boston, USA, 2007.
127. Tavşancıl E. *Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi*, Nobel Yayıncılık, Ankara, 2002.
128. Büyüköztürk Ş. "Anket geliştirme". *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2005, 3(2): 133-151.
129. Özdamar K. *Eğitim, sağlık ve davranış bilimlerinde ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*, Nisan Yayıncılık, Eskişehir, 2016.

130. Erkuş A. *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme*, Ankara: Pegem Akademi Yayınları, 2012.
131. Ladhari R. "Developing e-service quality scales: A literature review". *Journal of Retailing and Consumer Services*, 2010, 17(6): 464-477.
132. DeVellis, R. F. "Ölçek geliştirme: Kuram ve uygulamalar," Nobel Akademik Yayıncılık, 2014.
133. Şeker, H., & Gençdoğan, B. "Psikolojide ve eğitimde ölçme aracı geliştirme", Nobel, Ankara, 2006.
134. Johansson P, Magnus O, Bengt F. "Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study", *Scandinavian journal of caring sciences* 2002, 16(4): 337-344.
135. Suhonen R, Saarikoski M, Leino-Kilpi H. 'Cross-cultural research: a discussionpaper', *International Journal of Nursing Studies*, 2009, 46: 593–602.
136. Swanson K. M. 'Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*', 1999, 40: 161–166.

EKLER

EK-1. Hemşire Bilgi Formu

Anket No:

1. Yaşınız: yıl

2. Cinsiyetiniz: () 1. Kadın () 2. Erkek

3. Medeni Durumunuz: () 1. Evli () 2. Bekar

4. Mezun olduğunuz okul:

() 1. Sağlık Meslek Lisesi

() 2. Önlisans

() 3. Lisans

() 4. Yüksek lisans/Doktora

5. Meslekteki Çalışma Süreniz: yıl

6. Çalıştığınız birim:

7. Çalışma Şekliniz:

() 1. Sürekli Gündüz

() 2. Sürekli Gece

() 3. Gece ve Gündüz

8. Hemşireliği kendi isteğinizle mi tercih ettiniz?

() 1. Hayır

() 2. Evet

9. Çalışma saatlerinizi en fazla hangi işlerle geçiriyorsunuz?

() 1. Tetkik ve tedavi

() 2. Hemşirelik bakımı

() 3. Hemşirelik dışı

() 4. Destek hizmetler

EK-2. Hasta Bilgi Formu

Adı Soyadı:

Anket No:

Telefon:

1. Yaş: yıl

2. Cinsiyet: () 1.Kadın () 2.Erkek

3. Medeni durumunuz: () 1.Evli () 2.Bekar

4. Çalışıyor musunuz: () 1.Evet () 2.Hayır

5. Mesleğiniz: () 1.Ev hanımı () 2.Çiftçi () 3.İşçi () 4.Serbest meslek ()

5.Memur () 6.İşsiz () 7.Emekli

6. Eğitim durumunuz: () 1.Okuryazar () 2.İlkokul () 3.Ortaokul () 4.Lise

() 5.Üniversite () 6.Diğer

7. Yaşadığınız yer:

() 1.İl merkezi

() 2.İlçe

() 3.Kasaba

() 4.Köy

8. Birlikte yaşadığınız kişiler:

() 1.Yalnız

() 2.Eşi ile birlikte

() 3.Eş ve çocukları ile birlikte

() 4.Anne babası ile birlikte

9. Gelir durumunuz:

() 1.Gelirim giderimden az

() 2.Gelirim giderime eşit

() 3.Gelirim giderimden çok

10. Şu anda yattığınız klinik:

11. Hastanede kaldığınız süre:gün

12. Şu andaki hastalığınızın tanısı:

13. Daha önce hastaneye yattınız mı? () 1.Evet () 2.Hayır

14. Kronik bedensel bir hastalığınız var mı? () 1.Evet () 2.Hayır

15. Kronik psikiyatrik hastalığınız var mı? () 1.Evet () 2.Hayır

EK-3A. Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hemşire Versiyonu
Kısa Formu

Aşağıda sıralanan tutum ve davranışları ne kadar önemli bulduğunuzu, kendinizi ne kadar yeterli veya rahat hissettiğinizi, bu tutum ve davranışları ne derece uygulanabilir bulduğunuzu belirtiniz. **Lütfen aşağıda yer alan görüşünüze en uygun sayıyı ‘X’ sembolünü kullanarak işaretleyiniz.**

Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları ne kadar <i>önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların gerçekleştirilme-sinde kendinizi ne kadar <i>yeterli veya rahat</i> hissediyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların ne derecede <i>uygulanabilir</i> olduğunu düşünüyorsunuz?				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece
A – Klinik Bakım															
1. Tedavilerin (intravenöz enjeksiyonlar, sargı vb.) nasıl uygulanacağını bilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Özel araç-gereçlerin (pompalar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını bilmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. İlaçların, hastanın şikâyetlerini (örneğin; bulantı, ağrı, kabızlık, kaygı) hafifletip hafifletmediğini kontrol etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. İlaçların veya tedavilerin yan etkilerini önlemek ya da gidermek için yapılması gerekenleri hastaya anlatmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

bilmek.															
Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları ne kadar <i>önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların gerçekleştirilme-sinde kendinizi ne kadar <i>yeterli veya rahat</i> hissediyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların ne derecede <i>uygulanabilir</i> olduğunu düşünüyorsunuz?				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece
6. Kendi bakımını yapamadığı durumlarda hastaya yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Hastanın sorunlarına müdahale ederken hemşirelik beceri ve yeteneklerini göstermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Hastanın sağlık durumunu yakından takip etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Hastaya bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
B – İlişkisel Bakım															
10. Hastaya, yaşamında belirli bir uyuma/dengeye ulaşması için yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Hastanın yaşamında neyin önemli olduğunu keşfetmesine yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Hastanın, önem verdiği kişilerin kendisine neleri getirmesini istediğini belirlemesine yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları ne kadar <i>önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların gerçekleştirilme-sinde kendinizi ne kadar <i>yeterli veya rahat</i> hissediyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların ne derecede <i>uygulanabilir</i> olduğunu düşünüyorsunuz?				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece
13. Hastaya, sağlık durumuna verdiği anlamı keşfetmesi için yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Hastanın, sorunlarını etkili bir şekilde çözmek için kullanabileceği yöntemlerin farkına varmasına yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hastanın, olaylara farklı açıdan bakabilmesi için yardım etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Davranışlarının sonuçlarını hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C – Hümanistik Bakım															
17. Hastayı bir bütün olarak ele almak, sağlık sorunlarından daha fazlasıyla ilgilendiğimi göstermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Uygun olduğunda, hastayı umutlu olmaya cesaretlendirmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Hastanın iyileşme çabasını takdir etmek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Hastayı utandırıcı bir davranışta bulunmamak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

D – Rahatlatıcı Bakım															
Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları ne kadar <i>önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların gerçekleştirilme-sinde kendinizi ne kadar <i>yeterli veya rahat</i> hissediyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların ne derecede <i>uygulanabilir</i> olduğunu düşünüyorsunuz?				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece
21. Hastanın mahremiyetine saygı göstermek. (örneğin; hastaların üzerini gereksiz yere açık bırakmamak.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Hastanın temel gereksinimlerini (örneğin; uyku, hijyen vb.) dikkate almak.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Planlanan zamanda tedavileri yapmak ve ilaçları vermek.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

EK-3B. Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi Ölçeği – Hasta Versiyonu Kısa Formu

Aşağıda sıralanan tutum ve davranışları ne kadar önemli bulduğunuzu, bu tutum ve davranışların ne kadar sıklıkla gerçekleştiğini ve tutum ve davranışlardan ne kadar memnun olduğunuzu belirtiniz. **Lütfen aşağıda yer alan görüşünüze en uygun sayıyı ‘X’ sembolünü kullanarak işaretleyiniz.**

Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları <i>ne kadar önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların <i>ne kadar sıklıkta</i> gerçekleştiğini düşünüyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışlardan <i>ne derece memnunsunuz?</i>				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiçbir Zaman	2) Nadiren	3) Sık	4) Çok Sık	5) Her Zaman	1) Hiç Memnun Değilim	2) Memnun Değilim	3) Kararsızım	4) Memnunum	5) Çok Memnunum
A – Klinik Bakım															
1. Hemşireler tedavilerin (enjeksiyonlar, sargı vb.) nasıl uygulanacağını biliyordu.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Hemşireler özel araç-gereçlerin (pompalar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını biliyordu.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Hemşireler, ilaçlarımın şikâyetlerimi (örneğin; bulantı, ağrı, kabızlık, kaygı) hafifletip hafifletmediğini kontrol etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Hemşireler, ilaçlarımın veya tedavilerimin yan etkilerini önlemek ya da gidermek için yapmam gerekenleri anlattı.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

5. Hemşireler hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını biliyordu.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları <i>ne kadar önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların <i>ne kadar sıklıkta</i> gerçekleştiğini düşünüyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışlardan <i>ne derece memnunsunuz?</i>				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiçbir Zaman	2) Nadiren	3) Sık	4) Çok Sık	5) Her Zaman	1) Hiç Memnun Değilim	2) Memnun Değilim	3) Kararsızım	4) Memnunuz	5) Çok Memnunuz
6. Hemşireler kendi bakımımı yapamadığım durumlarda bana yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Hemşireler sorunlarıma müdahale ederken hemşirelik beceri ve yeteneklerini gösterdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Hemşireler sağlık durumumu yakından takip etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Hemşireler bakımımı kendi başıma yapabilmem için bana fırsat verdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
B – İlişkisel Bakım															
10. Hemşireler yaşamımda belirli bir uyuma/dengeye ulaşmamda bana yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Hemşireler yaşamımda neyin önemli olduğunu keşfetmem için bana yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Hemşireler önem verdiğim kişilerin neleri getirmesini istediğimi belirlemem için bana yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

13. Hemşireler sağlık durumuma nasıl anlam verdiğimi keşfetmeme yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları <i>ne kadar önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların <i>ne kadar sıklıkta</i> gerçekleştiğini düşünüyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışlardan <i>ne derece memnunsunuz?</i>				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiçbir Zaman	2) Nadiren	3) Sık	4) Çok Sık	5) Her Zaman	1) Hiç Memnun Değilim	2) Memnun Değilim	3) Kararsızım	4) Memnunuz	5) Çok Memnunuz
14. Hemşireler sorunlarımı etkili bir şekilde çözmemde kullanabileceğim yöntemlerin farkına varmama yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Hemşireler olaylara farklı bir açıdan bakabilmem için bana yardım etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Hemşireler davranışlarımın sonuçlarını, benimle birlikte tanımlamaya çalıştı.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C – Hümanistik Bakım															
17. Hemşireler beni bütün bir birey olarak ele aldı, sağlık sorunumdan daha fazlasıyla ilgilendiğini gösterdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Uygun olduğunda, hemşireler beni umutlu olmam için cesaretlendirdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Hemşireler iyileşmek için verdiğim çabaları takdir etti.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Hemşireler utandırıcı bir davranışta bulunmadı.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
D – Rahatlatıcı Bakım															

21. Hemşireler mahremiyetime saygı gösterdi (örneğin; üzerimi gereksiz yere açık bırakmadı.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Tutum ve Davranışlar	Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışları <i>ne kadar önemli</i> buluyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışların <i>ne kadar sıklıkta</i> gerçekleştiğini düşünüyorsunuz?					Aşağıdaki ifadelerin her birinde sıralanan tutum ve davranışlardan <i>ne derece memnunsunuz?</i>				
	1) Hiç	2) Biraz	3) Orta Derece	4) Çok	5) Son Derece	1) Hiçbir Zaman	2) Nadiren	3) Sık	4) Çok Sık	5) Her Zaman	1) Hiç Memnun Değilim	2) Memnun Değilim	3) Kararsızım	4) Memnunum	5) Çok Memnunum
22. Hemşireler temel gereksinimlerimi (örneğin; uyku, hijyen vb.) dikkate aldı.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Hemşireler planlanan zamanda tedavilerimi yapt ve ilaçlarımı verdi.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

EK 4. Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 08.11.2017

Toplantı Sayısı: 88

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıryak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 08.11.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıryak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

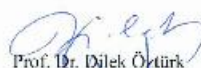
Karar 4. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden Tuğba ONAT'ın "Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği-Kısa Formu'nun (Hemşire-Hasta Versiyonları) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması" başlıklı çalışması için başvuru talibi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.




Prof. Dr. Mithat Kıryak
(Başkan)



Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)



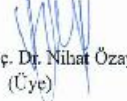
Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)



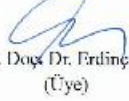
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

EK 5. Ölçek İzin Yazışması

De : tugba onat [mailto:tugba_onat_@hotmail.com]

Envoyé : 1 juillet 2017 12:07

À : Cossette Sylvie

Objet : The purpose of this mail is asking your kind permission which will contribute my study (CNPI-70)

Dear Dr Sylvie Cossette,

My name is Tugba Onat, and I am a post graduate student at Okan University Health Sciences Institute Department of Psychiatric Nursing.

The purpose of this mail is asking your kind permission which will contribute my study.

Nurdan Yalcin Atar and Turkinaz Ataberk Asti had translated your study "Caring Nurse-Patient Interaction Scale CNPI-70" into Turkish with nursing students your development-70 in 2012. It was named as Validity and Reliability of Turkish Version of the Caring-Nurse Patient Interaction Scale.

Since there is not a study on patients with Caring Nurse-Patience Interaction Scale in Turkey, at least I have not found one, I would like to work on it for my Master's thesis, if you kindly permit me to use your study in order to determine the reliability and validity of the Turkish translated version of the Nurse-Patience Interaction Scale.

For sure, although it will be used in my Master's Degree Thesis, if it is requested, I could share the summarized outputs of this study with you after it is completed.

Early Thanks & Sincerely,

Tugba Onat.

Gönderen: Cossette Sylvie <sylvie.cossette.inf@umontreal.ca>

Gönderildi: 3 Temmuz 2017 Pazartesi 16:47

Kime: tugba onat

Konu: RE: The purpose of this mail is asking your kind permission which will contribute my study (CNPI-70)

Hello, please find in the attach file the scale and instruction to compute the different scores

Best for your study

Sylvie

Sylvie Cossette, inf. PhD

sylvie.cossette.inf@umontreal.ca

Vice-doyenne à la recherche et au développement international et Professeure titulaire :

514-343-6173

Chercheure, Institut de cardiologie de Montréal : 514-376-3330 poste 4012

Co-directrice RRISIQ

De : tugba onat [mailto:tugba_onat_@hotmail.com]

Envoyé : 25 août 2017 06:57

À : Cossette Sylvie

Objet : Ynt: The purpose of this mail is asking your kind permission which will contribute my study

Dear Cossette,

While I was studying for my master thesis, I decided that use of CNPI-Short Scale may be better for my studies as you dedicated.

If you have permission, I would like to study for validity and reliability of both nurses and patients in order to evaluate relationship between attitude and behaviour of nursing and patient results.

Nevertheless, I am able to reach use of CNPI-Short scale only study for nursing students.

I can't reach studies for validity and reliability on patients. Could you please let me know about how i may reach your studies of developing on patients using CNPI-Short Scale?

Early Thanks & Sincerely,

Tugba Onat

Cossette Sylvie <sylvie.cossette.inf@umontreal.ca>

25.08.2017 Cum 22:57

Hello Dear,

I did not had time to do a lit review to explore which studies used the scales for patients.
Sorry

Sylvie

Sylvie Cossette, inf. PhD



sylvie.cossette.inf@umontreal.ca

Vice-doyenne à la recherche et au développement international et Professeure titulaire :
514-343-6173

Chercheure, Institut de cardiologie de Montréal : 514-376-3330 poste 4012

Co-directrice RRISIQ

EK 6. Kurum İzni

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ</p>	<p>T.C. İSTANBUL VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü</p>	<p><i>DASA</i></p> <p>İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - EĞİTİM ve AR-GE 26/12/2017 14:54 - 71211201 - 773.99 - E.990</p>  <p>00059206155</p>
<p>Sayı : 71211201-773.99 Konu : Araştırma Başvurunuz Hk.</p>		
<p>OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne</p>		
<p>İlgi : a) 22/12/2017 tarihli ve 23898784-771-38 sayılı yazı b) 13/12/2017 tarihli ve 71211201-770 sayılı yazı</p>		
<p>Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Tuğba ONAT'ın "Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği-Kısa Formunun (Hemşire-Hasta Versiyonları) Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi ilgi sayılı yazıya istinaden uygun görülmüştür.</p>		
<p>Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.</p>		
<p>e-imzalıdır. Dt. Şule TUYGUN İl Sağlık Müdürü a. Başkan Yardımcısı</p>		
<p>EKLER Yazı Örneği (1 sayfa)</p>		
<p>E-5 Karayolu Üzeri 34752/Ataşehir/İstanbul mustafa.yilmaz15@saglik.gov.tr 0216 578 78 78 Dahili: 7727</p>		



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - MEDENİYET
ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EAH EĞİTİM VE ARGE BİRİMİ
22/12/2017 10:34 - 23898784 - 771 - E-38



Sayı : 23898784-771
Konu : Araştırma Başvurusu Hakkında

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 18/12/2017 tarihli ve 71211201-773.99-260 sayılı yazı

Okan Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans öğrencisi Tuğba ONAT'ın "**Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği-Kısa Formunun (Hemşire-Hasta Versiyonları) Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması**" konulu veri toplamaya yönelik çalışmasını sağlık tesisimizde yapabilmesine dair ilgede kayıtlı yazı ve ekleri tetkik edilmiş olup, söz konusu bilimsel çalışmanın, adı geçen araştırmacının sorumluluğunda kurumumuzda yürütülmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Prof. Dr. Gürhan BAŞ
Hastane Yöneticisi

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH Eğitim Ar-Ge Birimi
Göztepe/Kadıköy
Faks No:0216 566 40 23

e-Posta:leyla.cakir3@saglik.gov.tr İnt.Adresi: İrtibat: İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Göztepe EAH Eğitim Ar-Ge Birimi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2dc9d9b1-e250-4d9e-a27b-23934cd87be6 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Leyla ÇAKIR

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0216 570 94 43

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Tuğba	Soyadı	ONAT
Doğ. Yeri	Çankırı	Doğ. Tarihi	16.06.1990
Uyruğu	TC		
Email	tugba_onat_@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Old. Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lis.	Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Pskiyatri Hemşireliği, Okan Üniversitesi İstanbul/Türkiye	2019
Lisans	Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Marmara Üniversitesi İstanbul/Türkiye	2012
Lise	Çankırı Anadolu Lisesi	2017

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
Psikiyatri Hemşiresi	Erenköy Ruh ve Sinir EAH, İstanbul	Aralık 2017 –
Pediyatri Hematoloji – Onkoloji Hemşiresi	Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH, İstanbul	Ocak 2014 – Eylül 2016
Acil Hemşiresi	Çorlu Devlet Hastanesi, Çorlu	Eylül 2016 – Kasım 2017
Cerrahi Hemşireliği	Amerikan Hastanesi, İstanbul	Şubat 2013 – Eylül 2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS YDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	iyi	orta	iyi		