

# Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Verme Durumlarının ve Görüşlerinin İncelenmesi

Özgül Karayurt<sup>1</sup>, Figen Erol Ursavaş<sup>2</sup>, Özge İşeri<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İzmir Ekonomi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir, Türkiye

<sup>2</sup>Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çankırı, Türkiye

<sup>3</sup>Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Tokat, Türkiye

Özgül Karayurt, Prof. Dr.  
Figen Erol Ursavaş, Dr. Öğr. Üyesi  
Özge İşeri, Dr. Öğr. Üyesi

Bu araştırma 12–15 Kasım 2015'te Muğla'da düzenlenen 9. Ulusal Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireliği Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

## İletişim:

Dr. Öğr. Üyesi, Figen Erol Ursavaş  
Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çankırı, Türkiye  
Tel: +90 376 213 17 02  
E-Posta: figeneroll@gmail.com

Gönderilme Tarihi : 01 Mart 2017  
Revizyon Tarihi : 01 Mayıs 2017  
Kabul Tarihi : 01 Mayıs 2017

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarının ve bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüşlerinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırmanın verileri, Şubat–Temmuz 2015 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi ve iki devlet hastanesinde hemşire tanıtıcı bilgi formu, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüş formu ve bireyselleştirilmiş bakım skalası hemşire versiyonu ile toplanmıştır. Örneklemi, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahiliye, cerrahi ve yoğun bakımlarda çalışan 256 hemşire oluşturmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin %78,90'u hastanede bireyselleştirilmiş bakım vermek için sunulan olanakların yetersiz olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin %94,50'i bireyselleştirilmiş bakım vermeyi önemli bulurken sadece %46,50'inin bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşündüğü görülmüştür. Hemşirelerin klinikte hasta bakımı dışında zaman ayırdığı durumlar incelendiğinde; telefona yanıt verme (%30,00), ilaç-malzeme temin etme (%29,00), birim giriş-çıkışlarını kontrol etme (%19,00) gibi dolaylı bakım uygulamalarına daha çok zaman ayırdıkları saptanmıştır. Hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini destekleme toplam madde puan ortalaması 3,72±0,80 iken, hastanın bakımını bireyselleştirme toplam madde puan ortalaması ise 3,93±0,77 olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermenin öneminin farkında oldukları, fakat bazı engellerden dolayı bireyselleştirilmiş bakım vermede güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Kaliteli ve güvenli bireysel bakım hizmetinin sunumu için hemşirelerin dolaylı uygulamalardan uzaklaştırılıp, doğrudan hasta bakımına yönlendirilerek bireysel bakımın sağlanacağı düşünülmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik, bireyselleştirilmiş bakım, bireyselleştirilmiş bakımdaki engeller

## EXAMINATION OF THE STATUS OF NURSES TO PROVIDE INDIVIDUALIZED CARE AND THEIR OPINIONS

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study is to investigate the status of nurses to provide individualized care and their opinions.

**Method:** Data of this descriptive and cross-sectional study were collected by using the nurse information form, the form for opinions of nurses on individualized care, and individualized care scale-nurse version in a university hospital and two public hospitals between February and July 2015. The sample consisted of 256 nurses who agreed to participate in the study, and who were working in the medical, surgical, and intensive care departments.

**Results:** It was observed that 78.90% of the nurses thought that opportunities offered for providing individualized care in the hospital were insufficient; while 94.50% of the nurses considered providing individualized care as important; only 46.50% thought that they were providing individualized care. When examining the conditions that nurses allocated time except for patient care in the clinic, they were determined to allocate more time for indirect care practices such as answering the phone (30.00%), supplying drug-materials (29.00%), and checking entrance-exits of the unit (19%). While total item mean score of the nurses for supporting individuality of patients in care practices was 3.72±0.80, their total item mean score for individualizing patient care was determined to be 3.93±0.77.

**Conclusion:** It was determined that the nurses were aware of the importance of providing individualized care but they had difficulty in providing individualized care due to some barriers. It is thought that in order to provide quality and safe individualized care service, individualized care is to be provided by taking away nurses from indirect practices and engage them in direct patient care.

**Key words:** Nursing, individualized care, barriers in individualized care

İnsanların temel gereksinimlerini karşılamaları, yeteneklerini geliştirerek sürdürmeleri, hayatta kalabilmeleri ve bağımsız olarak fonksiyon görebilmeleri için hemşirelerin doğrudan yaptıkları her uygulamaya bakım denmektedir (1). Bireyin, ailenin, toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve iyileştirme amacına yönelik hizmetlerin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve örgütlenmesinden sorumlu olan hemşireler, bireylere kaliteli ve planlı bakım sunmaya çalışmaktadırlar (2, 3). Hemşireliğin odak noktası insan ve bakımdır (4). Watson hemşirelik bakımını; bedensel, akılsal, ruhsal ve sosyokültürel yollarla iki kişinin karşılıklı etkileşimi olarak tanımlamış ve bilimsel, etik, estetik, profesyonel bir kişiler arası süreç olarak ele almıştır. Bu nedenle, hemşirenin doğru bilgisini, aklını, eleştirel düşünme yetisini ve özelleşmiş teknik becerisini saygılı bir tutumla sunması oldukça önemlidir (4, 5).

Günümüzde, hemşirelik bakımının uygulanmasında, hastanın kendine özgü olduğunu göz ardı eden, standartlaştırılmış protokollerden yararlanma eğilimi oldukça yaygınlaşmıştır. Fakat hemşireler, bakımını üstlendikleri hastaların bireyselliğine ve otonomisine saygı duymak zorundadır (6). Bireyselleştirilmiş bakım; hasta ve ailesinin gereksinimlerini onların değerlerini, kültürel geçmişlerini ve inançlarını göz önünde bulundurarak, birey ile işbirliği halinde ve saygılı bir şekilde sunulması olarak tanımlanmaktadır (7, 8). Bireyselleştirilmiş bir girişim, daha çok hasta-hemşire etkileşiminin sonucu olarak gelişmektedir (7). Dolayısıyla hemşirenin hasta ile uzun süre birlikte olarak bakım vermesi; sağlık bakımının kalitesini ve güvenliğini arttırmakta, hastalık yönetimini sağlamakta, anksiyeteyi azaltmakta, hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini arttırmakta, sağlık bakım hizmetlerinin kullanımını azaltarak maliyete olumlu katkıda bulunmaktadır (9–12). Ayrıca, mortaliteyi, tıbbi hataları ve enfeksiyonları da azaltarak fonksiyonel durumu yükseltmekte ve klinik bakımı geliştirmektedir (13–15). Bu yararlar göz önüne alındığında daha kaliteli ve güvenli bir hizmet sunumu için hemşirelerin dolaylı uygulamalardan (ilaç ve malzeme istemi, telefona cevap verme gibi) uzaklaştırılıp doğrudan hasta bakım uygulamalarına yönlendirilmesi oldukça önemlidir (16).

Sağlık bakım alanları, hem yoğun stres yaşayan bireylere hizmet verilen hem de çalışanların stresli durumlarla daha sık karşılaştığı iş ortamlarıdır. Bu nedenle, olumsuz çalışma koşulları hemşirelerin profesyonelliklerini olumsuz etkilemekte ve bireyselleştirilmiş bakım vermelerini zorlaştırmaktadır (3). Yapılan çalışmalarda, hemşirelerin çalışma saatlerinin yaklaşık 1/3'ünü telefona yanıt verme, malzeme ve ilaç temini gibi dolaylı bakım uygulamaları ile geçirdiklerini göstermektedir (16, 17). Bireyselleştirilmiş bakım

vermedeki engellerin ise; yetersiz eleman sayısı, yetersiz personel eğitimi, bireyselleştirilmiş bakım ile ilgili iyi eğitim modeli ve müfredatın olmaması, sağlıkta biyomedikal modelin baskın olması ve bakımın koordinasyonu ve işbirliği ile ilgili yetersizliklerin olduğu belirtilmiştir (18).

Bireyselleştirilmiş bakımı değerlendirmek için yapılan araştırmaların, hastaların bireyselliğini destekleme ve hemşirelerin bakım algıları üzerine odaklandığı görülmektedir (6, 7, 19). Son yıllarda bireyselleştirilmiş bakımın hem hasta bireyler hem de hemşirelerin bakış açısı ile değerlendirmesi gerekliliği ön plana çıkmıştır. Bu saptamadan yola çıkılarak, çalışmanın amacı, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarının ve bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüşlerinin incelenmesidir.

## Gereç ve yöntem

### Araştırmanın tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

### Araştırmanın soruları

1. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumu nedir?
2. Hemşirelerin klinikte hasta bakımı dışında zaman ayırdığı durumlar nelerdir?
3. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermenin faydalarına ilişkin görüşleri nelerdir?
4. Hemşirelerin bireysel bakımda engel olarak gördükleri unsurlar nelerdir?

### Araştırmanın yeri, evren ve örnekleme

Araştırmanın verileri, Çankırı Devlet Hastanesi, Tokat Devlet Hastanesi ve Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Şubat 2015 ile Temmuz 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın evrenini, bu hastanelerde çalışan 575 hemşire oluşturmuştur. Örneklemini, araştırmaya, gönüllü olarak katılmayı kabul eden, bakım verilen kliniklerde çalışan, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli ve raporlu olmayan 256 hemşire oluşturmuştur. Araştırmamızda, gününbirlik cerrahi, ameliyathane, kan alma, pansuman ve poliklinik hizmetlerinde çalışan hemşireler ve çalışmanın yapıldığı tarihte izinli ve raporlu olan hemşireler örnekleme alınmamıştır.

### Veri toplama yöntemi ve araçları

Araştırmanın verileri, Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu, Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakıma İlişkin Görüş Formu ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası - Hemşire Versiyonu kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formları, hemşireler tarafından doldurulmuştur.

### Hemşire tanıtıcı bilgi formu

Literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form, hemşirelerin, sosyodemografik özelliklerini (cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu) ve mesleki özelliklerini (çalışma yılı, ücretten memnuniyeti ve mesleği sevme) içeren toplam altı soru içermektedir (9–12).

### Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüş formu

Form, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüşlerini belirlemek için literatürden yararlanarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (13–15, 17, 18).

Bu form, "Bireyselleştirilmiş bakım vermede olanakların yeterliliği", "Bireyselleştirilmiş bakımın yararlı olduğunu düşünme", "Bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşünme" olmak üzere ilişkin üç soru ve "Hemşirelerin klinikte hasta bakımı dışında zaman ayırdığı durumlar", "Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermenin faydaları hakkındaki görüşleri" "Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermede yaşadıkları engeller" olmak üzere üç açık uçlu, toplam altı sorudan oluşmaktadır.

### Bireyselleştirilmiş bakım skalası hemşire versiyonu

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire Versiyonu (BBS-Hemşire), sağlık bakımı ortamında bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarını değerlendirmek üzere 2000 yılında Suhonen ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Skala, 2005 yılında revize edilmiş beşli Likert tipinde bir skaladır. Skalanın, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği, Şendir ve ark. tarafından 2010 yılında yapılmıştır. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası - Hemşire Versiyonunun Türkçe geçerliliği; dil geçerliliği ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) kullanılarak sınanmıştır. KGİ, 0,87 olarak bulunmuştur. Türkçe skalanın güvenilirliğinin sınanmasında, iç tutarlık Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları BBS-A-Hemşire için 0,77, BBS-B-Hemşire için 0,88'dir. BBS-A Hemşire skalasının alt boyut Cronbach alpha katsayıları, klinik durum 0,85, kişisel yaşam durumu 0,77, karar verme kontrolü için 0,87 iken; BBS-B Hemşire için klinik durum 0,88, kişisel yaşam durumu 0,80, karar verme kontrolü için 0,87 olarak bulunmuştur. Madde toplam puan korelasyonları kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur ( $r > 0,30$ ) (20).

Her biri 17 madde içeren iki bölümlü bu skalanın birinci bölümünde "Hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini destekleme" (BBS-A-Hemşire), ikinci bölümde ise, "Hastanın bakımını bireyselleştirme" (BBS-B-Hemşire) algıları değerlendirilmektedir. BBS-A ve BBS-B'de benzer olumlu ifadelerden oluşan; "Klinik durum", "Kişisel yaşam

durumu" ve "Karar verme kontrolü" olmak üzere üç alt boyut bulunmaktadır. "Klinik durum"; hasta bireylerin hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığın kendisi için anlamını içeren konularda bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını içermektedir. "Kişisel yaşam durumu"; hasta bireylerin inanç ve değerlerini yansıtan, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, aile bağlarının yanı sıra işi ve hastane deneyimi gibi konularda hemşirelerin bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını "Karar verme kontrolü"; hasta bireylerin duyguları, düşünceleri, isteklerini yansıtan ve kendi bakımında söz sahibi olmasına ve bakımı ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlanması gibi konularda hemşirelerin, bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarından oluşmaktadır. BBS-A ve BBS-B'nin puanları, alt boyutlarının madde puanlarının toplanıp madde sayısına bölümü ile elde edilmekte ve ayrı ayrı değerlendirilmektedir. Her bir bölümden ve alt boyutlarından alınabilecek madde puan ortalamaları en az bir, en fazla beştir. Puanların yüksek olması hemşirelerin, genel olarak uyguladıkları hemşirelik eylemleri sırasında hastaların bireyselliğini destekleme ve hasta bakımını bireyselleştirme algılarının yüksek olduğunu gösterir (21).

Bizim çalışmamızda skalanın, BBS-A ölçeğinin toplam Cronbach alpha katsayısının 0,92, alt boyutlarının ise, 0,88, 0,83, 0,85 olduğu saptanmıştır. BBS-B ölçeğinin toplam Cronbach alpha katsayısının 0,92, alt boyutlarının ise, 0,91, 0,75, 0,88 olduğu bulunmuştur.

### Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca çalışmanın uygulanabilmesi için Çankırı Devlet Hastanesi, Tokat Devlet Hastanesi ve Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi yönetiminden yazılı izin alınmıştır. Hemşirelere çalışmanın amacı açıklanarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

### Verilerin analizi

Veriler SPSS 22 programında sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılarak analiz edilmiştir.

### Bulgular

Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, hemşirelikte çalışma yılı ortalamasının  $8,57 \pm 6,56$  olduğu, %44,90'unun ön lisans mezunu, %79,70'sinin kadın ve %59,80'inin evli olduğu belirlenmiştir. Aldıkları ücretten memnun

olmayan hemşirelerin örneklemin %75,80'ini oluşturduğu ve %76,95'nin mesleği sevdiği için tercih ettiği saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özellikleri (n=256)

<b>Sosyodemografik Özellikler</b>		<b>n (%)</b>	
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	204	(79,70)
	Erkek	52	(20,30)
<b>Medeni Durum</b>	Evli	153	(59,80)
	Bekar	103	(40,20)
<b>Eğitim Durumu</b>	Lise	69	(27,00)
	Ön lisans	115	(44,90)
	Lisans	65	(25,40)
	Lisansüstü	7	(2,70)
<b>Mesleki Özellikler</b>		<b><math>\bar{X} \pm SS</math></b>	<b>Min-Max</b>
<b>Çalışma Yılı</b>		8,57 ± 6,56	1,00–31,00
		<b>n (%)</b>	
<b>Ücretten memnun olma durumu</b>	Evet	62	(24,20)
	Hayır	194	(75,80)
<b>Mesleği sevmeye</b>	Evet	197	(76,95)
	Hayır	59	(23,05)

Hemşirelerin %78,90'ı hastanede bireyselleştirilmiş bakım vermek için sunulan olanakların yetersiz olduğunu, hemşirelerin %94,50'si bireyselleştirilmiş bakım vermeyi önemli bulurken sadece %46,50'sinin bireyselleştirilmiş bakım verdiğini düşündüğü görülmüştür. Hemşirelerin klinikte hasta bakımı dışında zaman ayırdığı durumlar incelendiğinde, doğrudan hasta bakımından çok telefona yanıt verme (%30,00), ilaç-malzeme temin etme (%29,00), birim giriş-çıkışlarını kontrol etme (%19,00) gibi dolaylı bakım uygulamalarına daha çok zaman ayırdıkları saptanmıştır. Bireyselleştirilmiş bakım vermenin faydalarına ilişkin, hemşirelerin, %17,00'si bakım kalitesini arttırdığını, %13,00'ü hasta memnuniyetini arttırdığını, %12,00'si enfeksiyon oranını azalttığını, %11,00'i hasta güvenliği ve yaşam kalitesinin artması ile, tıbbi hata ve hasta anksiyetesinin azaldığını belirtmiştir. Hemşirelerin, bireyselleştirilmiş bakım vermede engeller olarak, yetersiz eleman (%42,00), bakımın devamı, koordinasyonu ve işbirliği ile ilgili yetersizlikler (%14,00), personel arası iletişim eksikliği (%12,00), yetersiz eğitim (%9,00) olarak bildirmişlerdir (Tablo 2).

Hemşirelerin BBS-A toplam madde puan ortalaması 3,72±0,80'idi. Alt boyut madde puan ortalaması en yüksekten en düşüğe doğru sırasıyla, *Klinik durum* 3,96±0,82,

**Tablo 2.** Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin görüşlerinin dağılımı (n: 256)

<b>Görüşler</b>	<b>n (%)</b>
<b>Bireyselleştirilmiş bakım vermek için olanakların yeterlilik durumu</b>	
Yeterli	54 (21,10)
Yeterli değil	202 (78,90)
<b>Bireyselleştirilmiş bakım vermenin yararlı olduğunu düşünme durumu</b>	
Evet	242 (94,50)
Hayır	14 (5,50)
<b>Bireyselleştirilmiş bakım verme durumu</b>	
Evet	119 (46,50)
Hayır	137 (53,50)
<b>Hemşirenin hasta bakımı dışında zaman ayırdığı durumlar</b>	
Telefona cevap verme	189 (30,00)
İlaç malzeme temini	183 (29,00)
Birim giriş çıkışını kontrol etme	118 (19,00)
Order yazma	59 (9,00)
Çok sayıda kalite formu doldurma	17 (3,00)
Hasta yakınlarının taleplerini karşılama	15 (2,00)
Reçete yazma	13 (2,00)
Tomografi, BT vb. hasta götürme	12 (2,00)
Ameliyat onamı, yoğun bakım onamı alma	11 (2,00)
Doktor vizitlerine, muayenelerine ve biyopsilerine katılma	6 (1,00)
Yapılan tedavi ve uygulamalarını hasta sistemine girmek	5 (1,00)
<b>Bireyselleştirilmiş bakımın faydaları</b>	
Bakım kalitesini artırır	224 (17,00)
Memnuniyet artar	180 (13,00)
Enfeksiyon azalır	161 (12,00)
Hasta güvenliği artar	155 (11,00)
Yaşam kalitesi artar	153 (11,00)
Tıbbi hata azalır	146 (11,00)
Hastanın anksiyetesini azaltır	144 (11,00)
Mortalite azalır	94 (7,00)
Hastalık yönetimi sağlanır	92 (7,00)
<b>Bireyselleştirilmiş bakım vermedeki engeller</b>	
Yetersiz eleman	203 (42,00)
Personel işbirliğinin yetersizliği	69 (14,00)
İletişim yetersizliği	60 (12,00)
Yetersiz eğitim	45 (9,00)
Biyomedikal bakımın kullanılması	17 (3,00)
İyi eğitim modelinin olmaması	40 (8,00)
Müfredat yetersizliği	29 (6,00)
Vakit yetersizliği	13 (3,00)
Malzeme eksikliği	8 (2,00)
Motivasyon ve destekleme eksikliği	4 (1,00)

Karar verme kontrolü  $3,82 \pm 0,89$ , Kişisel yaşam durumu  $3,24 \pm 1,11$  olarak sıralandığı görüldü. (Tablo 3).

Hemşirelerin BBS-B toplam madde puan ortalaması  $3,93 \pm 0,77$  iken, alt boyut madde puan ortalaması en yüksekte en düşüğe doğru sırasıyla Klinik durum  $4,09 \pm 0,83$ , Karar verme kontrolü  $4 \pm 0,86$ , Kişisel yaşam durumu  $3,54 \pm 0,95$  olarak sıralandığı görüldü. (Tablo 3).

**Tablo 3.** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası hemşire versiyonunun alt boyut puan ortalamaları (n=256)

Bireyselleştirilmiş bakım skalası hemşire versiyonu	Min-max	$\bar{X} \pm ss$
BBS-A-Hemşire	1,17-5,0	$3,72 \pm 0,80$
Klinik durum	1,14-5,0	$3,96 \pm 0,82$
Kişisel yaşam durumu	1,0-5,0	$3,24 \pm 1,11$
Karar verme kontrolü	1,0-5,0	$3,82 \pm 0,89$
BBS-B-Hemşire	1,0-5,0	$3,93 \pm 0,77$
Klinik durum	1,0-5,0	$4,09 \pm 0,83$
Kişisel yaşam durumu	1,0-5,0	$3,54 \pm 0,95$
Karar verme kontrolü	1,0-5,0	$4,00 \pm 0,86$

SS, Standart Sapma.

## Tartışma

Hemşirelik biliminin odak noktasını, sağlıklı ve hasta bireye verilen bakım oluşturmaktadır. Bakım, hemşirelik mesleğinin var oluş nedeni ve en önemli yapı taşıdır (19). Bireyselleştirilmiş bakım sağlık bakımının değerlerini gösteren ve etkileyen evrensel bir öneme sahiptir (22). Bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik uygulamasının bir parçasıdır (23).

Çalışmamıza katılan hemşireler bireysel bakım vermeyi önemli bulurken, dolaylı bakım uygulamalarından (ilaç malzeme temini, telefona yanıt verme, birim giriş çıkışlarını kontrol etme vb.) dolayı hemşirelerin çoğunluğu bireyselleştirilmiş bakım veremediklerini ifade etmektedir. Türkmen ve Uslu'nun (2001) yaptıkları çalışmada hemşireler, dolaylı bakım uygulamalarının (form doldurma, ilaçları bilgisayara girme, ilaçları alma ve yerleştirme, telefon görüşmeleri vb.) bir vardiyada hasta başına bir saatten fazla sürdüğünü; ünite ile ilgili dolaylı işlerin (demirbaşa sayımı, narkotiklerin sayımı, acil arabasının kontrolü vb.) ise yaklaşık bir saat zaman aldığını ifade etmişlerdir (16). Yıldırım'ın (2006) çalışmasında da, hemşirelerin gündüz vardiyasında hasta ile ilgili dolaylı bakım uygulamalarına %16,00, servise ilgili işlemlere ise %15,00 oranında zaman ayırdıklarını belirtmişlerdir (17). Çalışma sonuçları bizim çalışma

sonucumuz ile benzer olup hemşirelerin yaptıkları dolaylı bakım uygulamalarından dolayı hastalara bireysel bakım için yeterli süre ayıramadığını göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada çalışanların iş memnuniyeti ile bireyselleştirilmiş bakım verme arasında pozitif ilişkinin olduğu belirtilmiştir (24). Çalışanların iş memnuniyet ve doyum düzeyini etkileyen faktörler bireysel ve örgütsel faktörlerdir. Yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hizmet süresi, medeni durum bireysel faktörlerken iş ve niteliği, yönetim tarzı ve denetim, gelişme ve yükselme olanakları, çalışma şartları, birlikte çalışan kişiler ve alınan ücret örgütsel faktörlerdir (25, 26). Çelik ve ark.'nın (2012), cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerini değerlendirdikleri çalışmasında, hemşirelerin çoğunluğunun aldıkları ücretten memnun olmadıklarını, aldıkları ücretten kısmen memnun olan hemşirelerin ise mesleki profesyonellik puan ortalamalarının yüksek olduğu belirtilmiştir. Hastanede sunulan olanakların iyi olması durumunda da hemşirelerin mesleki profesyonellik puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır (2). Zuniga ve ark.'nın (2015) çalışmasında da benzer şekilde, fazla iş yükünün ve rol karmaşasının kaliteli bakımı etkilediği belirtilmiştir (27). Farklı bir çalışmada da bireyselleştirilmiş bakımla ilgili hemşirelerin algıları ile profesyonel uygulamaları arasında bir ilişki bulunmuştur (22). Mesleki profesyonelliğin, bireyselleştirilmiş bakım verme ile olası olduğu göz önüne alındığında, yapılan çalışmaların araştırmamızı desteklediği söylenebilmektedir.

Bireyselleştirilmiş bakım hasta bakım sonuçlarını olumlu yönde etkilemektedir (23). Hasta bakım sonuçlarından birisi de hasta memnuniyetidir. Hasta memnuniyeti çeşitli faktörlerden etkilenen karmaşık bir kavram olup kaliteli bir hasta bakımının en önemli göstergelerindendir (28). Çalışmamızda yer alan hemşireler, bireyselleştirilmiş bakım vermenin yararlarında hasta memnuniyetini arttırabileceğini ve hasta anksiyetesini azaltabileceğini ifade etmişlerdir. Benzer şekilde Acaroğlu ve ark.'nın (2007) çalışmasında ve Suhonen ve ark.'nın (2012) erişkin cerrahi hastaları ile yaptıkları çalışmasında da bireyselleştirilmiş bakımın hasta memnuniyetini arttırdığı saptanmıştır (6, 29). Weldam ve ark.'nın yaptıkları çalışmada (2017) da benzer şekilde, hemşireler bireyselleştirilmiş bakım girişimlerin hasta memnuniyetini ve yaşam kalitesini arttırdığı ve hastaların algılarını olumlu yönde etkilediğini belirtmişlerdir (30).

Hemşirelik eğitimi öğrenciye, içinde yaşadığı toplumu ve dünyayı anlayarak, hemşire olmak için gerekli olan bilgi, beceri ve tutumu kazandırmalı, öğrencinin bunları hayata geçirmesini sağlamalıdır (31). Çalışmamızda hemşireler,

bireyselleştirilmiş bakım vermeyi önemli bulsalar da; yetersiz eleman, personel işbirliğinin yetersizliği, iletişim yetersizliği, yetersiz eğitim, bireyselleştirilmiş bakım ile ilgili iyi eğitim modelinin olmaması ve bu konunun hemşirelik müfredatında yer almaması gibi nedenlerle yeterince uygulamadıklarını belirtmektedirler. Çalışmamızı oluşturan hemşirelerin %27,00'si lise, %44,90'u ise ön lisans eğitimine sahiptir. Çelikkalp ve ark.'nın (2010) yaptıkları çalışmada benzer şekilde, hemşirelerin sadece %27,40'ünün lisans döneminde verilen eğitimi yeterli bulduğu (32), Kumcağız ve ark.'nın (2011) çalışmasında ise hemşirelerin eğitim düzeyinin iletişim becerilerini etkilediği, lisans ve üzeri eğitimin hemşirelerin iletişim becerilerinin davranışsal boyutunu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur (33). Beydağ ve Arslan'ın 2008 yılında kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin mesleki profesyonelliklerini incelediği çalışmada da, ebe ve hemşirelerin eğitim düzeyi ile profesyonel tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık meslek lisesi mezunu olan ebe ve hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin diğerlerine göre daha düşük olduğu, eğitim arttıkça puanın yükseldiği belirtilmiştir (3). Çalışmamızda yer alan hemşirelerin çoğunluğunun lisans düzeyinin altında eğitime sahip olmasının kurulacak iletişimi ve profesyonelliklerini olumsuz etkileyeceği ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermesine engel olabileceği varsayılmaktadır.

Hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini destekleme düzeyinin ve hasta bakımını bireyselleştirme algısı puan ortalamalarının, ülkemizde Can ve Acaroğlu (2015) yaptıkları çalışmada, BBS-A'nın  $3,88 \pm 0,66$  sonucunun bizim çalışmamıza benzer olduğu görülmüştür (19). Finlandiya'da yapılan Charalambous ve ark.'nın (2010) çalışmasında (BBS-A  $4,02 \pm 0,51$ , BBS-B  $4,05 \pm 0,50$ ); yine aynı ülkede yapılan Suhonen ve ark.'nın (2010) çalışmasında ise (BBS-A  $4,02 \pm 0,56$ , BBS-B  $4,10 \pm 0,53$ ) bizim çalışmamıza göre puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür (22, 23). Rose ve ark.'nın (2016) radyasyon onkolojisi ünitesindeki hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım hakkındaki görüşlerini inceledikleri çalışmasında da benzer şekilde, BBS-A ve BBS-B puan ortalamalarının bizim çalışmamıza göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (34). Eğitim düzeyi ile hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme yeteneği ilişkilidir (23, 34).

Idvall ve ark.'nın (2012) hemşirelerin sosyodemografik özellikleri ile bireyselleştirilmiş bakım verme arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri araştırmalarında da, eğitim düzeyi ile deneyimin önemli bir etken olduğu belirtilmiştir (35). Rose ve ark.'nın (2016) çalışmasında 20 yıldan fazla deneyime sahip olan hemşirelerin kişisel yaşam alt boyut puanlarının daha yüksek olduğunu bulunmuştur (34). Bu durum, ülkemizde çalışan hemşirelerin hasta bakımını bireyselleştirme ve hastaların bireyselliğini desteklemede olumlu olduğunu, fakat hemşirelerin çalışma koşullarının ve eğitim düzeylerinin birbirinden farklı olması ile birlikte çalışmamızda yer alan hemşirelerin deneyim yılının az olmasından dolayı, puan ortalamasının daha düşük olduğu düşünülmektedir. Zúñiga ve ark.'nın (2015) İsviçre'de bakım veren sağlık çalışanlarının kaliteli bakım verme algıları ile iş ortamı, iş stresörü ve bakım verme oranları arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmada çalışanlar kaliteli bakımı; ekip çalışması yapabilme, güvenli ortama ve yeterli kaynaklara sahip olma ve iş yüküne bağlı stresin az olması ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (27). Ayrıca, yapılan çalışmalarda yetersiz eleman sayısının da bireyselleştirilmiş bakım vermeyi olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir (36–38). Bizim çalışmamızda da hemşireler benzer ifadeleri kullanarak bireyselleştirilmiş bakım verme önündeki engelleri; yetersiz eleman, personel işbirliğinin yetersizliği, iletişim yetersizliği, iş yükünün fazla olması, malzeme eksikliği, motivasyon ve destekleme eksikliği olarak ifade etmişlerdir.

Sonuç olarak, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermenin öneminin farkında olduğu, fakat yetersiz eleman, personel işbirliğinin yetersizliği, iletişim yetersizliği ve yetersiz eğitim gibi engellerden dolayı bireyselleştirilmiş bakım vermede güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Kaliteli, güvenli ve bireysel bakım hizmeti sunumu için bireyselleştirilmiş bakımın hemşirelik müfredatlarında yer almasının, hemşirelerin görev tanımında bulunmayan girişimlerden (sekreter işlerinden vb.) uzaklaştırılmasının, kliniklerde gerekli olanakların oluşturulmasının ve hemşirelerin doğrudan hasta bakımına yönlendirilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermesi ile hastanın kendini güvende hissedeceği, hasta memnuniyetinin artacağı ve hasta bakım sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

## Kaynaklar

- Engster D. Rethinking Care Theory: The Practice of Caring and The Obligation to Care. *Hypatia* 2005;20:50–74. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2005.tb00486.x>
- Çelik S, Ünal Ü, Saruhan S. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Profesyonelliklerinin Değerlendirilmesi. *İ. Ü. F. N. Hem Derg* 2012;20:193–9.
- Beydağ KD, Arslan H. Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008;3:75–87.
- Diñç L. Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010;74–82.
- Watson J. Watson Caring Science Institute 2017 <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/> Erişim tarihi:23.02.2017.
- Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H, Sosyal E. Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımının Hasta Memnuniyeti ve Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesine Etkisi. *İ. Ü. F. N. Hem Derg* 2007;15:61–7.
- Suhonen R, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *J Adv Nurs* 2005;50:282–92. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03391.x>
- Boon A, Hinf GC. Excellence Through Patient and Family Centred Care. Bay of Plenty District Health Board. Phase 1 Final Report 2012;5–6.
- Bauman AE, Fardy HJ, Harris PG. Getting it right: why bother with patient-centred care? *Med J Aust* 2003;179:253–6.
- Bertakis KD, Azari R. Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med* 2011;24:229–39. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170>
- Polikandrioti M, Ntokou M. Needs of Hospitalized Patients. *Health Sci J* 2011;5:15–22.
- Yıldırım NK, Kaçmaz N, Özkan M. Yetişkin Kanser Hastalarının Destekleyici Bakım Gereksinimleri ve Verilen Hizmet Arasındaki Boşluk. *DEUHYO ED* 2013;6:231–40.
- Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res* 2010;45:1188–204. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01138.x>
- Flach SD, McCoy KD, Vaughn TE, Ward MM, Boots Miller BJ, Doebbeling BN. Does patient centered care improve provision of preventive services? *J Gen Intern Med* 2004;19:1019–26. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30395.x>
- Jha AK, Orav EJ, Zheng J, Epstein AM. Patients' perception of hospital care in the United States. *N Engl J Med* 2008;359:1921–31. <https://doi.org/10.1056/NEJMs0804116>
- Türkmen E, Uslu A. Özel Bir Hastanede Hemşirelerin Dolaylı Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *İ. Ü. F. N. Hem Derg* 2011;19:60–7.
- Yıldırım D. Hemşirelerin Servislerde Hastalarla ve Diğer İşlere Ayırdıkları Sürelerin Değerlendirilmesi. *İ. Ü. F. N. Hem Derg* 2006;4:177–92.
- Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *Br J Nurs* 2010;19:912–7. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.14.49050>
- Can Ş, Acaroğlu R. Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ile İlişkisi. *İ. Ü. F. N. Hem Derg* 2015;23:32–40. <https://doi.org/10.17672/fnhd.93977>
- Şendir M, Acaroğlu R, Kanan N, Shonen R, Katajisto J. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği - Hemşire Versiyonu'nun Türkçe geçerlik ve güvenilirliği. İçinde: 1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Kitabı. İzmir, Türkiye: Ege Üniversitesi Basımevi Müdürlüğü; 2010. p. 129.
- Acaroğlu R, Şendir M. Bireyselleştirilmiş Bakım Değerlendirme Skalaları. *İ. Ü. F. N. Hem Derg* 2012;20:10–6.
- Charalambous A, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *Int Nurs Rev* 2010;57:500–7. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00831.x>
- Suhonen R, Gustafsson ML, Katajisto J, Valimaki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care. *J Adv Nurs* 2010;66:1035–46. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05256.x>
- Suhonen R, Charalambous A, Stolt M, Katajisto J, Puro M. Caregivers work satisfaction and individualized care in care settings for older people. *J Clin Nurs* 2013;22:479–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04052.x>
- Yılmaz E, Vermişli S. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde meslekte profesyonelleşmenin iş doyumuna etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2016;4:17–27.
- Tilev S, Beydağ KD. Hemşirelerin İş Doyum Düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014;3:140–7. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2014.140>
- Zuñiga F, Ausserhofer D, Hamers JP, Engberg S, Simon M, Schwendimann R. Are Staffing, Work Environment, Work Stressors, and Rationing of Care Related to Care Workers' Perception of Quality of Care? A Cross-Sectional Study. *J Am Med Dir Assoc* 2015;16:860–6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.04.012>
- Yılmaz M. Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001;5:69–74.
- Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, et al. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scand J Caring Sci* 2012;26:372–80. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00943.x>
- Weldam SW, Lammers JJ, Zwakman M, Schuurmans MJ. Nurses' perspectives of a new individualized nursing care intervention for COPD patients in primary care settings: A mixed method study. *Appl Nurs Res* 2017;33:85–92. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.10.010>
- Karöz S. Hemşirelik Eğitiminde Klinik Değerlendirmeye Genel Bakış: Güçlükler ve Öneriler. *DEUHYO ED* 2013;6:149–58.
- Çelikkalp Ü, Aydın A, Temel M. Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Aldıkları Eğitime İlişkin Görüşleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3:3–13.
- Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38:49–56.
- Rose PM. Individualized care in the radiation oncology setting from the patients' and nurses' perspective. *Cancer Nurs* 2016;39:411–22. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000332>
- Idvall E, Berg A, Katajisto J, Acaroglu R, Luz MD, Efstathiou G, et al. Nurses sociodemographic background and assessments of individualized care. *J Nurs Scholarsh* 2012;44:284–93. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01463.x>
- Scott-Cawiezell J, Schenkman M, Moore L, Vojir C, Connolly RP, Pratt M, Palmer L. Exploring nursing home staff's perceptions of communication and leadership to facilitate quality improvement. *J Nurs Care Qual* 2004;19:242–52.
- Caspar S, Cooke HA, O'Rourke N, MacDonald SW. Influence of individual and contextual characteristics on the provision of individualized care in long-term care facilities. *Gerontologist* 2013;53:790–800. <https://doi.org/10.1093/geront/gns165>
- Rasooli AS, Zamanzadeh V, Rahmani A, Shahbazpoor M. Patients' Point of View About Nurses Support of Individualized Nursing Care in Training Hospitals Affiliated with Tabriz University of Medical Sciences. *J Caring Sci* 2013;2:203–9. <https://doi.org/10.5681/jcs.2013.025>