

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

**ONKOLOJİ KLİNİĞİNDE HASTA VE HEMŞİRE BAKIŞ
AÇISIYLA BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGISI**

Müge ALTINIŞIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019-ANTALYA

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

**ONKOLOJİ KLİNİĞİNDE HASTA VE HEMŞİRE BAKIŞ
AÇISIYLA BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM ALGISI**

Müge ALTINIŞIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğretim Üyesi Fatma ARIKAN

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2018-4056 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

2019-ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu alışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, İç Hastalıkları Hemşireliği Programında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 28 Haziran 2019

Tez Danışmanı : Dr. Öğretim Üyesi Fatma ARIKAN
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Zeynep ÖZER
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Mehmet Ziya FIRAT
Akdeniz Üniversitesi

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Sibel ŐENTÜRK
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

İmza
Fatma Arıkan
Zeynep Özer
Hicran Bektaş
Mehmet Ziya Firat
Sibel Őentürk

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN

Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.

Öğrenci

Müge ALTINIŞIK

İmza

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Fatma ARIKAN

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecim boyunca bana rehberlik eden, bilgi ve birikimlerini paylaşarak kişisel ve mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Fatma ARIKAN'a;

Değerli bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan ve yolumu aydınlatan değerli hocalarım Prof. Dr. Zeynep ÖZER'e ve Prof. Dr. Hicran BEKTAŞ'a;

Tez çalışmama destek sağlayan Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'na, başta Prof. Dr. Hasan Şenol Coşkun olmak üzere Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'ne ve Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyelerine;

Desteklerini her zaman hissettiğim onkoloji kliniğinde çalışan hemşire arkadaşlarıma;

Eğitimimin her aşamasında yardım ve desteklerini esirgemeyen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tüm çalışanlarına;

Tez çalışmamım tüm süreçleri paylaştığım İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim elemanlarına;

Hayatımın her aşamasında desteklerini daima hissettiğim aileme en içten saygı ve sevgilerimle teşekkür ederim.

Müge ALTINIŞIK

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı bireyselleştirilmiş bakımın onkoloji hastaları ve onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin bakış açılarından değerlendirilmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan çalışma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde takip ve tedavisi tamamlanan ve taburcu edilen örnekleme dahil edilme kriterlerine uyan 180 hasta ve Onkoloji kliniğinde çalışmakta olan 23 hemşire ile Ağustos 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında; Katılımcı Bilgilendirilmiş Olur Formu, Hasta Tanıtım Formu, Hemşire Tanıtım Formu, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS)-A, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS)-B ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire)-A, Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire)-B kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizleri SAS 9.4 paket programında yapılmıştır.

Bulgular: Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamanın üzerinde, BBSA-A toplam madde puan ortalaması 3.76 ± 0.90 , hastaların BBS-B toplam madde puan ortalaması 3.72 ± 0.87 olduğu, hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek, BBS-A toplam madde puan ortalamasının 4.21 ± 0.50 , BBS-B toplam madde puan ortalamasının 4.42 ± 0.44 olduğu saptanmıştır. Hastalar ve hemşirelerde her iki skala için en yüksek puanı karar verme alt boyutu, en düşük puanı ise karar kişisel yaşam durumu alt boyutu aldığı belirlenmiştir. Kanser hastalarının yaş, eğitim durumu, medeni durum, gelir düzeyi ve hastalık özelliklerinin bireyselleştirilmiş bakım algısında etkili olmadığı; hemşirelerin meslekte ve klinikte çalışma sürelerinin ve bakımda sorumlu oldukları hasta sayısının bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde etkili olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Onkoloji kliniğinde yatan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları bakımlarından sorumlu hemşirelere göre daha düşüktür. Hastaların bireyselleşmiş bakım algılarının artmasına katkı sağlayacak hemşirelik girişimlerinin planlanması önerilir

Anahtar Kelimeler: Bakım Algısı, Bireyselleştirilmiş Bakım, Hemşirelik, Kanser, Onkoloji

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to evaluate the concept of individualized care in the perspectives of oncology patients and nurses working in oncology clinics.

Method: This descriptive, cross-sectional study was conducted in the Medical Oncology Clinic of Akdeniz University Hospital between August 2018 and April 2019 with 23 nurses working in the oncology clinic and 180 patients who were discharged after receiving treatment and follow-ups, and met the inclusion criteria. The data were collected using Participant Informed Consent Form, Patient Identification Form, Nurse Identification Form, Individualized Care Scale (ICS-A, ICS-B) and Individualized Care Scale-Nurse (ICS-A-Nurse, ICS-B-Nurse). Statistical analysis of data was conducted using the SAS 9.4 software package.

Results: Patients' perception of individualized care was found to be above average, mean total item score of ICS-A was found 3.76 ± 0.90 and mean total item score of patients' ICS-B was found 3.72 ± 0.87 while nurses' individualized care perceptions were found high, ICS-A-Nurse was found 4.21 ± 0.50 and ICS-B-Nurse was found 4.42 ± 0.44 .

Conclusion: It was concluded that the age, education level, marital status, income group and disease characteristics of cancer patients were not effective in the perception of individualized care contrary to professional time of nurses, their term of employment in the clinics and the number of patients they responsible for and the difference was determined between the individualized care perceptions of patients and nurses.

Keywords: Cancer, Individualized Care, Perception of Care, Nursing

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Önemi ve Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Araştırma Soruları	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Kanser	3
2.2. Birey, Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım Kavramı	4
2.2.1. Kanser Hastalarında Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı	12
2.2.2. Kanser Hastalarına Yönelik Bireyselleştirilmiş Bakım	14
2.3. Bakım Algısı	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1. Araştırmanın Şekli	19
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı	19
3.3. Araştırma Evren ve Örnekleme	19
3.3.1. Örneklem Büyüklüğü	19
3.3.2. Araştırma Örnekleminin Özellikleri	20
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu	20
3.4.2. Hemşire Tanıtım Formu	21
3.4.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS)	21
3.4.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire)	23
3.5. Araştırma Süreci	25

3.6. Ön Uygulama	26
3.7. Verilerin Toplanması	26
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	26
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	27
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	27
4. BULGULAR	28
4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	28
4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	29
4.1.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	30
4.1.3. Hastaların Hastaneye Yatış Semptomlarına İlişkin Bulgular	31
4.2. Hastaların BBS-A/BBS-B İlişkin Bulgular	32
4.2.1. Hastaların BBS-A/BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	32
4.2.2. Hastaların BBS-A/BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyutlarının Korelasyonuna İlişkin Bulgular	33
4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A ve BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	34
4.3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	35
4.3.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	37
4.3.3. Hastaların Hastaneye Yatış Semptomlarına Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	39
4.3.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	40

4.3.5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	42
4.3.6. Hastaların Hastaneye Yatış Semptomlarına Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular	43
4.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	45
4.4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	45
4.5. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulgular	46
4.5.1. Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular	46
4.5.2. Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyutlarının Korelasyonuna İlişkin Bulgular	47
4.6. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A ve BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	48
4.6.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	49
4.6.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	51
4.7. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	52
4.7.1. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	53
5. TARTIŞMA	54
5.1. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması	54
5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	57

5.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması	59
5.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	62
5.5. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	64
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	66
KAYNAKLAR	69
EKLER	
EK-1 Araştırma Zaman Çizelgesi	
EK-2 Bilgilendirilmiş Olur Formu_(Hasta)	
EK-3 Bilgilendirilmiş Olur Formu_(Hemşire)	
EK-4 Hasta Tanıtım Formu	
EK-5 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A	
EK-6 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B	
EK-7 Hemşire Tanıtım Formu	
EK-8 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A-Hemşire Versiyonu	
EK-9 Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-B- B-Hemşire Versiyonu	
EK-10 Etik Kurul Onayı	
ÖZGEÇMİŞ	94

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Katılımcıların Araştırma Kapsamına Alınma ve Çıkarılma Kriterleri	20
Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	20
Tablo 3.3. BBS-A Cronbach Alpha Değerleri	22
Tablo 3.4. BBS-B Cronbach Alpha Değerleri	22
Tablo 3.5. BBS-A (Hemşire) Cronbach Alpha Değerleri	23
Tablo 3.6. BBS-B (Hemşire) Cronbach Alpha Değerleri	24
Tablo 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	29
Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özellikleri	30
Tablo 4.3. Hastaların Yatış Semptomları	31
Tablo 4.4. Hastaların BBS-A/ BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı	32
Tablo 4.5. Hastaların BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyutlarının Korelasyonun Analizi	33
Tablo 4.6. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz Sonuçları	35
Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz Sonuçları	37
Tablo 4.8. Hastaların Hastaneye Yatış Semptomlarına Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatistiksel Analiz Sonuçları	39

Tablo 4.9. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatiksel Analiz Sonuçları	41
Tablo 4.10. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatiksel Analiz Sonuçları	42
Tablo 4.11. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatiksel Analiz Sonuçları	43
Tablo 4.12. Hemşirelerin Sosyo-demografik ve Mesleki Özellikleri	45
Tablo 4.13. Hemşirelerin BBS-A/ BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
Tablo 4.14. Hastaların BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyutlarının Korelasyonunun Analizi	47
Tablo 4.15. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatiksel Analiz Sonuçları	49
Tablo 4.16. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Tanımlayıcı İstatiksel Analiz Sonuçları	51
Tablo 4.17. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A/ BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil.2.1. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeğinin Teorik Çerçevesi-A	8
Şekil 2.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeğinin Teorik Çerçevesi-A	9
Şekil 2.3. Hasta Merkezli İletişim Çerçevesi	11
Şekil 2.4. Algılanan Sağlık Durum Modeli	17
Şekil. 3.1 Araştırmanın Uygulama Süresi	25

SİMGELER ve KISALTMALAR

BBS-A	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A
BBS-B	: Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası A
SAS	: İstatistiksel Analiz Yazılımı
SS	: Standart Sapma
TDK	: Türk Dil Kurumu

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Önemi ve Tanımı

Dünyada yetişkinlerde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanser, Türkiye'de de kardiyovasküler hastalıklardan sonra % 20 oranında ikinci ölüm nedenidir. Kadınlarda en sık görülen kanser meme, tiroid ve kolorektal kanseri, erkeklerde akciğer, prostat, kolorektal kanseridir. (Kebudi ve Cakir, 2016; Walker ve ark., 2017). Kanser insidansı 100.000'de 227'dir; bu durum da her yıl yaklaşık 175.000 yeni kanser vakası olduğu anlamına gelmektedir (Walker ve ark., 2017). Küresel kanser insidansının 2030 yılına kadar 25 milyona ulaşacağı tahmin edilmekte ve bunun yaklaşık % 70'inin Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde olması beklenmektedir (Kebudi ve Cakir, 2016). Dünyada yaklaşık her altı ölümden biri, ülkemizde ise her beş ölümden birine kanser neden olmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>).

Kanser fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları etkileyerek bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren kronik bir hastalıktır. Kanser tanı ve tedavilerinin olumsuz etkileri hasta ve ailesini etkilemektedir. Hastalığın doğası nedeniyle, kanser diğer kronik hastalıklara göre daha sıkıntılı ve başatması güç sorunlara neden olmaktadır (Helliwell ve ark., 2016; Kousoulou ve ark., 2019). Bu nedenle kanser hastalarının tanı ve tedavilerine yönelik duygularını yönetmeleri, başa çıkma stratejilerini arttırmaları, kaygılarını ve streslerini azaltmaları, tedavi ve tıbbi müdahalelere hazırlıklı olmaları gerekmektedir (Shin, 2014). Hastaların yaşam kalitelerini artırmak ve ihtiyaçlarını bütünsel bir şekilde karşılamak için hasta bireysel olarak ele alınmalı ve ailede bakıma dahil edilmelidir. Hemşirelik bakımında hastaların bireyseliğinin göz önünde bulundurulması, aileninde bakıma dahil edilmesi ile bütüncül ve bireysel olarak sunulabilmektedir (Browall ve ark., 2013).

Bireyselleştirilmiş bakım, hastanın bakım algısı ile değerlendirilmekte ve sağlık hizmetinin önemli bir göstergesi olan bakım kalitesinin değerlendirilmesinde somut bir ölçüt olarak kullanılmaktadır (Radwin ve ark., 2003). Yapılan çalışmalarda, bakım bireyselleştirildiği ölçüde hasta bireyin bakımından doyum sağladığı ve memnuniyet düzeyini artırdığı gösterilmiştir (Suhonen, ve ark., 2005b; Suhonen ve ark., 2007a; Suhonen ve ark., 2007b; Charalambous ve ark., 2010; Acaroglu ve ark.,

2011; Suhonen ve Leino-Kilpi, 2012a; Tekin, 2011). Kanser hastalarının yaşadığı karmaşık ve zorlu süreçler göz önüne alındığında hemşirelik bakımının, farklı bireysel ihtiyaçlara cevap verebilmesi önemlidir (Peppercorn ve ark., 2011; Suhonen ve ark., 2012b; Rose ve Yates, 2013). Kanser hastalarında bireyselleştirilmiş bakım; destekleyici bakımla, iyi bir iletişimle, hastaya bilgi sağlamayla, ekip işbirliğiyle sağlanabilir (Kash ve ark., 2005; Ouwens ve ark., 2010). Bireyselleştirilmiş bakım bakımın kalitesini yükseltmede ve hasta memnuniyetini arttırmada vazgeçilmezdir, üzerinde durulması gereken önemli bir noktadır (Suhonen ve ark., 2010b). Bu nedenle hastaların ve hemşirelerin bakım eylemlerinde bireyselliklerini ne ölçüde algıladıkları ve hangi değişkenlerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediğinin değerlendirilmesi gerekir. Ancak kanser hastalarının bireyselleştirilmiş bakım algısını değerlendiren çalışmalar literatürde sınırlı sayıda olup, ülkemizde kanser hastalarının ve hemşirelerinin bireyselleştirilmiş bakım ihtiyaçlarını değerlendiren çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı bireyselleştirilmiş bakımın onkoloji hastaları ve onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin bakış açılarından değerlendirmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

1. Onkoloji hastalarının ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım gereksinimleri algı düzeyleri nedir?
2. Hastaların bireysel ve hastalık özellikleri bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkiler mi?
3. Hemşirelerin bireysel ve mesleki özellikleri, bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkiler mi?
4. Hemşireler ve hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında farklılıklar var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

Dünyada yetişkinlerde ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kanser, Türkiye'de de kardiyovasküler hastalıklardan (% 39.9) sonra % 20 oranında ikinci ölüm nedenidir. Kadınlarda en sık görülen kanserler meme (% 43.8) ve tiroid (% 21.7); erkeklerde akciğer (% 52.5) ve prostat (%33.1) kanseridir. (Kebudi ve Cakir, 2016; Walker ve ark., 2017). Kanser insidansı 100.000'de 227'dir; bu durum da her yıl yaklaşık 175.000 yeni kanser vakası olduğu anlamına gelmektedir (Walker ve ark., 2017). Küresel kanser insidansının 2030 yılına kadar 25 milyona ulaşacağı tahmin edilmekte ve bunun yaklaşık % 70'inin Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde olması beklenmektedir (Kebudi ve Cakir, 2016). Dünyada yaklaşık her altı ölümden biri, ülkemizde ise her beş ölümden birine kanser neden olmaktadır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>). Erkeklerde en sık görülen ilk üç kanser; akciğer, prostat ve kolorektal, kadınlarda ise meme, tiroid ve kolorektaldir.

Kanser fiziksel, psikolojik, sosyal ve manevi boyutları etkileyerek bireyin yaşamında önemli değişimler meydana getiren kronik bir hastalıktır. Aynı zamanda; belirsizlikler içeren ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terk edilme, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanmaktadır. Tedavi sürecinde ve sonrasında yaşanan belirsizlik hastalığın seyrini ve tedaviye yanıtı etkilemektedir (Tan ve Karabulutlu, 2005; Karabulutlu ve Karaman, 2015)

Kanser tanı ve tedavilerinin olumsuz etkileri sadece hastayı etkilemekle kalmaz. Aileleri üzerinde de etki oluşturmaktadır. Hastalığın doğası nedeniyle, kanser diğer kronik hastalıklara göre daha sıkıntılı ve başatması güç sorunlara neden olmaktadır (Helliwell ve ark., 2016; Kousoulou ve ark., 2019). Bu nedenle kanser hastalarının tanı ve tedavilerine yönelik duygularını yönetmeleri, başa çıkma stratejilerini arttırmaları, kaygılarını ve streslerini azaltmaları, tedavi ve tıbbi müdahalelere hazırlıklı olmaları gerekmektedir (Shin, 2014). Hastaların yaşam kalitelerini artırmak ve ihtiyaçlarını bütünsel bir şekilde karşılamak için hasta bireysel olarak ele alınmalı ve ailede bakıma dahil edilmelidir. Hastaların bireyseliği göz önünde bulundurularak, aileninde bakıma dahil edilmesiyle hemşirelik bakımı; davranışsal, bilişsel ve kapsamlı bir şekilde sağlanmasıdır (Browall ve ark., 2013).

2.2. Birey, Bireyselleştirilmiş Bakım ve Hemşirelikte Bireyselleştirilmiş Bakım Kavramı

Kişilerin fiziksel, biyolojik ve psikolojik anlamlarda birey olduklarını göz önünde bulundurursak; bireysellik ve birey kavramlarını yorumlayabilmenin birçok yolu vardır. Her birey beynini duyuşal veya rasyonel bilgilerle işleyebildiği, davranışlarını buna göre uyarlayarak birçok nedenin etkili olduğu farklı bir kişiliğe sahiptir (Igoumenidis ve ark., 2019). Türk Dil Kurumu'na göre birey; 'kendine özgü nitelikleri yitirmeden bölünemeyen tek varlık' ve 'insan topluluklarını oluşturan, insanların benzer yanlarını kendinde taşımakla birlikte, kendine özgü ayırıcı özellikleri de bulunan canlı olarak tanımlanmaktadır. Bireysellik ise 'Bir kişiyi benzerlerinden ayıran özelliklerin bütünü' olarak tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>).

"Bireysellik" kelimesini bir isim olarak incelemek, bireyselleştirilmiş bakım kavramını daha doğru algılamamızı sağlamaktadır. Bireyselliğin isim olarak anlamı "diğerlerinden farklı, benzersiz" veya 'bir kişiyi veya bir şeyi diğerlerinden ayıran özellikler ve ayrı bir varoluş olarak' tanımlanmaktadır (Suhonen, 2019). Bu tanımlar, bireyselliğin, kişiyi diğerinden ayıran nitelik ve özellik olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bireysellik, bireylerin davranışsal ve bilişsel gelişimi ile ilişkilendirilmektedir (Suhonen ve ark., 2002).

Ayrı ayrı tedavi etmek ve önemsemek anlamına da gelen bireyselleştirmek kavramı hemşirelik mesleği için önemli bir kavramdır (Winland-Brown ve ark., 2015).

Florence Nightingale hemşireliği tıptan ayıran en önemli kavramın hastalığa değil hastaya odaklanmak olduğunu vurgulamasına rağmen, 'Bireyselleştirilmiş bakım' kavramı, 1950'lerin başlarında ortaya çıkmaya başlamış, ve ilk olarak psikogeriatrida alanında kullanılmıştır (Morgan ve Yoder, 2012). Clow, yaşlanan bireylerin bireysel bağımsızlıklarını ve kimliklerini koruma gereksinimlerinin önemine dikkat çekmiştir. Ayrıca, yaşlanan kişinin en büyük ihtiyacının, sadece var olmak değil aynı zamanda hayatta katılacağını hissetmek olduğunu belirtmiştir. Clow'un akımı birey, bakımdaki bireyselliği ve bireyselleştirilmiş bakımın birçok boyutunun olduğunu göstermede bir başlangıç noktası olmuştur (Clow, 1953; Suhonen, 2019).

Bireyselleştirilmiş bakım 1950'ler de hemşirelik literatüründe önemli bir yer tutarak hemşirelik bakımının önemli bir özelliği olarak vurgulanmaya devam etmiştir (Clow, 1953). Bireyselleştirilmiş bakım 1970'li yıllarda ise hemşirelik disiplinde ampirik olarak ele alınmaya başlamıştır (Ceylan ve Eser, 2016). Amerikan Hemşireler Birliği etik kurallarında, hemşirenin, her bir insanın kendine özgü onuruna, değerine ve niteliklerine saygı göstererek uygulama yapması vurgulanmaktadır (Winland-Brown ve ark., 2015). Amerikan Hemşireler Derneği ise insanlara birey olarak muamele etmeyi ve tercihlerine cevap verilmesi gerekliliğini belirtmektedir (Council, 2015). Hemşire, hastanın kişilik özelliklerine, dini inançlarına, kültürel geçmişine, aile durumu ve hastalığın psikolojik tepkileri gibi bedensel işlevlerin ötesinde bakım gerektiren bütüncül yaklaşımla bakımı ele almalıdır. Bu nedenle bakım profesyonel yaklaşım gerektirmektedir. Hemşire bireyselleştirilmiş bakımı etik veya ahlaki bir temele dayandırarak kişiselleştirmeli ve bu doğrultuda değerlendirmelidir (Mahlin, 2010).

Sağlık bakım kavramlarında sıklıkla yer alan kavram "özel" "hasta merkezli" "kişisel" ve "kişi merkezli" bakımla eşanlamlı olarak kullanılmaktadır (Suhonen ve ark., 2002). Bu terimlerin ortak noktası sağlanan bakımın bireylerin ihtiyaçlarını, isteklerini, deneyimlerini, tercihlerini, davranışlarını, duygularını ve algılarını göz önünde bulundurmasının gerekliliğidir (Charalambous ve ark., 2010).

Bireyselleştirilmiş bakım çeşitli tanımlarla ele alınmıştır. Fredericks ve arkadaşları; hastaların hastalıkları ve/veya hastalıkları ile ilgili beklentilerinin, inançlarının ve kaygılarının anlaşılmasını sağlayan hasta merkezli bakım olarak tanımlamaktadır. Ayrıca, birey olarak durumlarının anlaşılması, sorunun ne olduğu konusunda hasta ile hem fikir olunması, tedavi kararları konusunda hastanın bilgilendirmesi gerektiğini belirtmektedirler (Fredericks ve ark., 2012). Radwin (2003) ise bireyselleştirilmiş bakımı, hemşirelerin hastalarda tasarladıkları bakım planlarını oluşturmak için hastadan aldıkları psikolojik, fizyolojik, sosyal içerikli temel bilgileri olduğunu savunmuştur (Radwin, 2003). Bireysellik, modern hemşireliğe önemli bir ilgi alanı oluşturmuştur ve bireyselleştirilmiş bakım planları, hemşirelik sürecinin önemli bir boyutu haline gelmiştir (Ceylan ve Eser, 2016).

Bireyselleştirilmiş bakımla ilgili farklı tanımlar olsada ortak bileşenleri paylaşmaktadır. Bunlar; hastanın bakış açısı; hastayı psiko-sosyal bağlam içinde

anlamak; hastayı istediği ölçüde bakıma dahil etmek; sorunla ilgili ortak bir anlayış ve tedavi planı üzerinde anlaşmaya varmak ve klinik kanıtlara dayanarak uygulanabilir kararları ele almaktır (Epstein ve Street, 2007; McCormack ve ark., 2011).

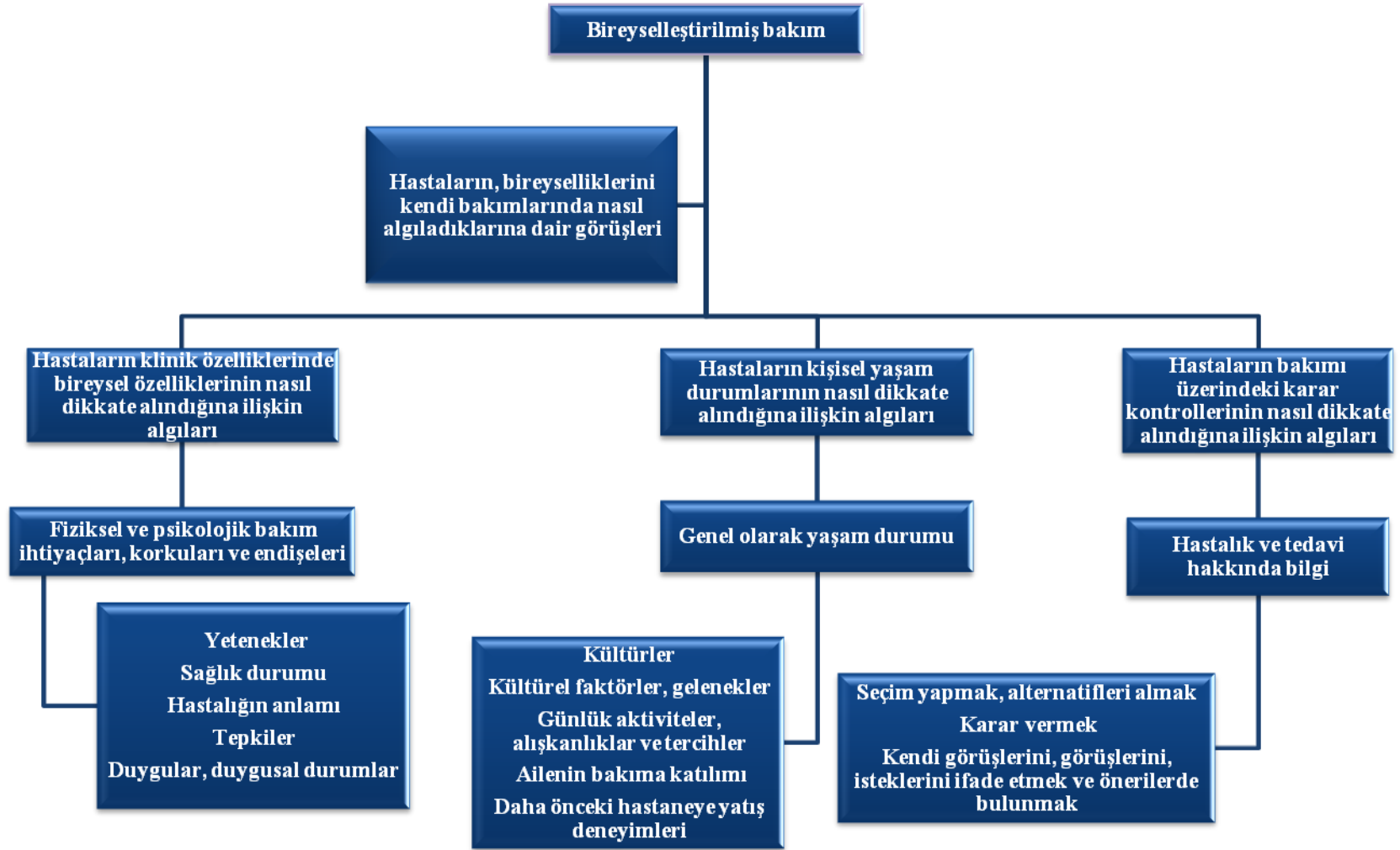
Bireyselleştirilmiş bakım, hastaların kişisel özelliklerini, yaşam tarzını, hastanın bakım sürecine katılımını ve tercihlerini karar vermesini teşvik eden tercihlerini dikkate alan bir hemşirelik bakımı sunumudur (Suhonen ve ark., 2007b). Bireyselleştirilmiş bakım, hastanın hobilerini, iş ve ev yaşantısını dikkate alarak; hastalıkla ve fiziksel semptomlar baş etme davranışını gözlemler. Başetme davranışlarını, düşüncelerini ve olayları yorumlamalarını ilişkin kişisel deneyimlerini kapsamaktadır (Radwin ve ark., 2003).

Sağlık hizmetlerinde, kişinin benzersizliği, bireyin kendi kişisel değerlerini, tercihlerini ve sağlıkla ilgili inançlarını kişisel olarak anlamlı şekillerde dikkate alınması hastaya ve hastalığa dair katkı sağlamaktadır (Suhonen ve ark., 2004). Hastalara hemşirelik bakımı sağlarken, iletişim kurmak, saygı duymak ve özen göstermek gibi varoluşsal ihtiyaçları göz önünde bulundurarak yaklaşılmalıdır (Charalambous ve Beadsmoore, 2009).

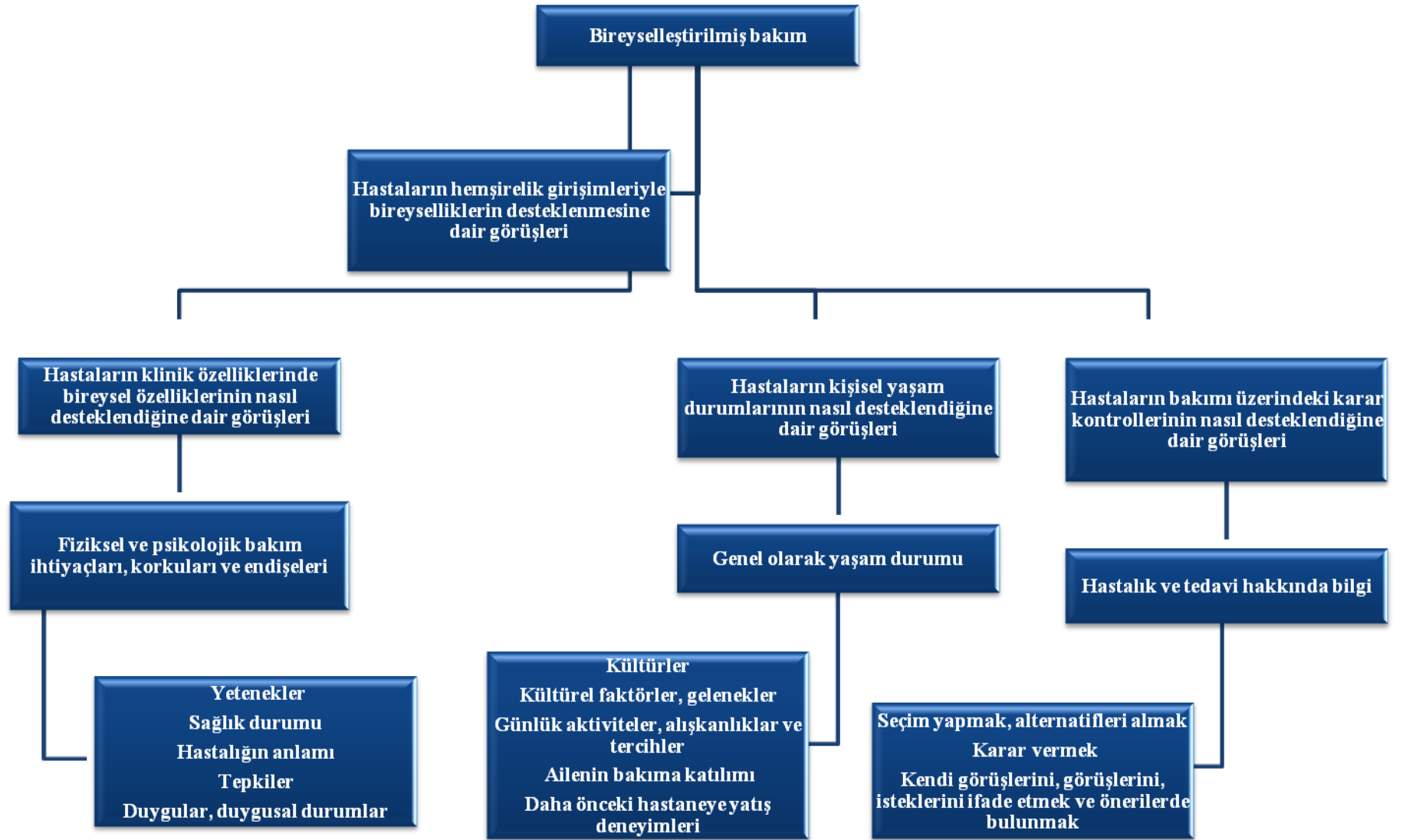
Hemşirelerin bakım sırasındaki uygulamaları hastaların bakış açısını oluşturur. Bireysel bakım, hasta bakış açısıyla iki şekilde tanımlanır. Birincisi, sunulan hemşirelik müdahalelerinin bireysel ihtiyaçlarına göre ne ölçüde yapıldığı ve ikincisi hastanın bireyselliğinin hemşirelik personeli tarafından ne kadar iyi anlaşıldığıdır. Aslında hastanın aldığı bakımda ne kadar bireyselliğinin dikkate alındığına dair algılarıyla oluşmaktadır (Rasooli ve ark., 2013). Bireyselleştirilmiş bakım, hastanın bakış açısına göre iki şekilde değerlendirilir. İlk olarak hastaların bireyselliklerinin belirli hemşirelik müdahaleleriyle hemşirelerden aldığı bireysellik desteğine ilişkin görüşleri ve kendi bakımlarında bireyselliklerini nasıl algıladıklarına dair görüşleri ile değerlendirilir (Radwin, 1995; Richards ve ark., 2001; Suhonen ve ark., 2005a). Bakış açılarından oluşan bu iki kavram üç alt boyutla değerlendirilir.

Klinik durum; bireyin ihtiyaçlarını ve sağlık sorunlarını (hastalığın öyküsü, fizik muayene, laboratuvar bulguları vb.) dikkate alınmasını içermektedir. **Kişisel yaşam durumu;** bireyin kültürü, inançları, gelenekleri, tutumları, alışkanlıkları, tercihleri ve

soy geçmişi hakkında bilgi sahibi olmayı içermektedir. **Bakım zerindeki karar kontrolü;** bireyin tedaviye, bakıma ve olaylara katılarak karar verme sürecini içermektedir (Suhonen ve ark., 2005a; Morgan ve Yoder, 2012; Rose, 2016).



Şekil.2.1. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeğinin Teorik Çerçevesi-A (Suhonen ve ark., 2005a)



Şekil 2.2. Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeğinin Teorik Çerçevesi-A (Suhonen ve ark., 2005a)

Bireyselleştirilmiş bakımın kesin içeriği, hemşire-hasta etkileşiminden önce belirlenmez, ancak etkileşimde gelişmektedir (Lauver ve ark., 2002). Bu nedenle, bu tür bir bakım yapmak için: hemşireler hastalarıyla hastalık ve bakım ihtiyaçlarını karşılama konusunda hastalarıyla konuşmalı ve iletişim kurulmalıdır. Kapsamlı bir bireyselleştirilmiş bakım ölçüsü, hastanın (aile üyelerinin veya diğer bakıcıların) iletişimini, sağlık personelinin iletişimini ve tüm tarafların etkileşimin özelliklerini (müzakere, fikir birliği oluşturma) değerlendirilmesiyle oluşmaktadır (McCormack ve ark., 2011). Hastaya, yerine getirebileceği ölçüde bakımda sorumluluk alma fırsatı verilmelidir. Hastanın duygularındaki değişiklikleri tanımlanmalı, hastayla endişeleri ve korkuları hakkında konuşulmalıdır. Hastanede ve hastanenin dışında hastalığın günlük yaşamlarında etkileri anlaşılmalıdır. Hastalığın hasta için anlamı konuşularak, günlük alışkanlıklarını ve ailenin bakıma katılımın öğrenilmediği. Sağlık profesyonelleri tarafından verilen talimatların hasta tarafından iyi anlaşıldığından emin olunmalıdır. Hastaya sağlık durumu veya hastalığı hakkında ne bilmek istediği sorulmalı ve hastanın kendi kişisel bakımları hakkındaki kişisel tercihleri dinlenilmelidir (Suhonen ve ark., 2007c; Mårtensson ve ark., 2010; Rasooli ve ark., 2013).

Litaretürde yer alan farklı iki çalışmada hasta ve hemşire arasındaki bilgi paylaşımı sonucunda hastaların hemşirelerin bilgilerine saygı duydukları ve bakıma katılmalarında daha istekli ve aktif oldukları gösterilmiştir (Thórarinsdóttir ve Kristjánsson, 2014; Angel ve Frederiksen, 2015).



Şekil 2.3. Hasta Merkezli İletişim Çerçevesi (McCormack ve ark., 2011).

Her hasta için bireysel bakım sağlamak için yaygın olarak kullanılan ve kabul edilen bir model, problem çözme modeli ve hasta ile hemşire arasındaki onaylayıcı bir etkileşim olarak tanımlanan hemşirelik sürecidir (Yura ve Walsh, 1988). Model beş ardışık ve birbirleriyle ilişkili aşamayı içerir: değerlendirme, tanı, planlama, uygulama ve değerlendirme. İlk aşamanın amacı, hastanın sorunları ve ihtiyaçları hakkında bilgi toplamak, hastanın hastalık veya sorunla ilgili kendi deneyimlerini anlamak (Bernocchi-Losey ve Taptich, 1995) ve hastanın iç ve dış kaynaklarını tanımlamaktır. (Carnevali, 1996). İkinci aşamada, hemşire hastanın sorunlarını ve ihtiyaçlarını eleştirel bir şekilde analiz eder yorumlar ve hemşirelik tanıları belirler. Hemşirelik tanılarına dayanarak, bakım daha sonra planlanır, uygulanır ve değerlendirilir (Bernocchi-Losey ve Taptich, 1995).

Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı; sağlık hizmetleri kalitesinin, etik yükümlülüklerin etkinliğini ve sağlık politikalarının geliştirilmesini sağladığı için önemlidir (Schalk ve ark., 2010). Aynı zamanda hemşirelerin bakımının gelişmesinde, maliyetin

düşürülmesinde etkili olduğu ve kronik hastalıkların bakım sürecinde hastaları olumlu etkilediği belirtilmiştir (Suhonen ve ark., 2008; Rebello Botelho ve ark., 2015).

2.2.1. Kanser Hastalarında Bireyselleştirilmiş Hemşirelik Bakımı

Kanser dünyada morbidite ve mortalite oranı oldukça yüksek bir hastalıktır. Mevcut istatistikler nüfusun yaklaşık dördte birini etkilediğini göstermektedir (Rahib ve ark., 2014). Kanser, yalnızca kişiyi değil aynı zaman da ailesini ve çevresini de önemli ölçüde etkileyen bir hastalık olduğu için “sosyal boyutta bir hastalık” olarak adlandırılmaktadır.

Kanser hastaları özel hasta grubudur. Hastalar fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlerle karşılaşmaktadırlar (Wessels ve ark., 2010). Kanser tedavisindeki ilerlemeler çeşitlilikler hastanın bakımını daha karmaşık hale getirmekte ve bakımın sunumunda yetersizliklerle sonuçlanmaktadır. Yeterli ve etkili hemşirelik bakımı hastanın bireysel olarak ele alınması, uygulanacak hemşirelik bakımını, hastaların fiziksel, sosyal, duygusal ihtiyaçları ve tercihleri göz önünde bulundurularak kendi bakımına dahil olmalarıyla mümkün olmaktadır (Jenkins ve ark., 2001; Kerr ve ark., 2002; Allgar ve Neal, 2005; Ouwens ve ark., 2010). Bu nedenle, hemşirelik bakım hizmetinin hastalık merkezli ya da hemşire merkezli değil bireysel olarak organize edilmesi bakımı daha etkin hale getirecektir. Hasta merkezli olmak, uygulanacak hemşirelik bakımını, hastaların fiziksel, sosyal, duygusal ihtiyaçları ve tercihleri çerçevesinde düzenlenerek hastaların aktif kendi bakımlarına dahil olmalarıyla mümkün olmaktadır (Wagner ve Groves, 2002; Ouwens ve ark., 2010). Kanser bakımında bireyselleştirilmiş bakım; destekleyici bakımla, iyi bir iletişimle, hastaya bilgi sağlamayla, hemşireler ve doktorlar arasında etkin işbirliğiyle ve kaliteli hemşirelik bakımıyla sağlanmaktadır (Kash ve ark., 2005; Ouwens ve ark., 2010). Ulusal Kanser Enstitüsü, ileri kanser bakımı için iletişimi destekleyen altı bileşeni şu şekilde sıralamıştır. Bunlar; (1) sağlık profesyonelleri ve hasta ilişkilerini teşvik etmek; (2) bilgi alışverişinde bulunmak; (3) hastaların duygularına cevap vermek; (4) belirsizliği yönetmek; (5) karar almak; ve (6) hastanın kendini yönetmesini sağlamaktır (McCormack ve ark., 2011; Mazor ve ark., 2013).

Venetis ve arkadaşlarının yapmış oldukları meta-analizde, bireyselleştirilmiş bakımda sağlık profesyonellerinin iletişimle hastaların duygusal durumlarını anlayarak; kişisel tercihlerini ve hastaların kararları konusunda kontrollerinin etkin olduğunu belirledi.

Sonuç olarak iletişimle, sağlık profesyonellerinin empati yeteneklerinin ve hasta memnuniyetini artırdığını saptamışlardır (Venetis ve ark., 2009; Rathert ve ark., 2012).

Hastalık tipini belirlemek bakım vermek için önemli bir etkidir. Kanser hastaları daha fazla duygusal desteğe ihtiyaç duyarken; diyabetik hastalar günlük yaşamları için hedef belirlemeye ihtiyaç duyabilmektedir (Glasgow ve ark., 2004; Kahn ve ark., 2007). Bu nedenle, planlama yaparken diyabet hastaları için bireyselleştirilmiş hedef belirlerken, kanser hastaları için öncelikle hastanın duygusal ihtiyaçları belirlenmeli, daha sonra bireyselleştirilmiş hedef belirlemelidir (Rathert ve ark., 2012).

Kanser hastaları için öncelikli olan günlük yaşamlarına ilişkin için bireyselleştirilmiş bakım hedefleri;

Hastalar; hastalığın prognozu ve tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme doğrultusunda, tedavi ve destekleyici bakım konusundaki tercihlerini ve kaygılarını ifade etmeleri sağlanmalıdır. Tedavinin sağlayabileceği kanıta dayalı yararlar hastayla görüşülmelidir. Hastaların yaşam kalitesini artırmak öncelikli olmalıdır. Bu nedenle, tedavi boyunca tedavinin amaçlarını içeren ve geliştirilebilir plan hazırlanarak hasta ile görüşülmelidir. Tedaviye yönelik seçenekler tükendiğinde, hastalarda fiziksel ve duygusal acıyı en aza indirmek, ileri kanserli hastaları onurlu ve gönül rahatlığıyla ölmek için fırsat verilmesi sağlanmalı, yalnızca semptom odaklı palyatif bakıma geçmeye teşvik edilmelidir (Peppercorn ve ark., 2011).

Ulusal Tıp Enstitüsü kaliteli kanser bakımı sağlama konusunda, çeşitli profesyonel ekipler tarafından sağlanması gerektiğini vurgulamıştır. Kanser hastalarının bakımından sorumlu olan ekip hastaların bakım planlarını kapsamlı, bireyselleştirmiş ve kordineli olarak uygulanmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için kapsamlı bireyselleştirilmiş ve hasta merkezli meslekler arası eğitim planlanmalıdır. Hemşireler, her hastanın kendine özel ihtiyaçlarını karşılamak için kanser bakımının merkezi olarak tanımlamıştır (Botti ve ark., 2006; Kendall, 2007). Kanser bakımındaki hemşireler, duygusal sıkıntıları belirleyebilmeli, ayrıca her hastanın bireysel ihtiyaçlarını karşılayacak hemşirelik bakımı planlayabilmeli ve sunabilmelidir.

Kanser hastasının bakımında benzersizliğini kabul etmek ve kanser bakımında kaliteli bakım sağlamanın bir parçası olarak ele almak büyük önem taşımaktadır (Souraya 2008; Charalambous ve Beadsmoore, 2009).

2.2.2. Kanser Hastalarına Yönelik Bireyselleştirilmiş Bakım

Artan nüfusun oranıyla birlikte kanser hastalarının sayılarındaki artış, sağlık sisteminde maliyet etkinliği ve bakım kalitesini öncelikli hale gerektirmektedir (Jansson ve ark., 2010). Bu nedenle, sağlık profesyonelleri kaynakların etkin kullanımını sağlamak için doğru girişimleri kullanmaları gerekmektedir. Bireyin mevcut ve potansiyel sağlık problemlerine karşı hemşireler, hastaya doğru ve etkili girişimi uygulayabilmek için bakım planı hazırlar. Bakım planı; hemşirelik tanı, sonuç ve müdahaleleri içererek hemşirelik sürecindeki uygulamaların belgelendirilmesini sağlamaktadır (Ehrenberg ve Birgersson, 2003; Törnvall ve ark., 2007). Hemşirelik bakımının belgelenmesi, kalitenin bir göstergesi olarak görülmektedir.

Lang (1976), hemşirelik bakımında kaliteyi, hasta bakımının sunumunda en üst düzeyde mükemmellik seviyesine ulaşmayı amaçlayan bir “süreç” olarak tanımlamıştır. Kunaviktikul ve arkadaşları ise önerilen kaliteli hemşirelik bakımını, yöneticilerin, hemşirelerin ve hastaların bakış açılarını göz önünde bulundurarak kaliteli hemşirelik bakımının, bakmakta olan hastaların fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve manevi ihtiyaçlarına hemşirenin tepkisi olduğunu öne sürmüştür (Kunaviktikul ve ark., 2001). Hastanın bakım algısı sağlık hizmetinin önemli bir göstergesi olarak görülmektedir (Radwin ve ark., 2003). Aynı zamanda bakım kalitesinin hastanın bakış açısı, tercihleri ve bilgi ihtiyacının karşılanarak artacağını saptanmıştır (Medicine, 2013). Oermann'a (1999) göre, hastalar kaliteli hemşirelik bakımını, kendileri için endişe duyan, bakım davranışları sergileyen, yetkin ve yetenekli, onlarla etkin bir şekilde iletişim kurabilen bakımla ilgili ihtiyaçları öğretilmesi olarak ifade etmiştir (Oermann, 1999). Tüm bu tanımlara ek olarak hemşirelik bakımı kalitesinin aynı zamanda eşitlik, erişilebilirlik, kabul edilebilirlik, etkinlik ve uygunluk içermesi gerektirmektedir (Charalambous ve ark., 2008).

Hastalık odaklı uygulanan bakım, standartlaştırılmış bakım ve bakım planları, hastanın ihtiyaçları yerine hemşirelik uygulamalarına odaklanarak, görev odaklı ve rutin hale

geldiği için eleştirilmektedir (Wigens, 1997; Suhonen ve ark., 2002). Görev odaklı hemşirelik bakımının yerine uygulanması önerilen bireyselleştirilmiş bakım kavramı, bakımın rutinleştirilmesini azaltarak bakımın kalitesine artırmaktadır (Suhonen ve ark., 2002). Bu nedenle hemşirelik bakımında kalitenin bir yönüde, bireyselleştirilmiş bakımdır; hemşirelerin, hastaların kişisel özellikleri, klinik durumları, kişisel yaşam durumları ve hastanın bakıma katılımını arttırmak için gibi faktörleri göz önünde bulundurarak bakım sunumudur (Idvall ve ark., 2012). Bireyselleştirilmiş bakım türü hemşirelikte kaliteli bakım için anahtar unsurdur.

Kronik bir hastalık olan kanser, karmaşık tedaviler, tedaviye bağlı toksisiteler ve belirsiz sonuçlar ile daha da güçlendirilebilecek duygusal, sosyal, ruhsal ve fiziksel zorluklara neden olmaktadır. Kanser ve tedavilerin genel etkileri, algılanan hemşirelik bakımı kalitesini, hastanın yaşam kalitesini, hasta ve ailesinin katılımını, bakımda algılanan bireyselliği ve sağlık personeline olan güvenini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Charalambous, 2019).

Tıp Enstitüsü, 1990'lardan bu yana Kalite Kanseri Bakımını Sağlama ve Yüksek Kalite Kanseri Bakımını Sağlama adı altında iki rapor oluşturmuştur (Simone ve Hewitt, 1999; Terrace, 2013). Raporlarda, hastanın bakış açısı ve tercihlerini kapsayan bakım sağlanması ve kaliteye dikkat çekilmektedir. Kanser aslında, hastanın ihtiyaçlarına, tercihlerine ve sınırlamalarına dayalı olarak kapsamlı ve kaliteli bir bakım sağlama yolu olarak tanımladığı için kişinin benzersizliğini güçlendirmekte ve vurgulamaktadır (Balint, 1969). Benzersiz kelimesi sağlık hizmetleri bağlamında, bireyin kendi kişisel değerlerini, tercihlerini ve sağlıkla ilgili inançlarını kişisel olarak anlamlı şekillerde dikkate alınması olarak tanımlanmaktadır. Kişinin benzersiz olarak görülmesi sağlık üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilecek olan bireyselleştirilmiş bakım için referans noktası haline gelmektedir (Suhonen ve ark., 2004; Souraya, 2008; Suhonen ve ark., 2008).

Kanser hastaları için kalite iki şekilde tanımlanmıştır. İlk olarak, Radwin (2000) hemşirelik bakımının kalitesini, hastanın hemşirelik bakımının mükemmellik derecesine yönelik öznel algısı olarak tanımlamıştır (Radwin, 2000). İkinci olarak ise, Charalambous ve arkadaşları (2009) onkoloji hastalarında hemşirelik bakımının

kavramsal kalite çerçevesini oluşturmuşlardır. Hemşirelik bakımı kalitesini içeren altı boyutlu bir çerçeve önerilmektedir; değer vermek, saygı duymak, onaylanmak, dini ve manevi duygularını önemsemek, aidiyet duygusu vermek, doğru iletişim kurabilmek ve destekleyici olmaktır. Altı boyutun tümü, hasta merkezli olma özelliğine sahiptir. Hasta kendisini sadece kanserin etkileri giderildiğinde benzersiz hissetmez, hemşirenin kendisine olan davranışı ile de kendini benzersiz hissetmektedir. Sürekli ve geçmeyen ağrısı olan hastada hemşirenin hastanın ajitasyonuna saygı göstermesiyle kendisini eşsiz hissettirmektedir (Charalambous ve Beadsmoore, 2009; Charalambous ve ark., 2017).

Kanser hastalarında bakım, bütünsel bakım ve bireyselleştirilmiş bakım kavramlarının tamamlayıcı niteliğidir. Bütünsel bakım, parçaların toplamından daha büyük olan ayrılmaz bir bütüne bütünleşmiş bir zihin, beden ve ruhtan oluşan insanın, evrenle ve içerdiği her şeyle sürekli etkileşim halinde olduğunu vurgulayan bütünlük felsefesine dayanmaktadır (Erickson, 2007). Bütünsel bakım sağlamak amacıyla bu felsefi yaklaşım içinde, kişinin biyolojik, sosyal, psikolojik ve ruhsal yönleri arasında karşılıklı bağımlılığın olduğu bir bütün olarak kabul edilir. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı ise, hemşirelerin faaliyetlerinin hasta algıları olarak tanımlandığı ve bir birey olarak bakılmasıdır. Bireysellik kavramı ile bütünsel bakım arasında belirgin bir bağlantı vardır (Radwin ve ark., 2003; Suhonen ve ark., 2005a). Bütünsel bakım bireye bir bütün olarak makro bir bakış açısı sunarken, bireyselleştirilmiş bir bakım mikro bir bakış açısı sağlamaktadır. Bu nedenle, bütünsel bakım bireye bir bütün olarak bakılmasını isterken, bireysellik elindeki koşullara ve bu koşulların bir kişinin tercihlerini ve beklentilerini nasıl değiştirebileceğine ve kendi kişisel ihtiyaçlarına göre bakılmasını gerekliliğini vurgulamaktadır (Radwin ve ark., 2003).

Araştırmalar hastalara bireyselleştirilmiş bakım uygulandığında, hastaların kanser bakımının yüksek kalitede olduğunu algıladığını göstermektedir. Bununla birlikte, bireyselleştirilmiş bakımın; hemşirelik bakımı kalitesi, güven ve hastanın sağlık durumu gibi diğer kavramlarla da ilişkili olduğunu görülmektedir (Arora ve ark., 2009). Charalambous ve arkadaşları Kıbrıs, Finlandiya, Yunanistan ve İsveç'te yapmış oldukları çalışmada; bireyselleştirilmiş bakımın hemşirelik bakımı kalitesi, güven ve hastanın sağlık durumu gibi diğer kavramlarla da ilişkili olduğunu gözlemlemiştir

(Charalambous ve ark., 2016). Hasta ve hemşire arasında sağlanan güvenle hemşirelik bakımının kalitesi artmakta ve yeni fırsatlar yaratmaktadır (Jansson ve ark., 2010). Bu fırsatlar, hastanın özerkliğine, algılanan sağlık durumuna ve iyileştirilmiş hasta sonuçlarına katkı sağlamaktadır (Suhonen, 2005a; Suhonen ve ark., 2012b). Bakımda güven sağlamanın, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırdığı ve daha iyi klinik sonuçlarla ilişkili olduğunu görülmektedir (Suhonen, ve ark., 2012c).



Şekil 2.4. Algılanan Sağlık Durum Modeli (Andreas Charalambous ve ark., 2016)

Hasta merkezli olma ilkelerinden ilham alan bir bakım felsefesini benimseyen bireyselleştirilmiş bakım, hasta-hemşire güvenini sağlayarak hemşirelik bakım kalitesini yükseltir. Aynı zamanda kanser hastalarının bakımı hastaların sağlık durumlarını iyileştirebilecek hastanın günlük yaşamını yeniden kazanmasını ve rehabilitasyonunu sağlamaktadır (Rchaidia ve ark., 2009; Turner, 2009; Holt ve ark., 2019).

2.3. Bakım Algısı

Bir şeye dikkati yöneltmek, duyu yoluyla o şeyin bilincine varmak olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Algı duruma özgü veya popülasyona yönelik ölçülmektedir.

Hastaların, hemşirelik bakımını algılayışlarının anlaşılabilmesi için bakımın hastanın bakış açısı ile görülmesi ve değerlendirilmesi odaklanması gereken temel noktadır. Hastaların hemşirelik hizmetlerini algılamaları hastanın yaşına, cinsiyetine, sosyal durumuna, eğitim düzeyine ve kültürel geçmişine bağlı olmasına rağmen, bakım kavramının algılanmasında hastaların bakımla ilgili değer ve tecrübeleri, kişilerin beklenti ve gereksinimleri, hemşirelerin vermiş olduğu destek, hemşirelerin göstermiş olduğu saygı, davranışları, sorularına açık ve net yanıt vermelerinden de büyük oranda etkilenmektedir (Suhonen ve ark., 2009; Suliman ve ark., 2009; Sherwood, 2012).

Hastaların hemşirelik bakım algısı; hemşirelerin bilgi ve becerisini kullanarak, hastalara bilgi verme, onlarla güven ilişkisi kurma, bireyselleştirilmiş, destekleyici, duyarlı, insancıl yaklaşımla yakınlık kurma, fizyolojik ihtiyaçların karşılanması, hemşire tarafından tanınma ve gülümseme, olarak değerlendirilmektedir (Brunton ve Beaman, 2000; Pearcey, 2010).

Hemşireler bakımı; hastaya karşı sempati ve saygı duymak, kendini adamak, iletişim ve gereksinimlerin karşılanması, bilgi ve süreklilik gerektiren öğrenme, bireysel yaklaşım, hastaya ve meslektaşlarına karşı dürüstlük ve samimiyet olarak tanımlanmıştır (Altıok ve Üstün, 2014). Hemşirelerin bakım algısını etkileyen önemli gördükleri bakım davranışları; hastanın değerliliği, saygının gösterilmesi, empati kurma, hastayla konuşma, gizliliğe önem verme, hastayı dinleme ve hastanın bireyselliğine önem göstermek olduğunu belirtmiştir (Wilkin ve Slevin, 2004).

Hemşirelik bakımının kalitesi, hastaların bakım algıları ile ilişkilidir. Bakım algısının olumlu olması ve bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik bakımının kalitesini artırır. Bu nedenle sürekli iyileştirme için onkoloji hasta ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının düzenli değerlendirilmesi, sonuçlar doğrultusunda yeni politikalar belirlenmesi gerekir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, Onkoloji Kliniğinde hasta ve hemşire bakış açısıyla bireyselleştirilmiş bakım algısı değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Kliniğinde Ağustos 2018- Nisan 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Kliniği; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi yerleşkesi içerisinde K blokta yer almaktadır. Onkoloji kliniğinde kemoterapi uygulaması, destek tedavi, tanı ve tetkik amacıyla ayda yaklaşık 150 (tekrarlı yatışlar hariç) hastaların yatışı yapılmaktadır. Onkoloji kliniği iki bölümden oluşmakta, 46 yatak bulunmakta ve 25 hemşire çalışmaktadır. Onkoloji bölümünde 3 öğretim üyesi, iki uzman bulunmakta olup klinikte dönüşümlü olarak bir öğretim üyesi bir uzman, bir asistan görev yapmaktadır. Hemşireler gündüz çalışma saatlerinde ortalama 12-13 hastaya bakım verirken akşam vardiyasında bu sayı artabilmektedir. Onkoloji kliniğinde kapsamlı hasta değerlendirmesi yapıldıktan sonra hastaların bakımlarına ilişkin planlı malar yapılmasına rağmen tedavilerin yoğunluğu, bazı semptomların kontrolünde semptomun doğası gereği yaşanan zorluklar hemşirelerin iş yükünü artırmakta olup hastaya ayrılan zamanının daralmasına neden olmaktadır.

3.3. Araştırma Evren ve Örnekleme

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Kliniğinde genellikle Antalya ve çevre illerden gelen hastalar oluşturmaktadır. Bu araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Kliniğinde takip ve tedavisi tamamlan ve taburcu edilen hastalar ve Onkoloji kliniğinin de çalışmakta olan 25 hemşire oluşturmaktadır.

3.3.1. Örneklem Büyüklüğü

Örneklem büyüklüğü hesaplanmasında Tip I Hata $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde, orta derece etki büyüklüğünde 0.5, ve %80 güç, %95 güven aralığı alınarak yapılan örneklem hesabı sonucuna göre örneklem büyüklüğü 175 hasta olarak belirlenmiş olup 180 hasta ve klinikte görevli 23 hemşire çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırma Örneklemine Özellikleri

Araştırma örneğine dahil edilmesi planlanan katılımcıların araştırma kapsamına alınma ve dışlanma kriterleri Tablo 3.1’de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Katılımcıların Araştırma Kapsamına Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Araştırma Kapsamına Dahil Edilme Kriterleri
1. 18 yaş ve üstü olması
2. Kanser tanısı olması
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olması
4. Anlama ve konuşma yeteneğinin olması
5. Hastanede yatarak bakım almış olması
6. Hastanın taburculuk kararının alınmış olması
Araştırma Kapsamından Dışlanma Kriterleri
1. Hastanın iletişim güçlüğü olması (konuşma ve anlamada bozulma)
2. Hastanın ayakta tedavi alması

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları Tablo 3.2’de yer almaktadır.

Tablo 3.2. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veri Toplama Araçları	
Hasta Formları ve Ölçekler	Hemşire Formları ve Ölçekler
1. Hasta Tanıtım Formu	1. Hemşire Tanıtım Formu
2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS)-A	2. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire)-A
3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS)-B	3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire)-B

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda hastanın sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı, bakıma destek olan birinin varlığı) ile ilgili sekiz sorudan oluşmaktadır, ikinci kısımda hastalığa ilişkin özellikleri (hastalığın tanısı, tanı süresi,

hastalığın evresi, şuan ki durumu, yatış tarihi, başka bir kronik hastalık varlığı) içeren yedi soru yer almaktadır. Sorular araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Suhonen, 2010; Rose, 2016; Ceylan, 2016, Suhonen, 2018).

3.4.2. Hemşire Tanıtım Formu

Hemşire tanıtım formu iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda hemşire tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu) kapsayan dört soru, ikinci kısımda mesleki deneyimlerin olduğu (meslekteki yılı, onkoloji kliniğinde çalışma yılı, haftalık çalışma saati, bakım verdiği hasta sayısı, aldığı ücretten memnuniyeti) altı soru yer almaktadır. Sorular araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmış olup toplam 10 sorudan oluşmaktadır (Karayurt, 2008; Rose, 2016; Suhonen, 2016, Suhonen 2018).

3.4.3. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS)

Suhonen ve arkadaşları (2000) tarafından hastanın, bireyselleştirilmiş bakımla ilgili bakış açısını değerlendirmek üzere geliştirilen bir araçtır. Skala 2005 yılında Suhonen ve arkadaşları tarafından yeniden ele alınarak madde sayısı azaltılmıştır (Suhonen ve ark. 2005). Ortalama 15 dakikada tamamlanabilen BBS, hastanede yatışı olan hemşirelik bakımı alan ve taburculuğu planlanan hastalara uygulanmaktadır. Skala, hastanın taburcu olduğu gün doldurulmaktadır. BBS' nin her biri 17 sorudan oluşan iki bölümü bulunmaktadır. Birinci bölüm hastanın, hastanede kaldığı sürece, bireyselliğini desteklemeyi hedefleyen hemşirelik eylemlerinin farkına varmasını (BBS-A), ikinci bölüm ise hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılamasını (BBS-B) değerlendirmektedir.

BBS-A ve BBS-B'nin alt boyutlarının maddeleri;

- Klinik durumla ilgili maddeleri (A1-A7 ve B1-B7),
- Kişisel yaşam durumuyla ilgili maddeleri (A8-A11 ve B8-B11),
- Karar verme kontrolüyle ilgili maddeleri (A12-A17 ve B12-B17) dir (Suhonen ve ark., 2007; Acaroğlu ve ark., 2010).

BBS'nin her bölümünden alınabilecek skorlar minimum 1, maximum 5'tir. Skorlar yükseldikçe hastanın kendi bakımında bireyselliği algılaması ve deneyimlemesi (BBS-B) artarken aynı zamanda bireyselliğini desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerinin farkına varması (BBS-A) da artmaktadır. (Suhonen ve ark. 2000; Suhonen ve ark. 2005). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı BBS-A ve BBS-B tabloda yer almaktadır (Acaroglu ve ark., 2011).

Tablo 3.3. BBS-A Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek Alt Boyutları	Puanlamaları			Cronbach Alfa Katsayısı		
	Madde Sayısı	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Orijinal	Türkçe Versiyon	Bu Çalışma
BBS-A Toplam	17	1	5	0.94	0.92	0.95
Klinik Durum (1-7)	7	1	5	0.89	0.86	0.94
Kişisel Yaşam Durumu (8-11)	4	1	5	0.88	0.71	0.80
Karar Verme Kontrolü (12-17)	6	1	5	0.88	0.83	0.90

Tablo 3.4. BBS-B Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek Alt Boyutları	Puanlamaları			Cronbach Alfa Katsayısı		
	Madde Sayısı	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Orijinal	Türkçe Versiyon	Bu Çalışma
BBS-B Toplam	17	1	5	0.93	0.93	0.94
Klinik Durum (1-7)	7	1	5	0.89	0.89	0.76
Kişisel Yaşam Durumu (8-11)	4	1	5	0.85	0.80	0.91
Karar Verme Kontrolü (12-17)	6	1	5	0.83	0.84	0.95

3.4.4. Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire)

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire versiyonu, 2007 yılında, Suhonen ve arkadaşları (2010) tarafından sağlık bakımı ortamında, bireyselleştirilmiş bakımla ilgili hemşirelerin görüşlerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Her biri 17 sorudan oluşan iki kısımdan oluşmaktadır. İlk kısımda hemşirelerin bakım girişimlerinde hastanın bireyselliğini desteklemedeki algısı BBS-A (Hemşire) ikinci kısımda hastanın bakımını bireyselleştirme BBS-B (Hemşire) algısı değerlendirilmektedir.

BBS-A (Hemşire) ve BBS-B (Hemşire)'nin alt boyutları maddeleri;

- Klinik durumla ilgili maddeleri (A1-A7 ve B1-B7),
- Kişisel yaşam durumuyla ilgili maddeleri (A8-A11 ve B8-B11),
- Karar verme kontrolüyle ilgili maddeleri (A12-A17 ve B12-B17) içermektedir (Suhonen ve ark., 2007; Acaroğlu ve ark., 2010).

BBS-Hemşire versiyonunun her bölümünden alınabilecek skorlar minimum 1, maximum 5 dir. Yüksek puan hemşirenin, hastanın bakımını bireyselleştirme algılamasının (BBS-B Hemşire) yüksek olduğunu gösterirken, aynı zamanda hemşirenin genel olarak uyguladığı hemşirelik eylemleri sırasında hastanın bireyselliğini (BBS-A Hemşire) desteklediğini göstermektedir (Suhonen ve ark. 2005; Suhonen ve ark. 2007). Skalanın BBS-A için olan bölümde hemşirenin bakım uygulamalarında hastanın bireyselliğini nasıl desteklediğiyle ilgili genel tutumu yer almaktadır. BBS-B kısmında ise bakım verdiği bilinçli hastadan aldığı bakımı dikkate alması istenmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışmasında skalanın Cronbach alfa değerleri BBS-A (Hemşire) ve BBS-B (Hemşire) tabloda yer almaktadır (Acaroğlu ve ark. 2010).

Tablo 3.5. BBS-A (Hemşire) Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek Alt Boyutları	Puanlamaları			Cronbach Alfa Katsayısı		
	Madde Sayısı	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Orijinal	Türkçe Versiyon	Bu Çalışma
BBS-A Toplam	17	1	5	0.88	0.77	0.92
Klinik Durum (1-7)	7	1	5	0.83	0.85	0.87
Kişisel Yaşam Durumu (8-11)	4	1	5	0.77	0.77	0.72
Karar Verme Kontrolü (12-17)	6	1	5	0.72	0.87	0.89

Tablo 3.6. BBS-B (Hemşire) Cronbach Alfa Değerleri

Ölçek Alt Boyutları	Puanlamaları			Cronbach Alfa Katsayısı		
	Madde Sayısı	En Düşük Puan	En Yüksek Puan	Orijinal	Türkçe Versiyon	Bu Çalışma
BBS-B Toplam	17	1	5	0.90	0.88	0.93
Klinik Durum (1-7)	7	1	5	0.84	0.80	0.84
Kişisel Yaşam Durumu (8-11)	4	1	5	0.73	0.80	0.76
Karar Verme Kontrolü (12-17)	6	1	5	0.78	0.87	0.88

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalaları Hesaplaması

Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hasta versiyonu beşli likert (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=kısmen katılmıyorum, 3=kararsızım, 4=kısmen katılıyorum, 5=tamamen katılıyorum) şeklinde düzenlenmiş skalalardır. Uygulamada alt boyuta ilişkin puan ortalamaları; her bir alt boyutun içerdiği maddelerden alınan puanların toplanarak madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. A ve B bölümlerinin toplam puan ortalamaları ise bölümdeki tüm maddelerden alınan puanların toplamının madde sayısına bölünmesi ile elde edilir. Skalalardan elde edilen puan ortalamalarının anlamları skalaların açıklamalarında belirtilmiştir (Suhonen ve ark. 2007; Suhonen ve ark. 2010; Şendir ve ark. 2010).

3.5. Araştırma Süreci

Araştırma aşağıdaki basamaklar doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.



şekil. 3.1 Araştırmanın Uygulama Süresi

3.6. Ön Uygulama

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Etik Kurulu ve kurum izni alındıktan sonra veri toplama formlarının uygulanabilirliğini ve veri toplama süresini değerlendirmek amacı ile Akdeniz Üniversitesi Onkoloji Kliniğinde çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 5 hastaya ve bir hemşireye uygulanmıştır. Ön uygulamada; tanıtıcı özelliklere ‘Bakımınıza destek olan birisi var mı?’ sorusu eklenmiştir. Hastalıkla ilgili özelliklere ise 12. soruya ‘Metastaz var mı?’ seçeneği eklenmiş ve ‘Hastaneye yatış şikayetiniz nedir?’ sorusuna ise öksürük ateş ve dispne semptomları eklenmiştir. Uygulamadan önce hastalardan gönüllü onam formu alınmış ve beş hasta örnekleme dahil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Kliniğinde taburculuğuna karar verilen hastalara hasta odasında bilgi verilerek, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara formlarla ilgili bilgiler verilmiş olup, formları doldurmaları istenmiştir. Veriler yüz yüze görüşme ile yaklaşık 20 dakikada toplanmıştır.

Katılımcı hemşirelerin çalışma saatlerinde, hemşire odasında, çalışma ve formlarla ilgili bilgiler verilmiş olup, gerekli onam alındıktan sonra formları doldurmaları istenmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulun’dan onay (Etik Kurul Karar No: 446 Tarih 27.06.2018), Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden kurum izni, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam ve ölçek sahiplerinden ölçeklerin izni e-posta ile alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Onkoloji Kliniğinde yapılması,
- Araştırma sonuçlarının, bütün hastalara genelleme yapılamaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakıma ilişkin puan ortalamalarıdır.

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler (yaş, cinsiyet, sosyal güvence, gelir durumu, medeni durumu, eğitim düzeyi vb.) ve hastalığa ait özellikler (hastalığın tanı süresi, hastalığın evresi, şuan ki durumu, başka bir kronik hastalık varlığı) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için SAS 9.4 paket programı kullanılmıştır. Araştırmanın ölçümle belirlenen nicel değişkenleri için tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, sayımla belirlenen nitel değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde şeklinde gösterilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Yapılan testler sonucu verilerin normal dağılım gösterdiği anlaşılmış ve istatistiksel analizde parametrik testler kullanılmıştır. Cinsiyet gibi iki kategorili değişkenler arasındaki ikili karşılaştırmalarda t testi, eğitim gibi üç veya daha fazla kategorili değişkenler arasındaki farklılıkları bulabilmek amacıyla Varyans Analizi (F testi) uygulanmıştır. Ölçek ifadelerinin, alt boyutların ve ölçek genel puanlarının ortalama ve standart sapmaları tanımlayıcı istatistik tablosu şeklinde sunulmuştur. Ölçeklerin iç tutarlılık güvenilirliğini sınamak için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları hesaplanmıştır. Ölçek alt boyut ve genel puan ortalamaları arasındaki ilişkiler için korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Çalışmanın tamamında anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde; bireyselleştirilmiş bakımın onkoloji hastaları ve onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin bakış açılarından değerlendirmesi amacı ile planlanan ve uygulanan çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizi yapılarak, aşağıda belirtilen yedi ana tema ve alt temalar altında tablolar halinde sunulmuştur.

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulgular

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A ve BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.5. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulgular

4.6. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A ve BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.7. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, çalışma kapsamına dahil edilen 180 hastanın sosyo-demografik özellikleri, hastalık özellikleri ve hastaneye yatış semptomlarına ilişkin görüşlerinin dağılımına yönelik bulgulara yer verilmiştir (Tablo 4.1, Tablo 4.2, Şekil 4.1).

4.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1 Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler (N=180)	n	%
Yaş		
65 yaş altı	122	67
65 yaş ve üstü	58	32
Cinsiyet		
Kadın	65	36
Erkek	115	63
Medeni Durum		
Evli	171	95
Bekar	9	5
Öğrenim Durumu		
Okur yazar değil	12	6
İlkokul	107	59
Ortaokul	21	11
Lise	30	16
Üniversite	10	5
Çalışma durumu		
Çalışıyor	14	7
Çalışmıyor	166	92
Sosyo-Demografik Özellikler (N=180)	n	%
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	106	58
Gelir gidere denk	68	37
Gelir giderden fazla	6	3
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	13	7
Aile bireyleriyle	167	92
Bakıma destek olan birisinin varlığı		
Evet	175	97
Hayır	5	2
Toplam	180	100

Çalışma kapsamına alınan hastaların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo-4.1’de yer almaktadır. Hastaların %67.7’si 65yaş ve altı, %32.2’si 65 yaş üstü olup; %36.1’i kadın, %63.8’i erkek, % 95’i evlidir. Öğrenim durumları incelendiğinde; %6.6’sının okur yazar olmadığı, %59.4’ünün İlkokul, %11.6’sının ortaokul, %16.6’sının lise, %5.5’sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Hastaların %7.7’sinin çalıştığı, %92.2’si çalışmadığı, ekonomik durumları %58.8’inin gelir giderden az olduğu görülmektedir. Hastaların %7.2’sinin yalnız, %92.7’sinin aile bireyleriyle

yaşadığı; %97.2'sinin bakımına destek olan birileri varken %2.7'inin bakımına destek olan birilerinin olmadığını belirlenmiştir.

4.1.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özellikleri

Hastalık Özellikleri (N=180)	n	%
Tanı		
Akciğer Kanseri	49	27
Bas Boyun Kanseri ¹	25	13
Jinekoloji Kanserler ²	12	6
Gastrointestinal Sistem Kanseri ³	51	28
Meme Kanseri	13	7
Üriner Sistem Kanseri ⁴	20	11
Diğer Kanseri ⁵	10	5
Yatış Süre		
İlk 6 güne kadar	87	48
6 günden fazla	93	51
Yatış Neden		
Palyatif Tedavi	103	57
Küratif Tedavi	77	42
Tanı Süre		
İlk 6 aya kadar	86	47
6 aydan fazla	94	52
Evre		
1	5	2
2	12	6
3	21	11
4	138	78
Metastaz		
Var	150	85
Yok	26	14
ECOG		
I	9	5
II	52	28
III	74	41
IV	45	25
Kronik Hastalık		
Evet	71	39
Hayır	109	60
Toplam	180	100

¹**Bas Boyun Kanseri:** Baş-boyun, larenks, nazofarenks, özafagus, tiroid

²**Jinekoloji Kanserler:** Endometriyum, over, serviks, uterus, vulva

³**Gastrointestinal Sistem Kanseri:** Karaciğer, kolon, kolorektal, mide, pankreas, rektum, safra

⁴**Üriner Sistem Kanseri:** Mesane, prostat, renal,⁵**Diğer Kanseri:** Malingmeleonom, osteosarkom, periamпуляр bölge, primeribilimeyenca, yumuşak doku sarkom

Çalışmaya dahil edilen hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri Tablo 4.2.'de verilmiştir. Hastalık özellikleri incelendiğinde; %28.3'ü gastrointestinal sistem kanserleri, %27.2'si akciğer, %13.8'i baş-boyun kanserleri tansı ile tedavi almaktadır. Hastaların %51.6'si 6 ve 6 günden daha fazla yattığını belirtmiştir. Hastaların %57.22'si palyatif tedavi, %42.78'i küratif tedavi görmüştür. Hastaların %47.78'i tanılarının ilk 6 ayında iken, %52.22'si 6 ay ve 6 aydan daha fazla süre olduğu saptanmıştır. Hastaların %78.4'ü evre 4; %85.2'sinde metastaz olduğu, %14.77'sinde metastaz olmadığı; %41.1'inin ECOG puanın 3, % 25.00'inin ECOG puanın 4 olduğu belirlendi. Hastaların %39.44'ünde kronik hastalık var, %60.56'sında kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır.

4.1.3. Hastaların Hastaneye Yatış Semptomlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3. Hastaların Yatış Semptomları

	n	%		n	%
Ağrı			İştahsızlık		
Var	82	45	Var	13	7
Yok	98	54	Yok	167	92
Yorgunluk			Kanama Riski		
Var	44	24	Var	6	3
Yok	136	75	Yok	174	96
Diyare			Ates		
Var	9	5	Var	20	11
Yok	171	95	Yok	160	88
Bulantı -Kusma			Öksürük		
Var	47	26	Var	8	4
Yok	133	73	Yok	172	95
Uykusuzluk			Dispne		
Var	2	1	Var	36	20
Yok	178	98	Yok	144	80
Konstipasyon					
Var	10	5			
Yok	170	94			

Tablo 4.3'de hastaların hastaneye yatış nedenlerine göre semptomlara ait bulguları yer almaktadır. Grafikte de görüldüğü gibi hastaların hastaneye yatış semptomlarının; %45.5'i ağrı, %24.44'ü yorgunluk ve %20'si dispne olduğu belirlenmiştir.

4.2. Hastaların BBS-A/BBS-B İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 180 hastanın BBS-A/ BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 4.3, Tablo 4.4.)

4.2.1. Hastaların BBS-A/BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Hastaların BBS-B toplam madde puan ortalaması 3.72 ± 0.87 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında; madde puan ortalamaları sırasıyla; karar verme kontrolü-B 4.19 ± 0.85 , klinik durum-B 3.66 ± 1.04 ve kişisel yaşam durumu-B 3.12 ± 0.96 olarak sıralanmıştır.

Tablo 4.4. Hastaların BBS-A/ BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı(n=180)

Ölçek ve Alt Boyutları	Ort±SS	Minimum	Maksimum
Klinik Durum-A	3.83± 1.05	1	5
Kişisel Yaşam Durumu-A	3.13± 1.01	1	5
Karar Verme Kontrolü-A	4.12± 0.85	1	5
BBS-A (Toplam Puan)	3.76± 0.90	1	5
Klinik Durum-B	3.66± 1.04	1	5
Kişisel Yaşam Durumu-B	3.12± 0.96	1	5
Karar Verme Kontrolü-B	4.19± 0.85	1	5
BBS-B (Toplam Puan)	3.72± 0.87	1	5

Tablo 4.4' de hastaların BBS-A / BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. BBS-A ve BBS-B 'de toplam ve alt boyutlarından alınabilecek olası puan aralığı 1-5 arasındadır.

Hastaların BBS-A toplam madde puan ortalaması 3.76 ± 0.90 olarak ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında; madde puan ortalamaları sırasıyla; karar verme

kontrolü-A 4.12±0.85, klinik durum-A 3.83±1.05 ve kişisel yaşam durumu 3.13±1.01 olarak sıralanmıştır.

4.2.2. Hastaların BBS-A/BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyutlarının Korelasyonuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.5. Hastaların BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyutlarının Korelasyonun Analizi

	BBS-A	Klinik Durum A	Kişisel Yaşam Durum A	Karar Verme Kontrol A	Klinik Durum B	Kişisel Yaşam Durum B	Karar Verme Kontrol B	BBS-B
Klinik Durum A		1.000						
Kişisel Yaşam Durum A		r=0.791 p=0001	1.000					
Karar Verme Kontrol A		r=0.779 p=0001	r=0.708 p=.0001	1.000				
BBS-A		r=0.955 p=0001	r=0.886 p=0001	r=0.900 p=0001				
Klinik Durum B					1.000			
Kişisel Yaşam Durum B					r=0.838 p=.0001	1.000		
Karar Verme Kontrol B					r=0.739 p=0001	r=0.629 p=.0001	1.000	
BBS-B	r=0.957 p=.0001				r=0.961 p=0001	r=0.886 p=0001	r=0.869 p=0001	1.000

*Pearson's Korelasyon Analizi ** p<0001

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi Hastaların BBS-A toplam ve faktör puan ortalamaları ile BBS-B toplam ve faktör puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=.0001).

Hastaların BBS-A toplam ve faktör puan ortalamaları ile BBS-A ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur (p=.0001).

Hastaların BBS-B toplam ve faktör puan ortalamaları ile BBS-B ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=.0001$).

4.3. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A ve BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışmaya dahil edilen 180 hastanın sosyo-demografik özellikleri, hastalık özellikleri, hastaneye yatış semptomlarını içeren tanıtıcı özelliklerine göre BBS-A /BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11).

4.3.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Sonuçları (N=180)

	Klinik Durum-A	Kişisel Yaşam Durumu-A	Karar Verme Kontrolü-A	BBS-A (Toplam)
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş				
65 yaş altı	3.82±1.13	3.17±1.02	4.13±0.89	3.78±0.94
65 yaş ve üstü	3.83±0.92	3.00±0.98	4.08±0.75	3.72±0.80
t/p	-0.08 / 0.938	1.17 / 0.241	0.34 / 0.733	0.39 / 0.699
Cinsiyet				
Kadın	3.86±1.07	3.19±1.00	4.14±0.90	3.80±0.91
Erkek	3.80±1.06	3.08±1.02	4.10±0.83	3.74±0.89
t/p	0.21 / 0.832	0.65 / 0.519	0.19 / 0.852	0.34 / 0.737
Medeni Durum				
Evlü	3.80±1.07	3.12±1.02	4.09±0.86	3.74±0.91
Bekar	4.21±0.80	3.14±0.85	4.50±0.56	4.06±0.66
Eğitim				
Okur Yazar	3.82±1.10	3.02±1.23	3.92±1.22	3.67±1.11
Değil				
İlkokul	3.82±1.14	3.15±0.99	4.08±0.86	3.76±0.94
Ortaokul	3.52±0.92	2.85±0.88	3.98±0.76	3.52±0.77
Lise	3.81±0.94	3.00±1.07	4.23±0.79	3.77±0.82
Üniversite	4.43±0.48	3.73±0.85	4.65±0.32	4.34±0.46
F / p	1.27 / 0.284	1.42 / 0.229	1.72 / 0.148	1.54 / 0.192
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	4.53±0.68	3.46±0.76	4.58±0.33	4.30±0.47
Çalışmıyor	3.76±1.07	3.09±1.02	4.07±0.87	3.71±0.91
t/p	2.65/ 0.008	1.30/0.193	2.16/ 0.0324	2.35/ 0.019
Gelir				
Gelir giderden az	3.76±1.07	3.06±0.96	4.05±0.86	3.70±0.89
Gelir gidere denk	3.89±1.06	3.20±1.08	4.18±0.86	3.83±0.92
Gelir giderden fazla	4.02±1.00	3.17±1.11	4.53±0.37	4.00±0.73
F / p	0.46/0.631	0.49/0.613	1.39/0.2514	0.77/0.464
Kiminle Yaşıyor				
Yalnız	3.27±1.33	2.63±1.11	3.71±1.35	3.28±1.21
Aile bireyleriyle	3.86±1.03	3.15±0.99	4.15±0.79	3.80±0.86
t/p	-1.97/ 0.049	-1.85/0.066	-1.83/0.069	-2.06/ 0.040
Bakıma Destek				
Evet	3.86±1.03	3.14±0.99	4.15±0.79	3.79±0.86
Hayır	2.60±1.54	2.25±1.35	3.00±1,85	2.66±1.58
t/p	2.68/ 0.008	1.99/ 0.047	3.05/ 0.002	2.86/ 0.004

Tablo 4.6’de hastaların bireysel özelliklerine göre BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının tanımlayıcı bulgular yer almaktadır. Hastaların bireysel özelliklerinin, BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu özellikleri incelendiğinde, BBS-A toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların çalışma durumları incelendiğinde, BBS-A kişisel durum alt boyutu puan ortalmalarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Ancak BBS-A klinik durum 4.53 ± 0.68 , karar verme kontrolü 4.58 ± 0.33 alt boyutları ve BBS-A 4.30 ± 0.47 toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu çalışan hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $p=0.008$; $p=0.032$; $p=0.019$).

Hastaların kiminle yaşadıkları incelendiğinde, kişisel durum ve klinik durum alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$), karar verme kontrolü 3.86 ± 1.03 alt boyutları ve BBS-A 3.80 ± 0.86 madde puan ortalamaları aile bireyleriyle yaşayan hastalarda yalnız yaşayan hastalara göre daha yüksek olup aralarındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.008$; $p=0.040$).

Hastaların bakımlarını destekleyen bireylere sahip olmaları kişisel durum 3.14 ± 0.99 klinik durum 3.86 ± 1.03 , karar verme kontrolü 4.15 ± 0.79 ve BBS-A 3.79 ± 0.86 madde puan ortalamaları arasında hastaların bakımlarına destek olun bireylerin olması istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla $p=0.008$; $p=0.047$; $p=0.002$; $p=0.004$).

4.3.2. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Sonuçları (N=180)

	Klinik Durum-A	Kişisel Yaşam Durumu-A	Karar Verme Kontrolü-A	BBS-A (Toplam)
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Tanı				
Akciğer Kanseri	3.67±1.23	3.00±1.12	3.95±1.03	3.61±1.07
Bas Boyun Kanserleri	3.83±1.04	3.16±1.07	4.30±0.60	3.84±0.81
Jinekolojik Kanserler	3.68±1.23	3.33±1.16	4.07±1.07	3.74±1.08
Gastrointestinal Sistem Kanserleri	3.97±0.89	3.28±0.86	4.20±0.63	3.88±0.72
Meme Kanseri	3.69±1.45	2.92±1.19	3.99±1.37	3.62±1.27
Üriner Sistem Kanserleri	4.01±0.81	3.13±0.89	4.19±0.60	3.86±0.68
Diğer Kanser	3.77±0.67	2.80±0.77	4.15±0.61	3.68±0.60
t/p	0.52 / 0.796	0.74 / 0.619	0.67 / 0.674	0.57 / 0.757
Yatış Süresi				
İlk 6 gün	3.86±1.08	3.01±1.02	4.11±0.88	3.75±0.92
6 gün ve üzeri	3.78±1.05	3.21±0.99	4.12±0.82	3.77±0.88
t/p	0.38 / 0.704	-1.54 / 0.125	-0.36 / 0.718	-0.34 / 0.732
Yatış Nedeni				
Palyatif Tedavi	3.87±0.98	3.14±0.96	4.15±0.73	3.80±0.81
Küratif Tedavi	3.75±1.17	3.08±1.07	4.07±1.00	3.71±1.01
t/p	3.75 / 0.472	0.16 / 0.871	0.54 / 0.589	0.57 / 0.567
Yatış Süresi				
İlk 6 ay	3.91±0.91	3.23±1.03	4.17±0.81	3.84±0.83
6 ay ve üzeri	3.74±1.18	3.01±0.99	4.06±0.88	3.68±0.96
t/p	0.98 / 0.326	1.34 / 0.182	0.71 / 0.478	1.07 / 0.286
Evre				
1	3.29±0.94	2.60±0.84	3.73±0.74	3.28±0.81
2	3.88±0.92	3.23±1.33	4.36±0.59	3.90±0.83
3	3.61±1.01	2.95±1.03	4.18±0.50	3.66±0.76
4	3.87±1.08	3.153±0.98	4.10±0.91	3.78±0.93
F / p	0.81 / 0.491	0.72 / 0.540	0.74 / 0.532	0.68 / 0.567
Metastaz Durumu				
Var	3.84±1.09	3.14±1.03	4.14±0.88	3.78±0.92
Yok	3.73±0.91	3.00±0.89	3.98±0.64	3.64±0.75
t/p	0.49 / 0.624	0.64 / 0.525	0.87 / 0.385	0.70 / 0.486
ECOG				
I	3.38±1.16	2.86±0.94	4.00±0.82	3.48±0.94
II	3.67±1.02	2.97±1.07	4.05±0.82	3.64±0.89
III	3.84±1.17	3.17±0.99	4.10±0.93	3.77±0.96
IV	4.06±0.88	3.26±0.98	4.23±0.77	3.93±0.78
F / p	1.83 / 0.143	1.06 / 0.366	0.49 / 0.686	1.31 / 0.272

Tablo 4.7’de hastaların hastalık özelliklerinin BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarına göre tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır. Hastaların hastalıkla ilgili özellikleri BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tanı, yatış süresi, yatış nedeni, tanı süresi, evre, metastaz durumu, ECOG puan özelliklerine ilişkin BBS-A toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

4.3.3. Hastaların Hastaneye Yatış Semptomlarına Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.8. Hastaların Hastaneye Yatış Semptomlarına Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Sonuçları (N=180)

	Klinik Durum-A	Kişisel Yaşam Durumu-A	Karar Verme Kontrolü-A	BBS-A (Toplam)
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ağrı				
Var	3.79±1.05	3.05±1.00	4.14±0.84	3.74±0.88
Yok	3.85±1.08	3.17±1.02	4.09±0.86	3.77±0.92
t/p	-0.51 / 0.610	-0.96 / 0.337	0.12 / 0.903	-0.46 / 0.645
Yorgunluk				
Var	3.59±1.21	3.01±1.05	3.96±1.04	3.59±1.04
Yok	3.89±1.00	3.15±1.00	4.16±0.78	3.81±0.84
t/p	-1.47 / 0.142	-0.58 / 0.562	-1.19 / 0.234	-1.27 / 0.206
Diyare				
Var	3.35±1.04	2.81±0.94	3.63±1.04	3.32±0.95
Yok	3.85±1.06	3.13±1.01	4.14±0.83	3.78±0.89
t/p	-1.40 / 0.164	-0.98 / 0.326	-1.78 / 0.077	-1.53 / 0.126
Bulantı- Kusma				
Var	3.96±0.95	3.24±0.93	4.24±0.70	3.89±0.76
Yok	3.77±1.09	3.07±1.03	4.07±0.89	3.71±0.94
t/p	1.09 / 0.279	1.22 / 0.223	1.19 / 0.234	1.25 / 0.212
Uykusuzluk				
Var	4.00±1.01	2.75±1.41	4.08±1.06	3.74±1.12
Yok	3.82±1.06	3.12±1.01	4.11±0.85	3.76±0.90
t/p	0.23 / 0.815	-0.53 / 0.595	-0.06 / 0.954	-0.05 / 0.962
Konstipasyon				
Var	4.07±0.81	3.08±0.91	4.20±0.82	3.88±0.77
Yok	3.80±1.07	3.12±1.02	4.11±0.85	3.75±0.91
t/p	0.76 / 0.450	-0.17 / 0.865	0.31 / 0.753	0.43 / 0.670
İştahsızlık				
Var	3.66±0.71	3.00±0.57	4.13±0.40	3.67±0.47
Yok	3.83±1.08	3.12±1.03	4.11±0.87	3.76±0.92
t/p	-0.16 / 0.870	-0.05 / 0.963	-0.07 / 0.947	-0.11 / 0.910
Kanama Riski				
Var	3.71±1.43	3.17±1.47	3.94±1.51	3.67±1.42
Yok	3.82±1.05	3.11±0.99	4.12±0.82	3.76±0.88
t/p	-0.26 / 0.792	0.10 / 0.923	-0.51 / 0.613	-0.27 / 0.785
Ateş				
Var	3.49±1.16	2.74±0.87	3.96±0.87	3.48±0.92
Yok	3.86±1.04	3.17±1.02	4.13±0.85	3.79±0.89
t/p	-1.54 / 0.125	-1.85 / 0.065	-0.89 / 0.375	-1.53 / 0.127
Öksürük				
Var	3.61±1.16	2.81±1.02	3.83±1.18	3.50±1.09
Yok	3.83±1.06	3.13±1.01	4.13±0.83	3.77±0.89
t/p	-0.60 / 0.549	-0.91 / 0.366	-0.97 / 0.334	-0.86 / 0.393
Dispne				
Var	3.68±1.31	3.07±1.15	3.92±1.05	3.62±1.11
Yok	3.86±0.99	3.13±0.97	4.16±0.79	3.79±0.83
t/p	-0.91 / 0.362	-0.39 / 0.698	-1.56 / 0.121	-1.07 / 0.287
Kronik Hastalık durumu				
Var	3.92±1.00	3.17±0.99	4.19±0.79	3.84±0.83
Yok	3.75±1.10	3.08±1.03	4.07±0.89	3.71±0.94
t/p	0.98 / 0.328	0.59 / 0.553	1.01 / 0.311	0.97 / 0.332

Tablo 4.8’de hastaların hastaneye yatış semptomlarını ilişkin BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır. Hastaların semptomlarına ilişkin özellikleri BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ağrı, yorgunluk, diyare, bulantı-kusma, uykusuzluk, konstipasyon, iştahsızlık, kanama riski, enfeksiyon, öksürük ve dispne özelliklerinin BBS-A toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.3.4. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.9’de hastaların bireysel özelliklerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hastaların bireysel özelliklerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu, özelliklerine göre, BBS-B toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların çalışma durumları incelendiğinde, çalışan hastalarda çalışmayan hastalara göre; kişisel durum, klinik durum alt boyutlarında ve BBS-B madde puan ortalamaları arasında farklılık bulunmazken ($p>0.05$), karar verme alt boyutunda 4.69 ± 0.51 istatistiksel açıdan anlamlı farklılık belirlenmiştir ($p=0.023$).

Hastaların aynı evde yaşadıkları incelendiğinde, aile bireyleriyle yaşayan hastalarda yalnız yaşayanlara göre, karar verme kontrolü boyutunda farklılık bulunmazken ($p>0.05$), kişisel durum, klinik durum alt boyutları ve BBS-B madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.047$; $p=0.035$; $p=0.029$).

Hastaların bakımlarına destek olan bireylerin varlığı incelendiğinde, bakımlarına destek olan bireylerin olması, kişisel durum, klinik durum, karar verme kontrolü ve BBS-B madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan yüksek derece anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p=0.01$; $p=0.030$; $p=0.001$; $p=0.003$).

Tablo 4.9. Hastaların Bireysel Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Sonuçları (N=180)

	Klinik Durum-B	Kişisel Yaşam Durumu-B	Karar Verme Kontrolü-B	BBS-B (Toplam)
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş				
65 yaş altı	3.64±1.08	3.12±0.99	4.22±0.93	3.72±0.92
65 yaş ve üstü	3.68±0.95	3.09±0.93	4.13±0.70	3.70±0.78
t/p	-0.34 / 0.733	0.14 / 0.889	0.71 / 0.481	0.11 / 0.910
Cinsiyet				
Kadın	3.73±0.00	3.12±0.98	4.24±0.91	3.76±0.87
Erkek	3.61±1.06	3.10±0.96	4.16±0.83	3.68±0.88
t/p	0.56/ 0.575	0.01 / 0.990	0.52 / 0.604	0.46 / 0.648
Medeni Durum				
Evli	3.80±1.07	3.12±1.02	4.09±0.86	3.74±0.91
Bekar	4.21±0.80	3.14±0.85	4.50±0.56	4.06±0.66
Eğitim				
Okur Yazar Değil	3.47±1.11	3.09±1.09	3.95±1.21	3.55±1.10
İlkokul	3.70±1.09	3.17±1.02	4.21±0.87	3.75±0.91
Ortaokul	3.39±0.92	2.90±0.75	3.93±0.76	3.46±0.73
Lise	3.57±1.02	2.86±0.89	4.23±0.81	3.63±0.81
Üniversite	4.17±0.46	3.60±0.78	4.65±0.39	4.21±0.44
F / p	1.24 / 0.294	1.42 / 0.228	1.58 / 0.181	1.52 / 0.198
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	3.96±0.74	3.38±0.64	4.69±0.51	4.08±0.56
Çalışmıyor	3.62±1.06	3.08±0.99	4.15±0.87	3.68±0.89
t/p	1.13/0.260	1.04/0.300	2.29/ 0.023	1.61/0.109
Gelir				
Gelir giderden az	3.61±1.03	3.07±0.95	4.12±0.87	3.66±0.87
Gelir gidere denk	3.71±1.07	3.16±0.98	4.27±0.86	3.78±0.90
Gelir giderden fazla	3.67±0.99	3.08±1.29	4.47±0.46	3.81±0.77
F / p	1.61/0.109	0.17/0.840	0.94/0.390	0.44/0.642
Kiminle Yaşıyor				
Yalnız	3.11±1.23	2.58±1.06	3.76±1.32	3.21±1.15
Aile bireyleriyle	3.69±1.01	3.15±0.95	4.22±0.81	3.75±0.84
t/p	2.00/ 0.047	2.12/ 0.035	-1.94/0.054	-2.20/ 0.029
Bakıma Destek Olan Birinin Varlığı				
Evet	3.68±1.01	3.13±0.95	4.23±0.80	3.74±0.84
Hayır	2.54±1.45	2.20±1.25	2.97±1.81	2.61±1.51
t/p	2.48/ 0.014	2.18/ 0.030	3.36/ 0.001	2.94/ 0.003

4.3.5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.10. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Sonuçları (N=180)

	Klinik Durum-B	Kişisel Yaşam Durumu-B	Karar Verme Kontrolü-B	BBS-B (Toplam)
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Tanı				
Akciğer Kanseri	3.53±1.23	3.05±1.11	3.99±1.05	3.58±1.08
Bas Boyun Kanseri	3.65±1.01	3.15±0.98	4.40±0.56	3.80±0.74
Jinekolojik Kanseri	3.68±1.20	3.23±1.19	4.19±1.09	3.75±1.05
Gastrointestinal Sistem Kanseri	3.81±0.81	3.28±0.78	4.35±0.59	3.88±0.63
Meme Kanseri	3.40±1.40	2.79±1.29	4.08±1.41	3.49±1.30
Üriner Sistem Kanseri	3.74±0.81	3.10±0.77	4.18±0.56	3.75±0.63
Diğer Kanseri	3.56±0.82	2.75±0.57	4.05±0.71	3.54±0.61
t/p	0.53 / 0.788	0.88 / 0.511	1.13 / 0.348	0.79 / 0.577
Yatış Süresi				
İlk 6 gün	3.65±1.08	3.02±0.97	4.18±0.89	3.69±0.91
6 gün ve üzeri	3.65±1.00	3.19±0.96	4.20±0.83	3.73±0.85
t/p	-0.11 / 0.915	-1.24 / 0.215	-0.31 / 0.760	-0.48 / 0.632
Yatış Nedeni				
Palyatif Tedavi	3.74±0.95	3.17±0.91	4.23±0.73	3.78±0.79
Küratif Tedavi	3.53±1.15	3.02±1.04	4.14±1.01	3.62±0.98
t/p	1.35 / 0.177	0.95 / 0.342	0.61 / 0.541	1.12 / 0.264
Yatış Süresi				
İlk 6 ay	3.74±0.91	3.25±0.89	4.25±0.80	3.80±0.79
6 ay ve üzeri	3.57±1.14	2.98±1.02	4.13±0.91	3.63±0.95
t/p	0.95 / 0.341	1.84 / 0.066	0.89 / 0.372	1.25 / 0.211
Evre				
1	3.20±0.89	2.70±0.78	3.80±0.77	3.29±0.76
2	3.51±1.06	3.19±1.11	4.28±0.61	3.71±0.80
3	3.42±1.05	3.06±1.11	4.21±0.57	3.62±0.82
4	3.71±1.04	3.12±0.95	4.19±0.92	3.74±0.90
F / p	0.89 / 0.446	0.35 / 0.792	0.39 / 0.762	0.52 / 0.671
Metastaz Durumu				
Var	3.66±1.05	3.10±0.99	4.22±0.89	3.73±0.90
Yok	3.57±0.98	3.13±0.81	4.02±0.65	3.62±0.76
t/p	0.42 / 0.676	-0.11 / 0.916	1.10 / 0.274	0.55 / 0.579
ECOG				
I	3.25±1.05	2.81±0.75	4.04±0.73	3.42±0.79
II	3.52±1.02	3.01±0.98	4.12±0.81	3.61±0.86
III	3.65±1.15	3.10±1.01	4.15±0.96	3.70±0.97
IV	3.88±0.82	3.29±0.91	4.38±0.75	3.92±0.74
F / p	1.61 / 0.189	1.10 / 0.349	1.10 / 0.352	1.54 / 0.206

Tablo 4.10’da hastaların hastalık özelliklerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistiksel analizler sonuçları yer almaktadır. Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; tanı, yatış süresi, yatış nedeni, tanı süresi, evre, metastaz durumu ve ECOG puan özelliklerine göre, BBS-B toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.3.6. Hastaların Hastaneye Yatış Semptomlarına Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına Yönelik Bulgular

Tablo 4.11. Hastaların Hastaneye Yatış Semptomlarına BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Sonuçları (N=180)

	Klinik Durum-B	Kişisel Yaşam Durumu-B	Karar Verme Kontrolü-B	BBS-B (Toplam)
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ağrı				
Var	3.63±1.00	3.08±0.96	4.24±0.84	3.72±0.84
Yok	3.67±0.08	3.13±0.98	4.14±0.87	3.71±0.91
t/p	-0.50 / 0.620	-0.57 / 0.569	0.59 / 0.553	-0.19 / 0.852
Yorgunluk				
Var	3.41±1.16	2.91±1.00	4.07±1.05	3.53±0.99
Yok	3.73±0.99	3.17±0.95	4.23±0.79	3.77±0.83
t/p	-1.56 / 0.121	-1.43 / 0.153	-0.99 / 0.321	-1.48 / 0.141
Diyare				
Var	3.32±1.05	2.83±0.95	3.74±1.12	3.35±1.01
Yok	3.67±1.04	3.12±0.97	4.21±0.84	3.73±0.87
t/p	-1.01 / 0.312	-0.91 / 0.365	-1.64 / 0.101	-1.30 / 0.196
Bulantı- Kusma				
Var	3.85±0.89	3.28±0.92	4.39±0.71	3.91±0.74
Yok	3.58±1.08	3.05±0.98	4.12±0.90	3.65±0.91
t/p	1.48 / 0.139	1.49 / 0.137	1.87 / 0.062	1.76 / 0.079
Uykusuzluk				
Var	3.79±0.71	2.63±1.24	4.08±1.06	3.62±0.96
Yok	3.65±1.04	3.11±0.97	4.19±0.86	3.71±0.88
t/p	0.17 / 0.862	-0.73 / 0.468	-0.18 / 0.853	-0.17 / 0.867

Tablo 4.11 devamı. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Sonuçları

Konstipasyon				
Var	3.84±0.68	3.25±0.87	4.37±0.72	3.89±0.67
Yok	3.64±1.06	3.10±0.97	4.19±0.86	3.71±0.88
t/p	0.58 / 0.564	0.44 / 0.657	0.66 / 0.512	0.62 / 0.533
İştahsızlık				
Var	3.63±0.65	3.05±0.59	4.18±0.45	3.69±0.47
Yok	3.65±1.06	3.11±0.99	4.19±0.88	3.71±0.90
t/p	0.24 / 0.810	0.14 / 0.890	-0.01 / 0.992	0.15 / 0.881
Kanama Riski				
Var	3.84±0.68	3.25±0.87	4.37±0.72	3.89±0.67
Yok	3.64±1.06	3.10±0.97	4.18±0.87	3.70±0.89
t/p	0.08 / 0.939	0.13 / 0.900	-0.73 / 0.466	-0.18 / 0.856
Ateş				
Var	3.39±1.11	2.80±0.94	4.03±0.89	3.48±0.92
Yok	3.68±1.03	3.15±0.97	4.21±0.85	3.74±0.87
t/p	-1.25 / 0.212	-1.57 / 0.118	-0.90 / 0.371	-1.33 / 0.185
Öksürük				
Var	3.52±1.07	2.72±0.99	3.90±1.22	3.46±1.05
Yok	3.66±1.04	3.13±0.97	4.20±0.84	3.72±0.87
t/p	-0.39 / 0.695	-1.20 / 0.232	-1.01 / 0.312	-0.85 / 0.395
Dispne				
Var	3.42±1.24	2.98±1.16	3.98±1.11	3.51±1.11
Yok	3.71±0.97	3.14±0.91	4.24±0.78	3.76±0.80
t/p	-1.55 / 0.123	-0.97 / 0.335	-1.68 / 0.094	-1.59 / 0.114
Kronik Hastalık durumu				
Var	3.73±0.93	3.16±0.99	4.30±0.78	3.80±0.81
Yok	3.59±1.10	3.07±0.95	4.12±0.90	3.66±0.92
t/p	0.83 / 0.406	0.65 / 0.516	1.41 / 0.160	1.06 / 0.290

Tablo 4.11’de hastaların hastalık özelliklerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçları yer almaktadır. Hastaların semptomlarına ilişkin özellikleri BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ağrı, yorgunluk, diyare, bulantı-kusma, uykusuzluk, konstipasyon, iştahsızlık, kanama riski, enfeksiyon, öksürük ve dispne

özelliklerine göre, BBS-B toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, çalışma kapsamına dahil edilen 23 hemşirenin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin görüşlerinin dağılımına yönelik bulgulara yer verildi (Tablo 4.11).

4.4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.12. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özellikleri

Sosyo-Demografik Özellikler (N=23)	n	Ort±SS	Min-Max	%
Yas		Ort±SS 27.57±4.94	Min-Maks 22-42	
Cinsiyet				
Kadın	20			86
Erkek	3			13
Medeni Durum				
Evli	8			34
Bekar	15			65
Eğitim				
Ön Lisans	2			8
Lisans	21			91
Mesleki Özellikler (N=23)	N			%
Haftalık Çalışma Saati				
40	18			78
48	5			21
Ücret Memnuniyeti				
Evet	2			8
Hayır	21			91
Onkoloji Kliniğinde Çalışma Memnuniyet				
Evet	18			78
Hayır	5			21
Meslekte Çalışma Süresi (ay)		Ort±SS 50.39±59.09	Min-Maks 6-216	
36 ay altı	13			56
36 ay ve üstü	10			43
Onkolojide Kliniğinde Çalışma Süresi (ay)		Ort±SS 32.57±36.18	Min-Maks 4-132	
24 ay altı	11			47
24 ay ve üstü	12			52
Hasta Sayısı		Ort±SS 11.35±1.11	Min-Maks 8-13	
12 hasta altı	9			39
12 hasta ve üstü	14			60
Toplam	23			100

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bulguları Tablo-4.12'de verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde, %86.9'u kadın, %65.2'si bekar ve %86.9'u lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin, %78.2'si haftada 40 saat çalışmakta, %91.3'ü aldığı ücretten memnun olmadığı %78.2'si onkoloji kliniğinde çalışmaktan memnun olduğu, %56.5'i meslekte çalışma süresi otuzaltı ayın altında olduğu, %52.1'i onkolojide kliniğinde çalışma süresi yirmidört ay ve üzerinde olduğu ve %60.8'inin oniki ve üzeri hasta baktığı saptanmıştır.

4.5. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 23 haemşirenin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A/Bakım Skalası-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 4.13, Tablo 4.14.)

4.5.1. Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.13. Hemşirelerin BBS-A/ BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=23)

Ölçek ve Alt Boyutları	Ort ± SS	Minimum	Maksimum
Klinik Durum-A	4.20±0.55	2.57	5
Kişisel Yaşam Durumu-A	3.86±0.58	2.50	5
Karar Verme Kontrolü-A	4.45±0.59	3.17	5
BBS-A Hemşire (Toplam Puan)	4.21±0.50	2.94	5
Klinik Durum-B	4.42±0.44	3.29	5
Kişisel Yaşam Durumu-B	4.13±0.63	2.75	5
Karar Verme Kontrolü-B	4.61±0.44	3.67	5
BBS-B Hemşire (Toplam Puan)	4.42±0.44	3.29	5

Tablo 4.13' de hemşirlerin BBS-A/ BBS-B toplam madde ve alt Boyut madde puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır BBS-A (Hemşire) ve BBS-B (Hemşire)'de toplam ve alt boyutlarından alınabilecek olası puan aralığı 1-5 arasındadır.

Hemşirlerin BBS-A (Hemşire) toplam madde puan ortalaması 4.21 ± 0.50 olarak ortalamanın üzerinde bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında; madde puan ortalamaları sırasıyla; karar verme kontrolü-A 4.45 ± 0.59 , klinik durum-A 4.20 ± 0.55 ve kişisel yaşam durumu 3.86 ± 0.58 olarak sıralanmıştır.

Hemşirelerin BBS-B (Hemşire) toplam madde puan ortalaması 4.42 ± 0.44 olarak bulunmuştur. Alt boyutlara bakıldığında; madde puan ortalamaları sırasıyla; karar verme kontrolü-B 4.61 ± 0.44 , klinik durum-B 4.42 ± 0.44 ve kişisel yaşam durumu-B 4.13 ± 0.63 olarak sıralanmıştır.

4.5.2. Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyutlarının Korelasyonuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.14. Hastaların BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyutlarının Korelasyonun Analizi

	BBS-A	Klinik Durum A	Kişisel Yaşam Durum A	Karar Verme Kontrol A	Klinik Durum B	Kişisel Yaşam Durum B	Karar Verme Kontrol B	BBS-B
Klinik Durum A		1.000						
Kişisel Yaşam Durum A		$r = 0.424$ $p = 0.043$	1.000					
Karar Verme Kontrol A		$r = 0.862$ $p = .0001$	$r = 0.489$ $p = 0.017$	1.000				
BBS-A		$r = 0.930$ $p = 0.001$	$r = 0.671$ $p = 0.005$	$r = 0.943$ $p = 0.001$				
Klinik Durum B					1.000			
Kişisel Yaşam Durum B					$r = 0.595$ $p = 0.0027$	1.000		
Karar Verme Kontrol B					$r = 0.797$ $p = 0.0001$	$r = 0.720$ $p = .0001$	1.000	
BBS-B	0.866 $<.0001$				$r = 0.904$ $p = .0001$	$r = 0.847$ $p = 0.0001$	$r = 0.935$ $p = .0001$	1.000

*Pearson's Korelasyon Analizi ** $p < 0.0001$

Tablo 4.14' de görüldüğü gibi Hemşirelerin BBS-A toplam ve faktör puan ortalamaları ile BBS-B toplam ve faktör puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=.0001$).

Hemşirelerin BBS-A toplam ve faktör puan ortalamaları ile BBS-A ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=.0001$).

Hemşirelerin BBS-B toplam ve faktör puan ortalamaları ile BBS-B ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=.0001$).

4.6. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A ve BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 23 hemşirenin sosyo-demografik ve mesleki özelliklerine göre BBS-A /BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgulara yer verildi (Tablo 4.15, Tablo 4.16).

4.6.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.15. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre BBS-A Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Sonuçları (N=23)

	Klinik Durum-A	Kişisel Yaşam Durumu-A	Karar Verme Kontrolü-A	BBS-A (Toplam)
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Medeni Durum				
Evli	4.27±0.42	4.16±0.52	4.65±0.58	4.38±0.37
Bekar	4.16±0.62	3.70±0.57	4.34±0.59	4.12±0.55
U / p	0.13/0.448	1.66/ 0.048	1.67/ 0.046	1.00/0.157
Meslekte Çalışma (Ay)				
36 ay altı	4.10±0.63	3.71±0.61	4.31±0.58	4.08±0.55
36 ay ve üstü	4.33±0.43	4.05±0.51	4.63±0.58	4.37±0.40
U / p	0.97/0.165	1.15/0.123	1.92/ 0.027	1.46/0.072
Onkolojide Çalışma (Ay)				
24 ay altı	3.99±0.61	3.59±0.62	4.26±0.59	3.99±0.54
24 ay ve üstü	4.39±0.42	4.10±0.45	4.63±0.56	4.41±0.39
U / p	-1.99/ 0.023	-1.95/ 0.025	-2.10/ 0.017	-2.22/ 0.013
Bakım Verdiği Hasta Sayısı				
12 hasta altı	4.37±0.29	3.92±0.48	4.76±0.24	4.40±0.20
12 hasta ve üstü	4.09±0.66	3.82±0.65	4.25±0.67	4.08±0.60
U / p	0.63/0.261	0.34/0.363	1.79/ 0.036	1.19/0.115
Haftalık Çalışma Saati				
40	4.13±0.56	.74±0.55	4.36±0.59	4.12±0.48
48	4.43±0.51	4.30±0.54	4.77±0.53	4.52±0.50
U / p	1.16/0.121	0.94/0.173	-0.22/0.409	1.08/0.138
Onkoloji Çalışma Memnuniyet				
Evet	4.29±0.40	3.97±0.53	4.56±0.47	4.31±0.36
Hayır	3.89±0.91	3.45±0.62	4.03±0.84	3.84±0.77
U / p	-0.67/0.248	-1.61/0.052	-1.29/0.098	-1.00/0.156

U :Mann-Whitney U test

Tablo 4.15’de hemşirelerin bireysel özelliklerine göre BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin sosyo-demorafik ve mesleki özelliklerine ilişkin verileri; BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; evli hemşirelerde kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü alt boyut madde puan ortalamasının bekar hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.048$; $p=0.046$).

Hemşirelerin meslekte 36 ay ve üzerinde çalışması; karar verme kontrolü alt boyut madde puan ortalamasının 36 ay altında çalışan hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0.027$)

Hemşirelerin 24 ay ve üzerinde onkoloji kliniğinde alışması; BBS-A, toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında 24 ay altında çalışan hemşirelere göre, istatistiksel açıdan farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p=0.023$; $p=0.025$; $p=0.017$; $p=0.013$)

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısının 12 hasta altında olması; karar verme kontrolü alt boyut madde puan ortalamasının 12 hasta ve üzerinde bakım veren hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0.03$).

4.6.2. Hemşirelerin Sosyo-Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.16. Hemşirelerin Bireysel Özelliklerine Göre BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Sonuçları (N=23)

	Klinik Durum-B	Kişisel Yaşam Durumu-B	Karar Verme Kontrolü-B	BBS-B (Toplam)
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Medeni Durum				
Evli	4.57±0.31	4.34±0.40	4.77±0.34	4.59±0.24
Bekar	4.34±0.49	4.02±0.72	4.52±0.47	4.33±0.50
U / p	1.04/0.148	0.91/0.180	1.41/0.077	1.23/0.108
Meslekte Çalışma (Ay)				
36 ay altı	4.29±0.46	3.98±0.70	4.49±0.44	4.29±0.45
36 ay ve üstü	4.60±0.37	4.33±0.50	4.77±0.41	4.59±0.37
U / p	1.91/ 0.027	1.06/0.143	1.83/ 0.032	2.21/ 0.013
Onkolojide Çalışma (Ay)				
24 ay altı	4.22±0.47	3.91±0.74	4.47±0.48	4.24±0.47
24 ay ve üstü	4.61±0.33	4.33±0.46	4.74±0.37	4.59±0.33
U / p	-2.14/ 0.015	-1.33/0.090	-1.25/0.104	-2.04/ 0.020
Bakım Verdiği Hasta Sayısı				
12 hasta altı	4.59±0.27	4.39±0.28	4.80±0.32	4.61±0.20
12 hasta ve üstü	4.32±0.50	3.96±0.75	4.49±0.47	4.29±0.50
U / p	1.14/0.125	1.33/0.090	1.77/ 0.038	2.09/ 0.018
Haftalık Çalışma Saati				
40	4.38±0.43	4.07±0.66	4.62±0.43	4.39±0.43
48	4.57±0.48	4.35±0.52	4.57±0.53	4.52±0.50
U / p	1.16/0.121	0.94/0.173	-0.22/0.409	1.08/0.138
Onkoloji Çalışma Memnuniyet				
Evet	4.47±0.37	4.29±0.50	4.67±0.41	4.50±0.35
Hayır	4.26±0.67	3.55±0.78	4.40±0.53	4.14±0.63
U / p	-0.45/0.325	-1.95/ 0.025	-2.19/0.111	-1.38/0.082

U :Mann-Whitney U test

Tablo 4.16'de hemşirelerin bireysel özelliklerine göre BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistiksel analiz sonuçlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine ilişkin verileri; BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durum BBS-B toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Hemşirelerin meslekte 36 ay ve üzerinde çalışması; BBS-B, klinik durum ve karar verme kontrolü alt boyut madde puan ortalamasının 36 ay altında çalışan hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.02$; $p=0.03$; $p=0.01$).

Hemşirelerin 24 ay ve üzerinde onkoloji kliniğinde çalışması; klinik durum alt boyut madde puan ortalamasının 24 ay altında çalışan hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.01$; $p=0.02$).

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısının 12 hasta altında olması; BBS-B ve karar verme kontrolü alt boyut madde puan ortalamasının 12 hasta ve üzerinde bakım veren hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.03$; $p=0.01$).

Hemşirelerin onkolojide çalışmaktan memnun olmaları; kişisel yaşam durum alt boyutu madde puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0.02$)

4.7. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çalışma kapsamına alınan 180 hasta ve 23 hemşirenin Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-A/Bakım Skalası-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır (Tablo 4.17).

4.7.1. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.17. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A/ BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Hasta Ort±SS	Hemşire Ort±SS	t	P
Klinik Durum A	3.83±1.05	4.20±0.55	-1.66	0.097
Kişisel Yaşam Durum A	3.13±1.01	3.86±0.58	-3.40	<.0001
Karar Verme Kontrol A	4.12±0.85	4.45±0.59	-1.81	0.071
BBS-A	3.76±0.90	4.21±0.50	-2.32	0.021
Klinik Durum B	3.66±1.04	4.42±0.44	-3.49	<.0001
Kişisel Yaşam Durum B	3.12±0.96	4.13±0.63	-4.89	<.0001
Karar Verme Kontrol B	4.19±0.85	4.61±0.44	-2.29	0.023
BBS-B	3.72±0.87	4.42±0.44	-3.77	<.0001

Tablo 4.17’de hasta ve hemşirelerin BBS-A/ BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Hasta ve hemşirelerin BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; BBS-A (p=0.021), klinik durum-A (p=0.097), kişisel yaşam durum-A (p=0.071) ve karar verme kontrol-A (p=0.071), istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu ve hemşirelerin puan ortalamalarının hastalardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının karşılaştırıldığında; tüm alt boyutlarda hemşirelerin puan ortalamalarının hastalardan daha yüksek olduğu ve BBS-B (p=0.0002), klinik durum-B (p=0.0006), kişisel yaşam durum-B (p=.0001) ve karar verme kontrol-B (p=0.0233) alt boyutlardaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.

5. TARTIŞMA

Bireyselleştirilmiş bakım ile bireysel bakım planı oluşturmak, bakımın kalitesini yükseltmek ve hasta memnuniyetini arttırmak amaçlanmaktadır (Suhonen ve ark., 2010b). Bu nedenle hastaların ve hemşirelerin bakım eylemlerinde bireyselliği ne ölçüde algıladıklarını ve hangi özelliklerinin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkilediğinin değerlendirilmesi önemlidir. Bu bölümde bireyselleştirilmiş bakımın onkoloji hastaları ve onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin bakış açısından değerlendirilmesi amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen bulgular, literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A ve BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A ve BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

5.1. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının BBS-A (3.76 ± 0.90) ve BBS-B (3.72 ± 0.87) ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo4.4). Literatürde sonucumuza benzer hastaların bakım algılarının ortalamalarının üzerinde olduğu gösterilmektedir (Acaroğlu ve ark., 2010; Rose, 2016; Suhonen ve ark., 2018). Ülkemizde ve dünyada onkoloji hastalarının yüksek düzeyde olması beklenen bireyselleştirilmiş bakım algılarının aslında istendik düzeyde olmadığı ve bunun artırılması gerekmektedir.

Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarına ilişkin alt boyutlar incelendiğinde;

Bireyselleştirilmiş bakım skalasının; BBS-A bölüm puanı, hastaların hemşirelik eylemlerinin farkına varmasını BBS-B bölüm puanı ise hastanın kendi bakımında bireyselliğini algılamasını belirlemektedir.

Çalışmada, hemşirelik eylemlerinin farkındalığı ve bakım algısının en yüksek karar verme kontrolü boyutunda belirlenmiştir (BBS-A 4.12 ± 0.85 , BBS-B 4.19 ± 0.85). Onkoloji hastalarının; duyguları, düşünceleri, istekleri göz önünde bulundurularak, kendi bakımlarında söz sahibi olmaları ve bakımları ile ilgili kararlara katılımları desteklenmektedir. Hastaların hastalığa yanıtları, duyguları, hissettikleri ve hastalığının kendileri için anlamı kapsayan klinik durum ortalamasının üzerinde desteklenmektedir. Kişisel yaşam durumu alt boyutunda yer alan hastaların inanç ve değerleri, alışkanlıkları, aktiviteleri, tercihleri, işi ve hastane deneyimlerinin yeterli düzeyde desteklenmediği saptanmıştır (Tablo 4.4). Bazı çalışmalar dini inançların, maneviyatın ve değerli hissetmenin önemini vurgulamış, din ve maneviyatın, özellikle kanser hastalarında birincil bir role sahip olduğunu belirtmişlerdir. (Charalambous ve ark., 2009; Groot ve ark., 2017). Ancak hastalarla din ve manevi konuların konuşulması sağlık personeli için öncelikli olmadığı bildirilmektedir (Silbermann, 2016). Bunlara ek olarak hemşire sayısının azlığı, hemşire başına düşen hasta sayısının fazla olmasından kaynaklı hasta ve hemşire arasındaki etkileşimin yetersizliğinin kişisel alt boyutta hastaya verilen desteği olumsuz etkilediği söylenebilir. Hemşire istihdamını belirlemek için hasta- hemşire oranı ve dolu yatak oranı başına düşen hemşire sayısı kullanılan önemli ölçütlerdendir. Bu ölçütlere ek olarak farklı özellikteki hastaların bakım gereksinimlerinde dikkate alınması gerektiği düşünülmektedir. Ülkemizde “hasta: hemşire oranı”na ilişkin yasa ilk defa yoğun bakım üniteleri için uygulanmış (2007), 2013 yılında bu oran yeni düzenlemeler yapılmasına rağmen klinikler için herhangi bir oran belirlenmemiştir (Türkmen 2015). Fakat Türkiye’de 1.000 kişiye 1.96 hemşire düşmesi (Özsayın 2018), hemşirelerin haftalık çalışma saatlerinin fazla olmasını, hemşire sayısındaki azlığı ve dolayısıyla hasta başına düşen hemşire yetersizliğini çalışmamızından elde edilen sonucun süpriz olmadığını göstermektedir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda; iç hastalıkları ve genel cerrahi kliniklerinde yatan 425 hasta ile yapılan çalışmada; hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının ortalamasının üzerinde olduğu, beyin cerrahisi kliniğinde 54 hasta ile yapılan çalışmada bireyselleştirilmiş bakım algısının yüksek olduğu, 156 ortopedik cerrahi hastalarıyla yapılan çalışmada bakım algısının yüksek olduğu saptanmıştır. Yoğun bakımda yatan hastalarla yapılan çalışmada ise hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının desteklenme puan sırasının klinik durum, kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü olduğu belirtilmektedir (Acaroğlu ve ark., 2007; Tekin 2011; Gürdoğan ve ark., 2015; Kaplan 2015; Danacı ve Koç 2019; Alıcı 2018). Çalışmaların ağırlıklı olarak cerrahi kliniklerde yapılması, kronik hastalıklarda, özellikle onkoloji hastalarında bakımın daha ön planda olması nedeni ile çalışma sonuçlarının farklılık gösterdiği düşünülmektedir

Yurt dışında yapılan çalışmalarda ise; Rose ve arkadaşlarının (2016) radyasyon onkolojisi hastaları ile aynı ölçeğin BBS-A ve BBS-B puanları ortalamadan yüksektir. Her iki skala için alt boyutlar puan sıralaması; karar verme kontrolü, klinik durum ve kişisel yaşam durumları şeklindedir ((Rose, 2016). Onkoloji hastaları ile yapılan bir diğer çalışmada ise BBS-A ve BBS-B skalalarının ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir (Suhonen ve ark., 2018). Suhonen ve arkadaşlarının (2012) beş Avrupa ülkesinde hasta ve hemşirelerin kişiselleştirilmiş bakım algılarını karşılaştırmak için yapmış oldukları çalışmada; bireyselleştirilmiş bakım algısı 4.12 ± 0.52 ve 0.56 ± 1.04 arasında değiştiğini belirlemişler ve kültürel farklılıkların hastalık algısı üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Suhonen ve ark., 2012d). Dört Avrupa ülkesinde kanser hastaları ile yapılan bir başka çalışmada ise farklılıkların nedenini hemşire sayısının az olması ve bu nedenle oluşabilecek hasta hemşire etkileşimdeki yetersizlikten kaynaklandığı belirtmişlerdir (Suhonen ve ark. 2018). Bulgular arasındaki farklılıkların, kanser hastalarında bakım algısını etkileyen faktörlerin, kültürel ve kişisel, hastaların önceki deneyimleri, hemşirelerin eğitim düzeyleri, hemşirelerin bakımı değerlendirme şekilleri ile ilgili olabilir (Yates, 2012; Suhonen ve ark., 2012d Radwin ve ark., 2013).

Bu bölümde ‘‘Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ne düzeydedir’’ sorusu yanıtlandı.

5.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hastaların bireysel ve hastalık özelliklerine göre BBS-A/BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, kiminle yaşadığı, bakımına destek olma, tanı, yatış süresi, tedavi türü, tanı alma süresi, evre, ECOG, kronik hastalık ve semptom özelliklerinin ölçeklerin toplamında ve üç alt boyutunun ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.6, Tablo 4.7, Tablo 4.8, Tablo 4.9, Tablo 4.10, Tablo 4.11). Suhonen ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada hastaların bakış açısına göre, **kanserin, tedavi ve bakımının her aşamasında bireyselleştirilmiş bir yaklaşım gerektiren kronik hastalık** olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuç bulgumuzu destekler niteliktedir. (Suhonen ve ark., 2016).

Suhonen (2010), Vukmir (2006) ve Jenkinson (2002) yapmış oldukları çalışmalar da bakım kalitesi algısının ileri yaşta hastalarda çok daha yüksek olduğunu saptamışlardır (Jenkinson ve ark., 2002 ; Vukmir, 2006; Suhonen ve ark., 2010a). Hastaların bakım algılarını farklı ölçeklerle inceleyen bazı çalışmalarda ise çalışma sonucumuzla benzer şekilde yaşın bireyselleşmiş bakım algısını etkilemediği belirlenmiştir (Grassi ve ark., 2004; Çoban ve Kaşıkçı, 2008; Radwin ve ark., 2009; Pini ve ark., 2014; Ceylan ve Eser, 2016; Suhonen ve ark., 2018).

Bu çalışmada çalışan hastaların çalışmayanlara göre BBS-A ve BBS-B toplam, BBS-A klinik durum, her iki ölçeğin karar verme kontrolü alt boyutlarında puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Geliri giderden fazla olan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları yüksek olmasına rağmen, BBS-A ve BBS-B toplam ve alt boyut ortalamaları karşılaştırıldığında, istatistiksel açıdan bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6, Tablo 4.9). Bu sonuç Radwin (2009) çalışmasıyla tutarlıdır (Radwin ve ark., 2009). Bizim çalışmamızın aksine Çoban ve Kaşıkçı'nın (2008) cerrahi hastalarıyla yapmış oldukları çalışmada gelir düzeyi yüksek olan hastaların bakım algılarının arttığı sonucuna ulaşmıştır (Çoban ve Kaşıkçı, 2008). Bu bulgunun nedeni ülkemizde kanser hastalarının tedavi ve bakım masrafları devlet tarafından karşılanması

ile açıklanmasının yanında farklı sosyoekonomik durumlarda kanser hastalarının bakım algılarının ve destek ihtiyaçlarının benzer olduğunu sonucuna ulaştırmıştır.

Hastaların aile bireyleriyle yaşamları ve hastalara destek olan bireylerin varlığı hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısını yükselmesine katkı sağlar (Charalambous, 2009; Suhonen ve ark., 2016) Bu çalışmada hastaların aile bireyleri ile birlikte yaşamları ve bakımlarına destek olan birisinin olması, BBS-A ve BBS-B toplam, BBS-A klinik durum, BBS-B klinik durum ve kişisel yaşam durumun alt boyutlarında aile bireyleriyle yaşayan hastaların yalnız yaşayan hastalara göre daha yüksek puanlara sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hastaların bakımlarına destek olan birisinin olması BBS-A kişisel yaşam durumu ve karar verme kontrolü olumlu etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6, Tablo 4.9). Çalışma sonucumuza paralel olarak Rose (2016) radyasyon onkolojisinde yapmış olduğu çalışmada aile bireyleri ile yaşayan hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.

Hastaların BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamalarının; tanı, evre, metastaz, ECOG, yatış süresi, tanı süresi ve kronik hastalık özelliklerinin bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7, Tablo 4.10). Grassi ve arkadaşlarının 2004 yılın da Avrupa ve Asyayı kapsayan farklı ülkelerde yapmış oldukları çalışmada; kanserin yaş, cinsiyet, eğitim, tanı, evre ve metastaz durumunun etkisinin olmadığı hastaların çok büyük bir oranın yoğun kaygı hissettiklerini sonucuna ulaşmışlardır. Bizim çalışma sonuçlarımızla tutarlıdır. Kanser hastalarında tanı ve tedavi süreçlerinde hastalık özelliklerinden daha çok hissettikleri kaygı, bireyselleştirilmiş bakım algısında farklılık oluşturduğu belirtilmektedir (Grassi ve ark., 2004; Shim, 2006; Mitchell, 2008).

Hastaların hastanede yatış süreleri incelendiğinde, BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7, Tablo 4.10). Ceylan ve Eser (2016) ve Suhonen ve arkadaşlarının (2007, 2010) yapmış oldukları çalışma ile uyumlu iken, Land ve Suhonen (2009) hastanede kalma süresi arttıkça, hemşirelik müdahalelerinde bireyselliği desteklediği sonucuna ulaşmışlardır (Suhonen ve ark., 2007c; Land ve Suhonen, 2009; Suhonen ve ark., 2010a; Ceylan ve Eser, 2016).

Hastaların hastanede yatış nedenleri incelendiğinde, BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı ($p>0.05$) (Tablo 4.7, Tablo 4.10), küratif ve palyatif tedavi alan hastaların bakım algılarının birbirine yakın değerlerde olduğu saptanmıştır. Tedavinin şekli fark etmeksizin hastalar; kanserin nüks etmesi, semptomların kontrol altına alınamayacağı, kendi bedeninin kontrolünü kaybetme duygusunu ve metastaz olabileceği kaygısını sürekli yaşamaktadırlar (Elsbeth ve ark., 2005; E Voogt ve ark., 2005). Hastaların kanser tanı ve tedavisine karşı algılarının bulgular üzerinde etkili olduğunu düşünülmektedir.

Hastaların kronik hastalık varlık durumları incelendiğinde, BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı ($p>0.05$) Ceylan ve Eser (2016) ortopedi ve travmatoloji kliniğinde yatan hastalarla yapmış oldukları çalışma ile uyumluyken, Çoban ve Kaşıkçı'nın (2008) başka bir kronik hastalığa sahip hastaların bakım algılarının da daha düşük düzeyde olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yaygın olarak kanser ölümcül hastalık olarak görülmektedir (Silbermann, 2016). Bu nedenle hastalarda mevcut olan kronik hastalıkları ikinci planda kalmakta, algı ve dikkatin kanser tanısı üzerinde yoğunlaşmasının bulgu üzerinde etkili olduğunu düşünülmektedir.

Bu bölümde “Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen sosyo-demografik ve hastalık özelliklerine ilişkin görüşleri nelerdir?” sorusu yanıtlanmıştır.

5.3. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bireyselleştirilmiş bakım skalasının; BBS-A (hemşire) bölüm puanı, hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini desteklemesini BBS-B (hemşire) bölüm puanı ise hastanın bakımını bireyselleştirme algılarını değerlendirmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. Ayrıca BBS-B (4.42 ± 0.44) ortalamasının BBS-A (4.21 ± 0.50) ortalamasından yüksek olması, hemşirelerin bakım uygulamalarında hastanın bireysellik algılarının daha düşük olmasına rağmen, bakımı bireyselleştirdiklerini düşündükleri

sonucunu göstermektedir. Bu durumda hemşirelerin hastalarla etkileşimlerinin sınırlı olduğu söylenebilir.

Çalışmada, kanser hastalarının bireyselliğini desteklemeye yönelik en yüksek algılanan karar verme kontrolü alt boyutudur. Karar verme alt boyutu, hastaların isteklerini, düşüncelerini, duygularını, bakımda söz sahibi olmalarını ve bakımı ile ilgili kararlara katılımlarına destek veren konularda hemşirelerin hastanın bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarını bireyselleştirilmiş bakım davranışlarıdır. Klinik durum, hasta bireylerin duyguları, hissettikleri, hastalığın anlamı ve hastalığa yanıtlarının anlamını içeren konularda bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışlarıdır. En az algılanan kişisel yaşam durumu ise hemşireler hastaların, alışkanlıkları, tercihleri, inanç ve değerleri, aktiviteleri, aile bağları ve hastane deneyimlerine ilişkin durumlarda bireyin bireyselliğini desteklemeye yönelik bakım davranışları olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.13). BBS ölçeğinin alt boyutları hastanın hastane ortamı dışındaki önceki bakım deneyimleri, faaliyetleri ve günlük alışkanlıkları ile hasta yakınlarının bakımlarına katılımını kapsamaktadır. Genel olarak hemşirelerin, bakımı şekillendirmek için hastalara mevcut durum dışındaki kişisel yaşamlarının ya da önceki kişisel deneyimlerinin üzerinde durmadıkları, çoğunlukla göz ardı ettikleri belirtilmiştir (Charalambous ve ark., 2012; Suhonen ve ark., 2004).

Çalışmamızla uyumlu olarak Rose ve arkadaşlarının (2016) radyasyon onkolojisi ünitesindeki 170 hasta ve 30 hemşirenin bireyselleştirilmiş bakım hakkındaki görüşlerini inceledikleri çalışmalarında; BBS-A (hemşire) 4.40 ± 0.32 ve BBS-B (hemşire) 4.57 ± 0.33 olduğu saptanmıştır. Her iki skala içinde puan ortalamaları karar verme kontrolü, klinik durum ve kişisel yaşam durumu olarak sıralanmaktadır (Rose, 2016). Finlandiya'da Charalambous ve arkadaşlarının'nın 354 (2010) hemşire ile yapmış oldukları çalışmada BBS-A (hemşire) 4.02 ± 0.51 ve BBS-B (hemşire) 4.05 ± 0.50 alt boyutları madde puan ortalamaları sıralaması ise klinik durum, karar verme kontrolü ve kişisel yaşam durumu olarak belirlenmiştir (Charalambous ve ark., 2010). Papastavrou ve arkadaşlarının (2015) aralarında Türkiye'nin de bulunduğu uluslararası düzeyde yedi ülkede gerçekleştirdikleri çalışmada BBS-A (hemşire) 4.09 ± 0.53 ve BBS-B (hemşire) 4.08 ± 0.57 ; alt boyutları madde puan ortalamaları her iki alt boyut için sırasıyla klinik

durum, karar verme kontrolü ve kişisel yaşam durumu olarak belirlenmiştir (Papastavrou ve ark., 2015). Hemşirelerin bakım uygulamalarında hastaların bireyselliğini desteklemesi ve hastanın bakımını bireyselleştirme algı düzeyindeki farklılıkların nedenlerinin; hemşirelerin farklı eğitim düzeylerine sahip olmaları, hasta sayıları ve klinik tecrübeleri düzeylerinden kaynaklandığı belirtilmektedir (Suhonen ve ark., 2007; Suhonen ve ark., 2012).

Ülkemizde hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısını yansıtan çalışmalar sınırlıdır. Karayurt ve arkadaşlarının (2017) 575 hemşire ile yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin BBS-B (hemşire) 3.93 ± 0.77 bulmuştur. Alt boyut ortalamaları sırasıyla; BBS-B klinik durum 4.09 ± 0.83 , karar verme kontrolü 4 ± 0.86 , kişisel yaşam durumu 3.54 ± 0.95 olarak sıralanmaktadır. Bireyselleştirilmiş bakım sklasının alt boyut sıralaması bizim çalışmalarımızla tutarlıdır (Karayurt ve ark., 2018). Can'ın (2013) ortopedi ve trajmatoloji kliniğinde yapmış oldukları çalışmada; BBS-A (hemşire) toplam madde puan ortalaması 3.88 ± 0.72 ; alt boyutları madde puan ortalamalarında da klinik durum 4.09 ± 0.62 , karar verme kontrolü 3.98 ± 0.74 ve kişisel yaşam durumu 3.36 ± 1.03 olarak belirlenmiştir. Özdemir (2015) dahiliye, nöroloji, genel cerrahi, nöroşürüjji, ortopedi ve travmatoloji klinikleri ve erişkin yoğun bakım ünitelerinde yapmış oldukları çalışmada BBS-A (hemşire) madde puan ortalaması 3.80 ± 0.72 olarak saptanmıştır. BBS-A (Hemşire) alt boyutları madde puan ortalamaları en yüksek puandan sıralaması; en yüksek klinik durum 4.03 ± 0.74 alt boyutu saptanmıştır. Danacı ve Koçun (2019) dahili ve cerrahi birimleri kapsayan 419 hemşire ile yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin BBS-A toplam madde puan ortalaması 3.9 ± 0.7 , hemşirelerin BBS-B toplam madde puan ortalaması 4.1 ± 0.6 bulmuştur. (Danacı ve Koç, 2019). Bizim bulgularımızla farklılık gösterme nedeninin örneklem özelliklerinden kaynaklı olduğunu düşünülmektedir.

Bu bölümde “Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ne düzeydedir” sorusu yanıtlanmıştır.

5.4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre BBS-A /BBS-B Toplam Madde ve Alt Boyut Madde Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Hemşirelerde yaşa göre BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14, Tablo 4.15). Suhonen ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada farklılık gösterirken, Suhonen ve arkadaşlarının (2010) ile Idvall ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada yaşın hemşirelerin hastaların bireyselliğini desteklemesi ve algılamasında farklılık oluşturmadığını saptamışlardır. Hemşirelik mesleğinin etik değerlerinde bireysellik ilkesinin olması ve bireysellik kavramının yaşla değişmeyeceğinden bu sonucumuz literatürle uyumludur (Suhonen ve ark., 2010b; Suhonen ve ark., 2012b; Idvall ve ark., 2012).

Hemşirelerin medeni durumları incelendiğinde, BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan kişisel yaşam durumu ($p=0.048$) ve karar verme kontrolü ($p=0.046$) alt boyutunda anlamlı ilişki saptanmıştır. Evli hemşirelerin kişisel yaşam durumu ($p=0.048$) ve karar verme kontrolü ($p=0.046$) alt boyutunda toplam madde puan ortalamaları, bekar hemşirelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) Suhonen ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada evli hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (Suhonen ve ark., 2012e). Can (2013) ve Özdemir (2015) çalışmalarında ise bekar hemşirelerin hastaların bireyselliğini desteklemeye yönelik hemşirelik eylemlerinin daha fazla farkında oldukları sonucu saptanmıştır.

Hemşirelerin meslekte ve onkoloji kliniğinin de çalışma süreleri karşılaştırıldığında; BBS-A toplam ve alt boyutları incelendiğinde, meslekte çalışma yılının artması karar verme alt boyutunda anlamlı farklılığa neden olurken, onkoloji kliniğinde çalışma süresinin artması tüm alt boyutlarda anlamlı farklılığa neden olduğu saptanmıştır ($p<0.5$). Bunun nedeni meslekte çalışma süresinin artmasının hemşirelerin problem çözme becerilerini artırırken onkoloji kliniğinde çalışmalarını kanser hastalığına karşı bilgi, beceri ve

tutumlarının gelişmesi olarak düşünülebilir (Kousoulou, 2019). BBS-B toplam ve alt boyutları incelendiğinde ise, meslekte çalışma süresinin artması BBS-B toplam, klinik durum ve karar verme kontrolü alt boyutlarında anlamlı farklılığa neden olurken, onkoloji kliniğinde çalışma süresinin artması BBS-B toplam ve klinik durum alt boyutunda anlamlı farklılığa neden olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Suhonen ve arkadaşlarının (2010) hemşirelere yönelik yapmış oldukları çalışmalarında bakım tecrübesi ile bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında istatistiksel anlamlı fark olduğunu belirlemeleri bulguyu destekler niteliktedir (Suhonen ve ark., 2010). Hemşirelerin onkoloji kliniğindeki tecrübeleri arttıkça önceki hastane deneyimlerine dikkat etme, hastaların inanç ve değerlerine, alışkanlıklarına, kendi bakımında söz sahibi olma durumlarına ve hastaların kararlara katılımının desteklenmesi gibi davranışları içeren kişisel yaşamlarına yönelik algılama düzeylerinin arttığı düşünülmektedir.

Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısına göre BBS-A toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hasta sayısının 12'nin altında olması; karar verme kontrolü alt boyut puan ortalamasının hasta sayısının 12 ve üzerinde bakım veren hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0.036$) (Tablo 4.14). Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hasta sayısının 12 hasta altında olması; BBS-B toplam ve karar verme kontrolü alt boyut madde puan ortalamasının 12 hasta ve üzerinde bakım veren hemşirelerden istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olduğu saptanmıştır ($p=0.038$; $p=0.018$) (Tablo 4.15). Bakım verilen hasta sayısını hemşirelik bakımının kalitesini, hastaya sunumunu ve bireyselleştirilmesini etkilemektedir. Litaretürde hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısının ve hemşirelerin iş yükünün fazla olmasının hemşirelik bakımını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (Charalambous ve ark., 2016). Bu çalışmada hemşireler aynı kliniklerden alınmıştır ancak bakım verilen hasta sayısı vardiyalı çalışmada artmaktadır. Bu noktadan yola çıkarak bakım verilen hasta sayısındaki küçük farklılıkların bile onkoloji hemşirelerinde bireyselleşmiş bakım algısında farklılığa neden olduğu söylenebilir.

Eğitim düzeylerindeki farklılıklar bireyselleştirilmiş bakım algısında etkili olduğu birçok çalışmada kanıtlanmıştır (Idvall ve ark., 2012). İdvall ve ark (2012) ve zdemir (2015) eğitim düzeyleri arttıca bireyselleşmiş bakım algıları arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Bizim alışmamızda örneklemimizin tamamı lisans mezunu olması hemşirelerin bakım algılarının yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin etik duyarlılık, sorumluluk sahibi olmaları ve meslek ahlakına sahip olmaları ve bu doğrultuda hastaların fizyolojik ve psikolojik gereksinimlerine karşı duyarlı olmaları gerekmektedir (Idvall ve ark., 2012). Eğitim seviyeleri arttıca mesleğin gerekliliğini yapma oranlarının arttığı düşünülmektedir.

Bu bölümde “Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen faktörler nelerdir” sorusu yanıtlanmaktadır.

5.5. Hasta ve Hemşirelerin BBS-A /BBS-B Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Onkoloji hastalarına uygulanan hemşirelik bakımının hastalar ve hemşirelerin bakış açısından değerlendirilmesi, bakımıyla ilgili objektif sonuçlara ulaşılmasını sağlamaktadır.

Çalışmamızda hastaların bireyselliklerini destekleyen eylemlerin farkına varmaları (BBS-A) ve bireyselleştirilmiş bakım algılarınının (BBS-B) hemşirelere göre daha düşük ve aralarındaki farklılığın anlamlı olduğu bulunmuştur. Leive (2009) ve Florin (2006) yapmış oldukları çalışmalarda hemşirelerin, hastalarının beklentilerinin her zaman farkında olmadıklarını ve sağladıkları bakım içeriğine ilişkin yeterli düzeyde objektif değerlendirme yapmadıklarını saptamışlardır (Florin ve ark., 2006; Lei ve ark., 2009). Suhonen ve arkadaşlarının (2012) ve Rose (2016)’un çalışmalarında hastaların bireyselleştirilmiş bakım algısının hemşireye göre daha düşük olması bizim çalışmamızla tutarlı olup hasta ve hemşirenin bakım algıları arasındaki farklılıkları göstermektedir (Suhonen, ve ark., 2012b; Rose, 2016). Hastalar ve hemşireler arasında bireyselleştirilmiş bakım algısı arasında farklılıklar olması, hastaların bireysellik alanlarının yeterince belirlenemediği düşüncesini oluşturmaktadır. Barami ve arkadaşları (2008) hastaların ve hemşirelerin kanser hastalarının yaşam kalitelerine ilişkin algıları arasında farklılıklar olduğunu ve hemşirelerin sosyal

ilişkilerde hastalarının yaşam kalitesini önemsememe eğiliminde olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Bahrami ve ark., 2008). Zhao ve arkadaşları (2009) ise hemşireler ve hastalar arasındaki bakımla ilgili algı farklılıklarının hemşirelik bakımının kalitesi ile ilgili farklı sonuçlara neden olduğu ve bakımda standartlık sağlanamamasına neden olduğu görüşünü öne sürmüşlerdir (Zhao ve ark., 2009). Kanser hastanın sıkıntılı süreçlerle baş edebilmesi hastalığa yüklediği anlama, deneyimlerine, inançlarına, duygularına düşüncelerine, alışkanlıklarına, isteklerine ve tüm bu duygularını yansıtarak kendi bakımında söz sahibi olmasına bağlıdır (Kousoulou ve ark., 2019). Hemşirelerin bu süreçte hastanın bireysellik alanlarını kabul ederek, bu değerleri ve kavramları bakımına dahil etmeleri hastaların yaşamış oldukları fizyolojik ve psikolojik süreçte destek sağlamakta, bireyselleştirilmiş bakımı güçlendirmektedir. Kanser hastasına bireyselleştirilmiş bakım sağlanması, hastalığın duygusal etkilerinin ele alınmasını, tedavi ve bakımla ilgili kararlara katılmasını sağlayarak sağlığı geliştiren davranışların benimsenmesini sağlamaktadır (Treiman ve ark., 2017). Bu nedenle hasta ve hemşireler arasındaki bireyselleştirilmiş bakım algısındaki farklılıkların en aza indirilmesi hasta sonuçları açısından önemlidir.

Bu bölümde ‘‘Hemşireler ve hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları arasında farklılıklar var mı ‘’ sorusu yanıtlanmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, bireyselleştirilmiş bakımın onkoloji hastaları ve onkoloji kliniğinde çalışan hemşirelerin bakış açılarından değerlendirmesi amacıyla, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Kliniğinde 180 hasta ve 23 hemşire ile gerçekleştirilmiştir.

Çalışma sonucunda;

- Hastaların bireyselleştirilmiş bakım algıları ortalamasının üzerinde, BBS-A toplam madde puan ortalaması 3.76 ± 0.90 , alt boyutlarının ortalaması sırasıyla; karar verme kontrol 4.12 ± 0.85 , klinik durum 3.83 ± 1.05 , kişisel yaşam durumu 3.13 ± 1.05 olduğu belirlenmiştir. Hastaların BBS-B toplam madde puan ortalaması 3.72 ± 0.87 , alt boyutlarının ortalaması sırasıyla; karar verme kontrol 4.19 ± 0.85 , klinik durum 3.66 ± 1.04 , kişisel yaşam durumu 3.12 ± 0.96 olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Hastaların BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve gelir durumu özelliklerine göre, BBS-A toplam madde ve üç alt boyutunun madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$)
- Hastaların çalışma durumlarına göre BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hastaların çalışma durumları, kiminle yaşadıkları, bakımlarına destek olan kişilerin varlığına göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p < 0.05$).
- BBS-A toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile BBS-B'nin toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki ($p = .0001$), BBS-B toplam ve faktör puan ortalamaları ile BBS-A'nın toplam ve faktör puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki ($p = .0001$) bulunmuştur.

- Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarının yüksek olduğu saptanmıştır.
- Hemşirelerin BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; medeni durum, cinsiyet ve haftalık çalışma saatinin madde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$)
- Hemşirelerin meslekte çalışma ayı, onkolojide çalışma ayı, bakım verdiği hasta sayısı ve onkolojide çalışma memnuniyetine göre BBS-A ve BBS-B toplam madde ve alt boyut madde puan ortalamaları karşılaştırıldığında; istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0.05$).
- BBSA-A (hemşire) toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile BBS-B (hemşire) nin toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönde yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<.0001$).
- Hastaların bireyselliklerini destekleyen eylemlerin farkına varmaları (BBS-A) ve bireyselleştirilmiş bakım algılarınının (BBS-B) hemşirelere göre daha düşük ve aralarındaki farklılığın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmaya İlişkin Öneriler

Hastaların ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını değerlendirmenin, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının gelişimine katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Bu nedenle;

- Bakım verenlerin bakıma katılımlarının ve bireyselleştirilmiş bakıma katkılarının değerlendirilmesi,
- Bakım standartlarının belirlenebilmesi için belirli periyotlarda değerlendirilme yapılması,
- Kültürel farklıların bireyselleştirilmiş bakım algısında kilit noktalardan biri olması nedeniyle, hemşirelerin kültürel farklılıkların sağlık üzerindeki etkilerine öncelik verilmesi,

- Psikolojik, fizyolojik ve spritüel ihtiyaçların karşılanması bireyselleştirilmiş bakım algısını artırarak hasta memnuniyetini ve bakım kalitesini artırması nedeniyle, manevi ihtiyaçların belirlenmesi ve bütünsel bakım felsefesinin yaygınlaştırılması
- Hastaların bireyselleşmiş bakım algılarının artmasına katkı sağlayacak hemşirelik girişimlerinin planlanması,
- Kanser hastalarının ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algılarını etkileyen faktörlerin kalitatif çalışmalarla incelenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Acaroğlu R, Şendir M, Kaya H. Sosyal, E. Bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımının hasta memnuniyeti ve sağlığa ilişkin yaşam kalitesine etkisi. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2007; 15 (59): 61-67.

Allgar V, Neal R. Delays in the diagnosis of six cancers: Analysis of data from the national survey of nhs patients: Cancer. British Journal of Cancer. 2005; 92 (11): 1959.

Altıok H, Ö Üstün B. Profesyonellik: Kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Elektronik Dergisi. 2014; 7 (2).

Angel S, Frederiksen KN. Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. International Journal of Nursing Studies. 2015; 52 (9): 1525-1538.

Arora NK, Weaver KE, Clayman ML, Oakley-Girvan I, Potosky AL. Physicians' decision-making style and psychosocial outcomes among cancer survivors. Patient Education and Counseling. 2009; 77 (3): 404-412.

Bahrami M, Parker, S, Blackman I. Patients' quality of life: A comparison of patient and nurse perceptions. Contemporary Nurse. 2008; 29 (1): 67-79.

Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. The Journal of the Royal College of General Practitioners. 1969; 17 (82): 269.

Brennan ME, Butow P, Spillane A J, Boyle,F. Patient-reported quality of life, unmet needs and care coordination outcomes: Moving toward targeted breast cancer survivorship care planning. Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology. 2016; 12 (2): e323-e331.

Brunton B, Beaman M. Nurse practitioners' perceptions of their caring behaviors. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 2000; 12 (11): 451-456.

Browall M, Koinberg I, Falk H, Wijk H. Patients' experience of important factors in the healthcare environment in oncology care. *Int. J. Qual. Stud. Health Well-Being*. 2013; (8): 51–60.

Can Ş. Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları İle İlişkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman Doç. Dr. Rengin Acaroğlu)

Ceylan B. Individualized care in nursing. *Ege University Journal of Nursing Sciences*. 2014; 30 (3): 59-67.

Ceylan B, Eser I. Assessment of individualized nursing care in hospitalized patients in a university hospital in turkey. *Journal of Nursing Management*. 2016; 24 (7): 954-961.

Charalambous A. (2019). Individualised nursing care in cancer care. In *Individualized Care* (pp. 131-139).

Charalambous A, Adamakidou T, Cloconi C, Charalambous M, Tsitsi T, Vondrackova L, Buzgova R. The quality of oncology nursing care: A cross sectional survey in three countries in europe. *Eur J Oncol Nurs*. 2017; 27: 45-52.

Charalambous A, Beadsmoore A. Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology. *European Journal of Oncology Nursing*. 2009; 13 (5): 350-360.

Charalambous A, Chappell NL, Katajisto J, Suhonen, R. The conceptualization and measurement of individualized care. *Geriatric Nursing*. 2012; 33 (1): 17-27.

Charalambous A, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Suhonen R. Individualised care and the professional practice environment: Nurses' perceptions. *International Nursing Review*. 2010; 57 (4): 500-507.

Charalambous A, Papadopoulos IR, Beadsmoore A. Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care. *Eur J Oncol Nurs*. 2008; 12 (5): 436-442.

Charalambous A, Radwin L, Berg A, Sjovall K, Patiraki E, Lemonidou C, Suhonen R. An international study of hospitalized cancer patients' health status, nursing care quality, perceived individuality in care and trust in nurses: A path analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2016; 61: 176-186.

Clow HE. Individualizing the care of the aging. *American Journal of Psychiatry*. 1953; 110 (6): 460-464.

Council NM. The code: Professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives. London: NMC. 2015.

Cranston J. Australian primary health care research institute primary care respiratory unit discipline of general practice university of adelaide south australia (pp. 1–114). Canberra: The Australian National University. 2006.

Çoban Gİ, Kaşıkçı M. Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2008; 16 (63): 165-171.

Danaci E, Koç Z. The association of job satisfaction and burnout with individualized care perceptions in nurses. *Nursing Ethics*. 2019: 0969733019836151.

Ehrenberg A, Birgersson C. Nursing documentation of leg ulcers: Adherence to clinical guidelines in a swedish primary health care district. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2003; 17 (3): 278-284.

Epstein, R, Street Jr, R. Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. National cancer institute. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. 2007.

Erickson HL. Philosophy and theory of holism. *Nursing Clinics of North America*. 2007; 42 (2): 139-163.

Fischer MJ, Wiesenhaan M E, Heijer AD, Kleijn WC, Nortier JW, Kaptein AA. From despair to hope: A longitudinal study of illness perceptions and coping in a

psycho-educational group intervention for women with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*. 2013; 18 (3): 526-545.

Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15 (12): 1498-1508.

Foss C. Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2002; 16 (1): 19-26.

Giannousi Z, Manaras I, Georgoulas V, Samonis G. Illness perceptions in greek patients with cancer: A validation of the revised-illness perception questionnaire. *Psycho-Oncology*. 2010; 19 (1): 85-92.

Glasgow RE, Nutting PA, King DK, Nelson C C, Cutter G, Gaglio B, Amthauer H.A practical randomized trial to improve diabetes care. *Journal of General Internal Medicine*. 2004; 19 (12): 1167-1174.

Grassi L, Rossi E, Sabato S, Cruciani G, Zambelli M. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics*. 2004; 45 (6): 483-491.

Heidrich SM, Brown RL., Egan JJ, Perez OA, Phelan CH, Yeom H, Ward S.E. (2009). An individualized representational intervention to improve symptom management (iris) in older breast cancer survivors: Three pilot studies. Paper Presented at the Oncology Nursing Forum.

Helliwell J, Layard R, Sachs J. *World Happiness Report 2016*. Sustainable Development Solutions Network, New York 2016; 1.

Hendrix CC, Landerman R, Abernethy AP. Effects of an individualized caregiver training intervention on self-efficacy of cancer caregivers. *West J Nurs Res*. 2013; 35 (5): 590-610.

Hird AE, Lemke M, Turovsky M, Malecki V, Kumar K, DeAngelis C, Chow E, Ko YJ. Doctor, what are my options? A prospective cohort study of an individualized care plan for patients with gastrointestinal cancer. *Curr. Oncol.* 2015;22 (3), 171–177.

Holt KA, Hansen DG, Mogensen O, Jensen PT. Self-assessment of goal achievements within a gynecological cancer rehabilitation counseling. *Cancer Nursing.* 2019; 42 (1): 58-66.

Husson O, Thong MS, Mols F, Oerlemans S, Kaptein AA, Poll-Franse LV. Illness perceptions in cancer survivors: What is the role of information provision? *Psycho-Oncology.* 2013; 22 (3): 490-498.

Idvall E, Berg A, Katajisto J, Acaroglu R, Luz MD, Efstathiou G, Suhonen R. Nurses' sociodemographic background and assessments of individualized care. *J Nurs Scholarsh.* 2012; 44 (3): 284-293.

Igoumenidis M, Papastavrou E, Lemonidou C. (2019). Theoretical and philosophical framework for individualised care. In *Individualized care* (pp. 7-15): Springer.

İncirkuş K, & Nahçıvan N. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu'nun türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. 2011.

Jansson I, Pilhammar-Andersson E, Forsberg A. Evaluation of documented nursing care plans by the use of nursing-sensitive outcome indicators. *J Eval Clin Pract.* 2010; 16 (3): 611-618.

Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: Results from a large study in uk cancer centres. *British Journal of Cancer.* 2001; 84 (1): 48.

Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2002; 16 (4): 337-344.

Kahn KL, Schneider EC, Malin JL, Adams JL, Epstein AM. Patient centered experiences in breast cancer: Predicting long-term adherence to tamoxifen use. *Medical Care*. 2007; 45 (5): 431-439.

Kaplan C. Hastaların Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2015 (Danışman Prof. Dr. Rengin Acaroğlu)

Karayurt Ö, Erol Ursavaş F, İşeri Ö. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım verme durumlarının ve görüşlerinin İncelenmesi. *Acibadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018: 0-0.

Kash KM, Mago R, Kunkel E J. (2005). Psychosocial oncology: Supportive care for the cancer patient. Paper Presented at the Seminars in Oncology.

Kavradim ST, Ozer ZC, Bozcuk, H. Hope in people with cancer: A multivariate analysis from turkey. *J Adv Nurs*. 2013; 69 (5): 1183-1196.

Kebudi R, Cakir FB. (2016). Cancer care in a country undergoing transition: Turkey, current challenges and trends for the future. In *Cancer care in countries and societies in transition* (pp. 193-208): Springer.

Kerr, D., Bevan, H., Gowland, B., Penny, J., & Berwick, D. Redesigning cancer care. *Bmj*. 2002; 324 (7330): 164-166.

Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 2013; 69 (1): 4-15.

Koberich S, Feuchtinger J, Farin E. Factors influencing hospitalized patients' perception of individualized nursing care: A cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2016; 15: 14.

Kousoulou M, Suhonen R, Charalambous A. Associations of individualized nursing care and quality oncology nursing care in patients diagnosed with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*. 2019.

Kunaviktikul W, Anders R., Srisuphan W, Chontawan R, Nuntasupawat R, Pumarporn O. Development of quality of nursing care in thailand. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 36 (6): 776-784.

Land L, Suhonen R. Orthopaedic and trauma patients' perceptions of individualized care. *International Nursing Review*. 2009; 56 (1): 131-137.

Larsson BW, Larsson G, Starrin B. Patients' views on quality of care: A comparison of men and women. *Journal of Nursing Management*. 1999; 7 (3): 133-139.

Lauver DR, Ward SE, Heidrich SM, Keller ML, Bowers BJ, Brennan PF, Wells TJ. Patient-centered interventions. *Research in Nursing & Health*. 2002; 25 (4): 246-255.

Lear J. Inside and outside the republic. *Phronesis*. 1992; 37 (2): 184-215.

Lei Z, Qiongjing Y, Qiuli W, Sabrina K, Xiaojing L, Changli W. Sleep quality and sleep disturbing factors of inpatients in a chinese general hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18 (17): 2521-2529.

Leventhal H, Diefenbach M. (1991). The active side of illness cognition. In *Mental representation in health and illness* (pp. 247-272): Springer.

Mahlin M. Individual patient advocacy, collective responsibility and activism within professional nursing associations. *Nursing Ethics*. 2010; 17 (2): 247-254.

Mårtensson G, Carlsson M, Lampic C. (2010). Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress? Paper presented at the Oncology Nursing Forum.

Mazor K M, Beard R L, Alexander G L, Arora N K, Firreno C, Gaglio B, Roblin D. W. Patients' and family members' views on patient-centered communication during cancer care. *Psycho-Oncology*. 2013; 22 (11): 2487-2495.

McCormack L A, Treiman K, Rupert D, Williams-Piehotá P, Nadler E, Arora N K, Street RL, Jr. Measuring patient-centered communication in cancer care: A literature

review and the development of a systematic approach. *Soc Sci Med.* 2011; 72 (7): 1085-1095.

Medicine I. o. Delivering high-quality cancer care: Charting a new course for a system in crisis. Washington, DC: The National Academies Press; 2013, p:

Mitchell G. Palliative care: A patient-centered approach: Radcliffe Publishing; 2008, p:

Morgan S, Yoder L H. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs.* 2012; 30 (1): 6-15.

Nehir S, Tavsanli N G, Ozdemir C, Akyol T. A determination of hopelessness and the perception of illness in cancer. *Omega (Westport).* 2019; 79 (2): 115-131.

Nguyen T K, Bauman G S, Watling C J, Hahn K. Patient- and family-centered care: A qualitative exploration of oncologist perspectives. *Support Care Cancer.* 2017; 25 (1): 213-219.

Oermann M. H. Consumers' descriptions of quality health care. *Journal of Nursing Care Quality.* 1999; 14 (1): 47-55.

Ouwens M, Hermens R., Hulscher M, Vonk-Okhuijsen S, Tjan-Heijnen V, Termeer R, Grol R. Development of indicators for patient-centred cancer care. *Supportive Care in Cancer.* 2010; 18 (1): 121.

Özdemir N. Hemşirelik Esaslari Anabilim Dali Hemşirelik Esaslari Programi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul, (Danışman Doç. Dr. Rengin Acaroğlu).

Özsayin S, Giersbergen M.Y. Hemşireler İçin Güvenli-Etkin İstihdamın Geliştirilmesi, Sürdürülmesi Ve İş Yükü Planlamalarında Kanıt Temelli Uygulamalar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2018; 34(1), 118-132.

Papastavrou E, Acaroglu R, Sendir M, Berg A, Efstathiou G, Idvall E, Suhonen R. The relationship between individualized care and the practice environment: An international study. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52 (1): 121-133.

Pearcey P. Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore. *International Journal of Nursing Practice.* 2010; 16 (1): 51-56.

Peppercorn J. M, Smith T J, Helft P R, Debono D J, Berry S R, Wollins DS. American Society of Clinical, O. American society of clinical oncology statement: Toward individualized care for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol.* 2011; 29 (6): 755-760.

Petrie KJ, Jago LA, Devcich D A. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry.* 2007; 20 (2): 163-167.

Pini A, Sarafis P, Malliarou M, Tsounis A, Igoumenidis M, Bamidis P, Niakas D. Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. *Glob J Health Sci.* 2014; 6 (5): 196-203.

Radwin L. Oncology patients' perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing & Health.* 2000; 23 (3): 179-190.

Radwin, L, Alster K, Rubin KM. Development and testing of the oncology patients' perceptions of the quality of nursing care scale. Paper presented at the Oncology Nursing Forum. (2003).

Radwin L E. Knowing the patient: A process model for individualized interventions. *Nursing Research.* 1995.

Radwin L E, Cabral H J., Wilkes G. Relationships between patient-centered cancer nursing interventions and desired health outcomes in the context of the health care system. *Res Nurs Health.* 2009; 32 (1): 4-17.

Rahib L, Smith B D, Aizenberg R, Rosenzweig A, Fleshman J M, Matrisian L M. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: The unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the united states. *Cancer Res.* 2014; 74 (11): 2913-2921.

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. *Journal of Caring Sciences.* 2013; 2 (3): 203.

Rathert C, Wyrwich M D, Boren S A. Patient-centered care and outcomes. *Medical Care Research and Review.* 2012; 70 (4): 351-379.

Rchaidia L, Dierckx de Casterlé B, De Blaeser L, Gastmans C. Cancer patients' perceptions of the good nurse: A literature review. *Nursing Ethics.* 2009; 16 (5): 528-542.

Rebello Botelho MA, Fonseca C, Suhonen R, Lima Basto M, Ramos A. Intervenções de enfermagem individualizadas: Uma revisão da literatura. *Pensar Enfermagem.* 2015.

Richards K C, Sullivan S C, Phillips R L, Beck C K, Overton-McCoy A L. The effect of individualized activities on the sleep of nursing home residents who are cognitively impaired: A pilot study. *Journal of Gerontological Nursing.* 2001; 27 (9): 30-37.

Rose P, Yates P. Person centred nursing care in radiation oncology: A case study. *European Journal of Oncology Nursing.* 2013; 17 (5): 554-562.

Rose P M. Individualized care in the radiation oncology setting from the patients' and nurses' perspectives. *Cancer Nurs.* 2016; 39 (5): 411-422.

Schalk DM, Bijl ML, Halfens R J, Hollands L, Cummings GG. Interventions aimed at improving the nursing work environment: A systematic review. *Implementation Science.* 2010; 5 (1): 34.

Sherwood GD. Meta synthesis of qualitative analyses of caring: Defining a therapeutic model of nursing. *Caring in nursing classics: An essential resource.* 2012: 357.

Shim D. Hybridity and the rise of Korean popular culture in Asia. *Media, Culture & Society*. 2006; 28 (1): 25-44.

Silbermann M. *Cancer care in countries and societies in transition*. Cham, Switzerland: Springer. 2016.

Simone J.V, Hewitt M. *Ensuring quality cancer care*: National Academies Press; 1999,

Souraya Sidani PhD, R. Effects of patient-centered care on patient outcomes: An evaluation. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2008; 22 (1): 24.

Suhonen R. Understanding the basics and importance of individualised nursing care. In *Individualized care*. Springer. 2019; 17-25

Suhonen R, Alikleemola P, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Nurses' assessments of individualised care in long-term care institutions. *Journal of Clinical Nursing*. 2012b; 21 (7-8): 1178-1188.

Suhonen R, Berg A, Idvall E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Leino-Kilpi H. European orthopaedic and trauma patients' perceptions of nursing care: A comparative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18 (20): 2818-2829.

Suhonen R, Berg A, Idvall, E, Kalafati M, Katajisto J, Land L, Leino-Kilpi H. Adapting the individualized care scale for cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2010a; 24 (2): 392-403.

Suhonen R, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, Patiraki E, Papastavrou E. Patients' and nurses' perceptions of individualised care: An international comparative study. *Journal of Clinical Nursing*. 2012e; 21 (7-8): 1155-1167.

Suhonen R, Gustafsson M L, Katajisto J, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Nurses' perceptions of individualized care. *Journal of Advanced Nursing*. 2010b; 66 (5): 1035-1046.

Suhonen R, Leino-Kilpi, H. Older orthopaedic patients' perceptions of individualised care: A comparative survey. *International Journal of Older People Nursing*. 2012a; 7 (2): 105-116.

Suhonen R, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Development and psychometric properties of the individualized care scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2005a; 11 (1): 7-20.

Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H., Merkouris A. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012d; 26 (2): 372-380.

Suhonen R, Schmidt LA, Radwin L. Measuring individualized nursing care: Assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 59 (1): 77-85.

Suhonen R, Stolt M, Berg A, Katajisto J, Lemonidou, C, Patiraki, E., Charalambous A. Cancer patients' perceptions of quality-of-care attributes—associations with age, perceived health status, gender and education. *J Clin Nurs*. 2018; 27 (1-2): 306-316.

Suhonen R, Välimäki M, Katajisto J, Leino-Kilpi H. Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: An explanatory model using lisrel. *International Journal of Nursing Studies*. 2007c; 44 (2): 197-207.

Suhonen R, Valimaki M, Katajisto J, Lemo Kilpi, H. Hospitals' organizational variables and patients' perceptions of individualized nursing care in finland. *Journal of Nursing Management*. 2007b; 15 (2): 197-206.

Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. "Individualised care" from patients', nurses' and relatives' perspective—a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39 (6): 645-654.

Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 50 (3): 283-292.

Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17 (7): 843-860.

Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Testing the individualized care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004; 18 (1): 27-36.

Suliman W A, Welmann E, Omer T, Thomas L. Applying watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. *Journal of Nursing Research*. 2009; 17 (4): 293-300.

Tan M, Karabulutlu E. Social support and hopelessness in turkish patients with cancer. *Cancer Nursing*. 2005; 28 (3): 236.

Tekin F. Ortopedik Cerrahi Hastalarının Bireyselleştirilmiş Bakımı Algılama Ve Hemşirelik Bakiminden Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul (Danışman Yrd. Doç. Dr. Ümmü Yıldız Findik).

Theodorou M, Charalambous C, Petrou C. Cyprus: health system review. *Health System in Transition*. 2012;14 (6), 1–128.

Terrace M. Delivering high-quality cancer care: Charting a new course for a system in crisis. 2013.

Thórarinsdóttir K, Kristjánsson K. Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: A framework analysis. *Nursing Ethics*. 2014; 21 (2): 129-147.

Törnvall E, Wahren LK, Wilhelmsson S. Impact of primary care management on nursing documentation. *Journal of Nursing Management*. 2007; 15 (6): 634-642.

Treiman K, McCormack L, Olmsted M, Roach N, Reeve BB, Martens CE, Sanoff, H. Engaging patient advocates and other stakeholders to design measures of patient-centered communication in cancer care. *Patient*. 2017; 10 (1): 93-103.

Tremblay D, Roberge D, Berbiche, D. Determinants of patient-reported experience of cancer services responsiveness. *BMC Health Services Research*. 2015; 15 (1): 425.

Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (gas) in rehabilitation: A Practical Guide. *Clinical Rehabilitation*. 2009; 23 (4): 362-370.

Türkmen E. Hemşire istihdamının hasta ve hemşire sonuçları ile organizasyonel çıktılarına etkisi: Yataklı tedavi kurumlarında hemşire insan gücünü planlama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2015;2(3), 69-80.

Venetis M K, Robinson JD, Turkiewicz K L, Allen, M. An evidence base for patient-centered cancer care: A meta-analysis of studies of observed communication between cancer specialists and their patients. *Patient Education and Counseling*. 2009; 77 (3): 379-383.

Voogt E, van der Heide, A., Rietjens, J. A., van Leeuwen, A. F., Visser, A. P., van der Rijt, C. C., & van der Maas, P. J. Attitudes of patients with incurable cancer toward medical treatment in the last phase of life. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23 (9): 2012-2019.

Voogt E, Van Der Heide, A, Van Leeuwen A, Visser A, Cleiren M, Passchier J, Van Der Maas, P. Positive and negative affect after diagnosis of advanced cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2005; 14 (4): 262-273.

Vukmir RB. Customer satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2006; 19 (1): 8-31.

Wagner EH, Groves, T. (2002). Care for chronic diseases: The efficacy of coordinated and patient centred care is established, but now is the time to test its effectiveness. In: *British Medical Journal Publishing Group*.

Walker D K, Edwards, R L, Bagcivan G, Bakitas MA. Cancer and palliative care in the united states, turkey, and malawi: Developing global collaborations. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2017; 4 (3): 209.

Warren RC, Lockett H C, Zulfiqar A A. (2002). The social context for faith and health. In *The health behavioral change imperative* (pp. 127-151): Springer.

Wessels H, de Graeff A, Wynia K, de Heus M, Kruitwagen C L, Woltjer GT, Voest E E. Gender-related needs and preferences in cancer care indicate the need for an individualized approach to cancer patients. *The Oncologist*. 2010; 15 (6): 648-655.

Wigens L. The conflict between 'new nursing' and 'scientific management' as perceived by surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 1997; 25 (6): 1116-1122.

Wilkin K, Slevin E. The meaning of caring to nurses: An investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*. 2004; 13 (1): 50-59.

Winland-Brown J, Lachman VD, Swanson EOC. The new 'code of ethics for nurses with interpretive statements' (2015): Practical clinical application, part i. *Medsurg Nursing*. 2015; 24 (4): 268.

Yates P. Can we deliver both population-based and personalised approaches to cancer care. *Cancer Nurs*. 2012; (35): 399.

Yildiz I, Kasikcki M. Nurses' perceptions of individualized care: A sample from turkey. *International Journal of Caring Sciences* 2018; 11 (1).

Yilmaz Karabulutlu E, Karaman S. Kanser hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015; 2 (3).

Zhao SH, Akkadechanunt T, Xue XL. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a chinese hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 18 (12): 1722-1728.

EKLER

EK-1

ARAŞTIRMA ZAMAN ÇİZELGESİ

SÜRE	Ocak 2018	Şubat 2018	Mart 2018	Nisan 2018	Mayıs 2018	Haziran 2018	Temmuz 2018	Ağustos 2018	Eylül 2018	Ekim 2018	Kasım 2018	Aralık 2018	Ocak 2019	Şubat 2019	Mart 2019	Nisan 2019	Mayıs 2019	Haziran 2019	
Literatür Tarama	X	X	X	X	X														
Tez Önerisi						X													
Proje Başvuru Süreci						X	X												
Ön Uygulama							X												
Projenin Uygulanması							X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Verilerin Değerlendirilmesi																X	X		
Proje Raporunun Yazımı ve Tez Savunma sınavı																			X

**BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
(HASTA)**

Değerli Katılımcı,

Ben Araştırma Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Kanser Hastaları ve Onkoloji Hemşirelerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının belirlenmesi amacıyla yüksek lisans tez çalışması planlamaktayım. Bu çalışmada hastanede kaldığınız sürece, bireyselliğinizi desteklemeyi amaçlayan hemşirelik eylemlerini ve kendi bakımınızda bireysellik algınızı değerlendirmeye yönelik iki bölümden oluşan sorular bulunmaktadır.

Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hasta Adı Soyadı:

Müge ALTINIŞIK

İmza

İmza

**BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU
(HEMŞİRE)**

Değerli Katılımcı,

Ben Araştırma Akdeniz Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Kanser Hastaları ve Onkoloji Hemşirelerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Algılarının belirlenmesi amacıyla yüksek lisans tez çalışması planlamaktayım. Bu çalışmada bakım uygulamalarınız da hastaların bireyselliğini desteklemenize (BBS-A - Hemşire) ve hastanın bakımını bireyselleştirme (BBS-B -Hemşire) algıları değerlendirmeye yönelik 2 bölümden oluşan sorular bulunmaktadır.

Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilecek bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Ben yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Bana verilen hizmeti etkilemeksizin ve araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımdan elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Hemşire Adı Soyadı:

Müge ALTINIŞIK

İmza

İmza

HASTA TANITIM FORMU**Tanıtcı Özellikler**

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet: Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz: a. Evli b. Bekar
4. Eğitim durumunuz:
- a. Okur-Yazar Değil b. İlkokul c. Ortaokul d. Lise e. Üniversite f. Lisans üstü
5. Şu anda çalışma durumunuz: a. Çalışıyor b.Çalışmıyor
6. Gelir Düzeyiniz: a. Gelir giderden az b. Gelir gidere denk c. Gelir giderden fazla
7. Kiminle yaşıyorsunuz a. Yalnız b. Aile bireyleriyle c. Diğer
8. Bakımınıza destek olan birisi var mı? a. Evet b. Hayır

Hastalık İle İlgili Özellikler

9. Tanı.....
10. Onkoloji kliniğinde kaç gündür yatmaktasınız ?.....
11. Yatış Nedeniniz...
- a. Palyatif/ Destekleyici b.Küratif
- 12.Tanı Süreniz....
- 13.Evresi Metastaz..... ECOG Performas Puanı (0-5).....
14. Hastaneye yatış şikayetiniz nedir ?

Ağrı ()	Yorgunluk ()	Diyare ()
Bulantı-Kusma ()	Uykusuzluk ()	Konstipasyon ()
İştahsızlık ()	Kanama/Riski ()	Ateş ()
Öksürük ()	Dispne ()	

15. Başka bir kronik hastalığınız var mı?

a. Evet b. Hayır (Evet ise açıklayınız.....)

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM SKALASI-A

		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
A01	Durumuma ilişkin duygularım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A02	Bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarım hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A03	Elimden geldiği oranda kendi bakımımında sorumluluk alma fırsatı verdiler	1	2	3	4	5
A04	Nasıl hissettiğim konusundaki değişiklikleri tanımladılar	1	2	3	4	5
A05	Korkularım ve endişelerim hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A06	Bu durumun beni nasıl etkilediğini anlamaya çalıştılar	1	2	3	4	5
A07	Bu durumun benim için ne anlam taşıdığı hakkında benimle konuştular	1	2	3	4	5
A08	Hastane dışındaki günlük hayatımda ne tür şeyler yaptığımı sordular (iş, hobiler)	1	2	3	4	5
A09	Daha önce hastanede yatıp yatmadığımı ve yattıysam bu süredeki deneyimlerimi sordular	1	2	3	4	5
A010	Günlük alışkanlıklarımı sordular (örn., kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
A011	Ailemin, bakımımında yer almasını isteyip istemediğimi sordular	1	2	3	4	5
A012	Hastanede bana verilen bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol ettiler	1	2	3	4	5
A013	Durumum hakkında neleri bilmek istediğimi sordular	1	2	3	4	5
A014	Bakımım ile ilgili olarak kişisel isteklerimi dinlediler	1	2	3	4	5
A015	Bakımım ile ilgili kararlara katılmama yardımcı oldular	1	2	3	4	5
A016	Bakımım ile ilgili düşüncelerimi ifade etmeme yardımcı oldular	1	2	3	4	5
A017	Banyo yapmak için tercih ettiğim zamanı sordular	1	2	3	4	5

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM SKALASI-B

		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
B01	Bakımım sırasında, durumumla ilgili duygularımı göz önünde bulunmuşturdular	1	2	3	4	5
B02	Bakımım sırasında, bakım ve ilgi gerektiren ihtiyaçlarımı göz önünde bulunmuşturdular	1	2	3	4	5
B03	Kendi bakımımda elimden geldiği kadar sorumluluk aldım.	1	2	3	4	5
B04	Bakımım sırasında, hissettiğim değişiklikleri göz önünde bulunmuşturdular	1	2	3	4	5
B05	Bakımım sırasında, tüm korkularımı ve endişelerimi göz önünde bulunmuşturdular	1	2	3	4	5
B06	Bakımım sırasında, durumumun beni nasıl etkilediğini göz önünde bulunmuşturdular	1	2	3	4	5
B07	Bakımım sırasında, hastalığımın kişisel olarak benim için ne ifade ettiğini göz önünde bulunmuşturdular	1	2	3	4	5
B08	Bakımım sırasında, günlük aktivitelerimi (örneğin; iş, hobiler) dikkate aldılar	1	2	3	4	5
B09	Bakımım sırasında, önceki hastanede yatma deneyimlerimi göz önünde bulunmuşturdular	1	2	3	4	5
B010	Hastanede kaldığım süre boyunca, günlük alışkanlıklarımı göz önünde bulunmuşturdular (örneğin; kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
B011	Ailem, istediğim zaman bakımımda yer aldılar	1	2	3	4	5
B012	Hastanede bana verilen bilgilere uydum	1	2	3	4	5
B013	Durumum hakkında hemşirelerden yeterli bilgi aldım	1	2	3	4	5
B014	Bakımım sırasında, dile getirdiğim isteklerimi dikkate aldılar	1	2	3	4	5
B015	Bakımım ile ilgili kararlara katıldım	1	2	3	4	5
B016	Bakımım sırasında, dile getirdiğim düşünceleri göz önünde bulunmuşturdular	1	2	3	4	5
B017	Banyo yapma zamanı hakkında kendi kararımı kendim verdim	1	2	3	4	5

HEMŞİRE TANITIM FORMU**A. Tanıtıcı Özellikler**

1. Yaşınız:
2. Cinsiyet:
 - a. Kadın
 - b. Erkek
3. Medeni durumunuz:
 - a. Evli
 - b. Bekar
4. Eğitim durumunuz:
 - a. Lise
 - b. Ön Lisans
 - c. Lisans
 - d. Yüksek Lisans
 - e. Doktora

B. Mesleki Özellikler

5. Meslekte çalışma yılınız
6. Onkoloji kliniğın de çalışma yılınız
7. Haftalık çalışma saatiniz
8. Bakımından sorumlu olduğunuz hasta sayınız
9. Aldığınız ücretten memnun musunuz?
 - a. Evet
 - b. Hayır
10. Onkoloji kliniğın de çalışmaktan dolayı memnun musunuz ?
 - a. Evet
 - b. Hayır

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM SKALASI-A- HEMŞİRE VERSİYONU

		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
A01	Hastalar ile hastalık/sağlık durumlarına ilişkin duyguları hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A02	Hastalar ile hemşirelik bakımı gereksinimleri hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A03	Hastalara kendi bakımları için yapabildikleri kadar fazla sorumluluk alma fırsatı veririm	1	2	3	4	5
A04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını anlarım	1	2	3	4	5
A05	Hastalar ile korkuları ve endişeleri hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini öğrenmek için çaba gösteririm	1	2	3	4	5
A07	Hastalar ile hastalıklarının/sağlık durumlarının kendileri için ne ifade ettiği hakkında konuşurum	1	2	3	4	5
A08	Hastalara, hastane dışındaki günlük yaşamlarında ne gibi aktiviteler ile uğraştıklarını sorarım (iş, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
A09	Hastalara daha önceki hastane deneyimlerini sorarım	1	2	3	4	5
A010	Hastalara günlük alışkanlıklarını sorarım (örn: kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
A011	Hastalara, bakımlarında ailelerinin yer almasını isteyip istemediklerini sorarım	1	2	3	4	5
A012	Hastalara kolay anlayabilecekleri bir dil kullanarak açıklama yaparım	1	2	3	4	5
A013	Hastalara, hastalık /sağlık durumları hakkında ne bilmek istediklerini sorarım	1	2	3	4	5
A014	Hastaların bakımlarına ilişkin kişisel isteklerini dinlerim	1	2	3	4	5
A015	Hastalara, kendi bakımları ile ilgili kararlara katılmaları için yardım ederim	1	2	3	4	5
A016	Hastaları, kendi bakımlarına ilişkin görüşlerini ifade etmeleri için cesaretlendiririm	1	2	3	4	5
A017	Hastalara ne zaman banyo yapmayı tercih ettiklerini sorarım	1	2	3	4	5

BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ BAKIM SKALASI-B- B-HEMŞİRE VERSİYONU

		Kesinlikle katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Tamamen katılıyorum
B01	Onların, hastalık/sağlık durumları hakkındaki duygularını dikkate aldım	1	2	3	4	5
B02	Hemşirelik bakımı gereksinimlerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B03	Hastalar bakımlarında, yapabildikleri kadar fazla sorumluluk üstlendiler	1	2	3	4	5
B04	Hastaların bakımları ya da hastalık/sağlık durumlarındaki değişikliğe karşı duygularını dikkate aldım	1	2	3	4	5
B05	Hastaların korku ve endişelerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B06	Hastalık/sağlık durumlarının onları nasıl etkilediğini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B07	Hastalık/sağlık durumlarının onlar için anlamını dikkate aldım	1	2	3	4	5
B08	Hastane dışındaki günlük aktivitelerini dikkate aldım (örn.iş, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
B09	Daha önceki hastane deneyimlerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B010	Hastanede kaldıkları sürece, günlük alışkanlıklarını dikkate aldım (ör: kişisel hijyen)	1	2	3	4	5
B011	Hastalarım istediğinde aileleri onların bakımında yer aldılar	1	2	3	4	5
B012	Yapılan açıklamaları anladıklarından emin oldum	1	2	3	4	5
B013	Onlara, hastalık/sağlık durumları hakkında uygun bilgi verdim	1	2	3	4	5
B014	Bakımlarına ilişkin isteklerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B015	Hastalar, kendi bakımları ile ilgili kararların alınmasına katıldılar	1	2	3	4	5
B016	Hastaların bakımları hakkındaki görüşlerini dikkate aldım	1	2	3	4	5
B017	Hastalar, banyo yapma zamanı konusunda kendi kararlarını verme fırsatına sahip oldular	1	2	3	4	5

ETİK KURUL ONAYI

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2018

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Dr.Öğr.Üyesi Fatma ARIKAN	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Onkoloji Kliniğinde Hasta ve Hemşire Bakış Açısıyla Bireyselleştirilmiş Bakım Algısı	
DESTEKLEYİCİ	Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 446	Tarih: 27.06.2018
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile verilmiştir.	

Prof.Dr. Mustafa AÇIKEL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M.Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye (Izinli)

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Üye

Prof.Dr.Bilge KARSLI
Üye

Prof.Dr.Öğuz DURSUN
Üye

Doç.Dr.Ölsüm Özge BAYSAL
Üye

Doç.Dr.Dijle KİPMEN KORGUN
Üye (Izinli)

Doç.Dr.Banu NUR
Üye

Dr.Öğr.Üyesi Mehtap TÜRKAY
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (Izinli)

Turgut ALTUN
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye (Izinli)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Müge	Uyruğu	T.C
Soyadı	ALTINIŞIK	Tel no	5073542931
Doğum tarihi		e-posta	mugealtinisik@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Isparta Anadolu Lisesi	2008
Lisans	Ufuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2013
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2017- Devam ediyor
Doktora		

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	Ankara Üniversitesi Cebeci Hastanesi	2015-2016
Arş. Gör.	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2018- Devam ediyor

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	YÖKDİL	68

Proje Deneyimi

Proje Adı	Destekleyen kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Onkoloji Kliniğinde Hasta Ve Hemşire Bakış Açısıyla Bireyselleştirilmiş Bakım Algisi	Bilimsel Araştırma Projesi	2018- Devam ediyor

Burslar-Ödüller:

Yayımlar ve Bildiriler: