

## Araştırma Makalesi / Research Article

DOI: <http://dx.doi.org/10.61535/bseusbfd.1320616>**Dahili Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algılama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi \***ID Hilal Yiğit <sup>1\*</sup>, ID Nuray Enç <sup>2</sup>, ID Sevdâ Türen <sup>3</sup><sup>1</sup> Uzman Hemşire, Ordu Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ordu, Türkiye / hilalyigit.iuc@gmail.com.<sup>2</sup> Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye / nuray.enc@iuc.edu.tr.<sup>3</sup> Doç. Dr., İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul, Türkiye / sevdamercahm@hotmail.com.

**Özet:** Bu çalışmada, dahili yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi algılama düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın verileri: Veri Toplama Formu, Bakım Davranış Ölçeği-24 (BDÖ-24) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire) versiyonu ile toplanmıştır. Hemşirelerin (n=154) BDÖ-24 toplam puan ortalaması 5,16±0,62 ve BBS-Hemşire toplam puan ortalaması 4,26±0,56 olarak belirlenmiştir. BBSA-Hemşire puan ortalaması 4,25±0,58 ve BBSB-Hemşire puan ortalaması 4,26±0,65 olarak tespit edildi. Hemşirelerin BDÖ-24 puan ortalamaları ile BBS-Hemşire puan ortalamaları arasında orta düzeyli pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin BDÖ-24 alt boyutu bilgi beceri ile BBSA-Hemşire alt boyutlarından kişisel yaşam durumu ve BBSB-Hemşire alt boyutlarından kişisel yaşam durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; diğer ölçek alt boyutları arasında düzeyleri değişmekle birlikte pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı ve bakım kalitesi algılama düzeylerinin yüksek olduğu; hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı arttıkça, bakım kalitesi algılama düzeylerinin de pozitif yönde arttığı saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yoğun Bakım Hemşireliği, Bireyselleştirilmiş Bakım, Bakım Kalitesi Algısı.

**JEL Sınıflandırması:** I1, I10, I12

**Başvuru Tarihi:** 27.06.2023

**Kabul Tarihi:** 11.12.2023

**Bu Makaleye Atıf İçin:** Yiğit, H., Enç, N., & Türen, S. (2024). Dahili Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algılama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 74-88.

**The Examination of Relationship Between Individualized Care and Care Quality Perception Levels of Nurses' Working in Intensive Care**ID Hilal Yiğit <sup>1\*</sup>, ID Nuray Enç <sup>2</sup>, ID Sevdâ Türen <sup>3</sup><sup>1</sup> Specialised Nurse, Ordu Training and Research Hospital, Ordu, Türkiye / hilalyigit.iuc@gmail.com.<sup>2</sup> Prof., İstanbul University-Cerrahpaşa, İstanbul, Türkiye / nuray.enc@iuc.edu.tr.<sup>3</sup> Assoc. Prof., İstanbul Arel University, İstanbul, Türkiye / sevdamercahm@hotmail.com.

**Abstract:** In this study, it was aimed to determine the levels of individualized care and perception of quality of care and the relationship between them among nurses working in internal intensive care units. Data of the study: Data were collected using the Data Collection Form, Caring Behaviors Inventory-24 (CBI-24) and Individualized Care Scale-Nurse (ICS-Nurse) version. The mean total score of the nurses (n=154) was 5.16±0.62 on the CBI-24 and 4.26±0.56 on the ICS-Nurse. The mean score of ICSA-Nurse was 4.25±0.58 and the mean score of ICSB-Nurse was 4.26±0.65. It was found that there was a moderate, positive and significant relationship between the mean scores of the nurses on the CBI-24 and the mean scores of the ICS-Nurse. It was determined that there was no significant relationship between the nurses' knowledge and skills in the sub-dimension of CBI-24 and personal life situation in the sub-dimensions of ICSA-Nurse and personal life situation in the sub-dimensions of ICSB-Nurse; there was a significant positive relationship between the other scale sub-dimensions, although the levels varied. It was found that nurses working in the intensive care unit had high levels of individualized care perception and perception of quality of care; as the individualized care perception of the nurses increased, their perception of quality of care increased positively.

**Keywords:** Intensive Care Nursing, Individualized Care, Perception Care Quality.

**JEL Classification:** I1, I10, I12

**Received Date:** 27.06.2023

**Accepted Date:** 11.12.2023

**How to Cite this Article:** Yiğit, H., Enç, N., & Türen, S. (2024). Dahili Yoğun Bakımlarda Çalışan Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algılama Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 74-88.

## \* Sorumlu Yazar / Corresponding Author

\* Bu çalışma, birinci yazarın lisansüstü tezinden türetilmiştir.

\*\* Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 11/01/2022 tarihli ve 2021/86 sayılı kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

## EXTENDED SUMMARY

### *Research Problem*

This study was conducted to determine the level of individualised care and perception of quality of care and the relationship between them among nurses working in internal intensive care units.

### *Research Questions*

What is the level of individualized care perception of intensive care nurses? What is the level of care quality perception of intensive care nurses? What is the relationship between intensive care nurses' perception of individualized care and quality of care?

### *Literature Review*

When the literature is evaluated, it is important to evaluate not only the patients' perception of quality of care but also the nurses' perception of quality of care in planning studies to improve the quality of care.

### *Methodology*

The data of the descriptive and cross-sectional study were collected from 154 adult intensive care unit nurses (99 females; 55 males) from two training and research hospitals within the provincial border of Istanbul, who met the criteria for participation in the study. The questionnaire form was created with the Data Collection Form, Caring Behaviors Inventory-24(CBI-24), Individualized Care Scale-Nurse (ICS-Nurse) version prepared by the researcher by reviewing the literature. The research data were statistically evaluated with frequency, mean  $\pm$  standard deviation (SD), percentage (%), Spearman correlation analysis, Kolmogorov Smirnov normality test, multiple regression analysis in SPSS 24.00 package programme.

### *Results and Conclusions*

The mean total score of the CBI-24 was  $5.16 \pm 0.62$  and the mean scores of the sub-scales were as follows: assurance  $5.16 \pm 0.66$ , knowledge and skill  $5.34 \pm 0.62$ , respectful  $5.13 \pm 0.74$  and connectedness  $5.03 \pm 0.70$ . ICS-Nurse total mean score was found to be  $4.26 \pm 0.56$ . The mean score of ICSA-Nurse was  $4.25 \pm 0.58$ , and the mean scores of its sub- scales; clinical status  $4.35 \pm 0.58$ , personal life situation  $4.00 \pm 0.82$ , decisional control  $4.31 \pm 0.59$ ; ICSB-Nurse mean score was  $4.26 \pm 0.65$ , and the mean scores of its sub- scales; clinical status  $4.37 \pm 0.62$ , personal life situation  $4.03 \pm 0.86$ , decisional control  $4.28 \pm 0.69$ . It was found that there was a moderate, positive and significant relationship between the mean scores of the nurses' CBI-24 and the mean scores of the ICS-Nurse ( $r=0.46$ ;  $p<0.01$ ). It was determined that there was no significant correlation between the nurses' knowledge and skills in the sub-dimension of CBI-24 and personal life status in the sub-dimensions of ICSA-Nurse and personal life status in the sub-dimensions of ICSB-Nurse; there was a significant positive correlation between the other scale sub-dimensions, although the levels varied. It was found that nurses working in the intensive care unit had high levels of individualised care perception and perception of quality of care; as the individualised care perception of nurses increased, their perception of quality of care increased positively.

## GİRİŞ

Sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi hemşireliğin başlıca hedefleri olarak tanımlanır. Bunların temelini ise bakım oluşturmaktadır. Bakım; hemşireliğe özgü değil ama hemşirelik için özgün bir kavramdır (Dinç, 2010; Temel, 2008). Bakım, izole bir duygu ya da anlık bir ilişki değildir. Karşılıklı güvene temellendirilen bakım, derinlemesine ve niteliksel bir ilişkinin ortaya çıkması ile bir başkasının büyümesine ve kendini gerçekleştirmesine yardım etme sürecidir (Mayeroff, 1971).

Bireyselleştirme kavramının geniş kapsamlı, geçerli bir tanımlaması olmamakla birlikte, bireyselleştirilmiş bakım, hemşirelik bakım eylemlerinin bireyin kendi seçimine göre uyarlanması olarak açıklanabilir (Radwin ve Alster, 2002; Suhonen vd., 2005). Bireyselleştirilmiş bakım, her bireyin aynı olmadığını savunur ve bu nedenle her bireyin benzersiz olarak kabul edilmesine temellendirilmiştir (Idvall vd., 2012; Suhonen vd., 2011). Bakım kalitesinin artması, bireylerin hastalık yönetiminin sağlanması, hastanın hoşnutluğu ve bireylerin hayat kalitesinin artması için hemşirelik bakımının temelinde hasta merkezli yaklaşım benimsenmesi (Shurique, 2008) ve bunun hemşirelik uygulamalarına yansıtılması gerekmektedir.

Yoğun bakım hemşireleri, bireyselleştirilmiş holistik (bütüncül) bakımın sağlanması sırasında teknolojik ve hümanistik bakım davranışları arasındaki dengeyi koruma becerisine de sahip olmalıdır (Shalaby vd., 2018). Bakım uygulamalarından hasta bireye sağlanacak faydanın artması, hasta bireyin yatış ve taburculuk olduktan sonraki sürecinin ahenk içerisinde olabilmesinde hasta ve hemşirelerin bakım algılama düzeylerinin tutarlı olmasının büyük bir etkisi vardır (Algier vd., 2005). Bu nedenle, bireyselleştirilmiş hemşirelik bakım algısı düzeyleri hem hastalar hem de hemşireler tarafından değerlendirilmelidir (Idvall vd., 2012). Kaliteli ve güvenli bir sağlık hizmeti sunabilmek için hemşirelerin ilaç ve malzeme istemi/düşümü, çalışılan alan içerisinde bulunan telefona cevap verme gibi dolaylı eylemlerden uzaklaştırılıp doğrudan hasta bakım uygulamalarına yönlendirilmesi oldukça önemlidir (Türkmen ve Uslu, 2011).

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

Hemşirelik mesleği, bakım üzerine temellenmiş olsa da bakım kavramı, hemşirelik literatüründe de tam anlamıyla açıklanamamıştır (Altiok vd., 2011; Dinç, 2010). Logstrup, bir bireyin hayatına yön verebilecek gücün hemşirede saklı olduğuna dikkat çeker ve 'bakım anı' nda hemşire, hastanın hayatına dokunur. Bu 'an' hastanın iyileşmesine imkân tanıyan eşsiz bir andır (Kıvanç, 2016). Tanımlamalarda görüldüğü üzere günümüze kadar hemşirelik ve bakım kavramlarının farklı tanımlamaları ve temellendirmeleri olmuştur. Hemşirelik bakımının özü, iki birey arasında ikili ilişki ile yürütülen ve karşılıklı güvene dayanan bir süreç olarak öne çıkmaktadır. Yoğun bakım üniteleri hastaya kesintisiz sağlık hizmeti sunulan birimler olması sebebiyle bu özellikli birimlerde hemşirelik bakımı kavramı daha çok öne çıkmaktadır.

### 2.1. Hemşirelerin Bakım Algısı

Hemşirelerin bakım algısı, hemşireler için bakımın ne ifade ettiği, hemşirelerin bakım hakkında tutumları, bilgileri ve deneyimlerini nasıl yorumladıkları olarak ele alınabilir (Lea,1994; Tekin, 2017). Hastalar ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı üzerine görüşlerinin ortaya koyulması ve varsa görüşleri arasındaki farklılıkların belirlenmesi etkili bir bakımın verilmesi önündeki engellerin ortaya çıkmasına katkı sağlayacaktır (Cerit ve Çoşkun, 2018). Son yıllarda bireyselleştirilmiş bakımın önem kazanması ile hastalar ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım

algısının değerlendirilmesi önem taşımaktadır (Acaroğlu ve Şendir, 2012; Karayurt vd., 2018; Rose, 2016).

## 2.2. Hemşirelikte Bakım Kalitesi

Bakım kalitesi, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından “bireylere ve hasta popülasyonlarına sunulan sağlık hizmetlerinin istenen sağlık sonuçlarını iyileştirme derecesi” olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2019). Bakım kalitesinin en önemli bileşenini ise bireyselleştirilmiş bakım kavramı oluşturur (WHO, 2007). Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü, hasta bakım hizmetleri oluşturur (Gedikli, 1998). Her bireyin kendi tercihlerine özgü-bireysel- gereksinimlerinin tamamıyla karşılanması da bakımın kalitesini gösterir (Çatalca, 2003). Sağlık hizmetlerinin sunulmasının temel yapı taşı ise hemşireler oluşturmaktadır. Hemşirelerin etkin bir hemşirelik bakımı sunabilmesi için sergiledikleri bakım davranışlarının doğru şekilde anlaşılması gerekmektedir (Arslan ve Okumuş, 2012). Uluslararası Hemşirelik Konseyi (International Council of Nurses- ICN) (2006) hemşireliğin en temel unsurunun bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı olduğunu kabul etmiştir. Kaliteli hemşirelik bakımı verilmesinin hasta ve kuruma katkısı yadsınamaz. Bununla birlikte kaliteli hemşirelik bakımının sağlanması çalışan hemşirelerin motivasyonlarının, iş doyumlarının ve memnuniyetlerinin artmasına da katkısı olacaktır (Aiken vd., 2008; Aiken vd., 2013; Al-Hamdan vd., 2019; Hanrahan ve Aiken, 2008; Kavaslar, 2021; Poghosyan vd., 2010; Stimpfel ve Aiken, 2013).

Literatürde, verilen hemşirelik bakımının, hastaların bakım algısı üzerinden değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmış (Algier vd., 2005) ve bu sebeple bireyselleştirilmiş bakım üzerine yapılmış uluslararası ve ulusal çalışmalar incelendiğinde hastanın bakım algısına odaklanıldığı görülmektedir (Rose, 2016). Verilen sağlık hizmetinin hem hizmeti veren hem de hizmeti alan tarafından değerlendirilmesi kaliteli ve etkin bir bakım verilebilmesini sağlayacaktır. Her iki grubun görüşlerinin ve görüşleri arasındaki farklılıkların ortaya koyulması gerekmektedir. Çünkü bu görüşler arasındaki farklılıklar bireyselleştirilmiş bakıma ulaşmadaki en büyük engellerden biridir (Cerit ve Coşkun, 2018). Bu sebeplerle bakım kalitesinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların planlanmasında sadece hastaların bakım kalitesi algısının değil, hemşirelerin de bakım kalitesi algılarının değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

## 3. BULGULAR

Bu çalışma, tanımlayıcı tipte ve kesitsel olarak tasarlanmıştır. Araştırmanın evrenini İstanbul il sınırları içinde iki eğitim ve araştırma hastanesinin dahili yoğun bakım ünitelerinde (Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesi, Nöroloji Yoğun Bakım Ünitesi ve Koroner Yoğun Bakım Ünitesi) çalışmakta olan 193 yoğun bakım ünitesi hemşiresi oluşturmaktadır. G\*Power (3.1) programı ile güç analizi yapılarak örneklem büyüklüğü en az 148 kişi olarak belirlenmiştir (Etki Düzeyi: %80;  $\alpha$ :0,05). Mayıs 2022-Eylül 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırma, araştırmaya katılma kriterlerine uyan 154 hemşire ile tamamlanmıştır. Araştırmaya katılım kriterleri; çalışmanın katılımına gönüllü olmak, 1 yıl ve üzerinde erişkin yoğun bakım hemşiresi olmak, şeklinde belirlenmiştir. Pediatrik yoğun bakım ünitelerinde çalışan ve araştırma sürecine katılım göstermek istemeyen hemşireler çalışmanın dışında bırakılmıştır.

### 3.1. Verilerin Toplanması

Veri toplama aşamasında hastaneler ziyaret edilerek, araştırmanın dahil edilme kriterlerine uygun gönüllü hemşirelere çalışma hakkında bilgilendirme yapıldı ve veri toplama aracı olan anket formu gönüllülere teslim edilmiştir.

Gönüllülere anket formlarını tamamlamaları için bir-iki haftalık süre tanındı ve sonrasında anket formları araştırmacı tarafından geri toplanmıştır.

### 3.2. Veri Toplama Formu

Veri Toplama Formu, katılımcıların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalıştığı servis gibi kişisel ve mesleki özelliklerini sorgulayan sorulardan oluşmaktadır. Formda, hemşire değişkenlerine yönelik 17 soru, birim değişkenlerine yönelik 7 soru, kurum değişkenlerine yönelik 3 soru ve açık uçlu 2 soru olmak üzere toplamda 29 sorudan oluşmaktadır.

**Bakım Davranışları Ölçeği (BDÖ-24):** 1994 yılında aktarıldığı üzere ölçek ilk olarak 1981 yılında Wolf tarafından 75 madde şeklinde geliştirildiği öne çıkmış ve aynı yılda Wolf vd. tarafından yenilenerek 42 madde olarak tekrar düzenlenmiştir (Wolf vd., 1994). BDÖ-24, hastaların ve hemşirelerin iki taraflı kullanımına uygun 42 maddelik ölçeğin kısa formudur (Wu vd., 2006). BDÖ-24, her biri farklı madde sayısından oluşan 4 alt gruba ayrılmakta ve toplamda 24 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar; Güvence, -8 madde (16., 17., 18., 20., 21., 22., 23., 24.), Bilgi-Beceri, -5 madde (9., 10., 11., 12., 15.), Saygılı Olma, -6 madde (1., 3., 5., 6., 13., 19.) ve Bağlılık, -5 madde (2., 4., 7., 8., 14.). Ölçekten ve alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puan 6, en düşük puan ise 1'dir. Toplam ölçekten ve alt boyutlarından alınan puan ortalamaları yükseldikçe hastalar ve hemşirelerin bakım kalitesi algılama seviyelerinin de arttığı görülmektedir. Hemşirelik bakımı sürecinin değerlendirilebilmesi için tasarlanmış olan ölçeğin (Wolf vd., 1994) Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Kurşun ve Kanan (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı hem hasta hem de hemşireler için 0,96, alt gruplar içinde 0,82-0,92 arasında değişmektedir (Wu vd., 2006). Bu çalışma için BDÖ-24'ün Cronbach alfa değerlerine baktığımızda bakım davranışının 0,97; ölçeğin alt boyutları için güvence 0,92, bilgi-beceri 0,87, saygılı olma 0,93 ve bağlılık 0,86 olduğu saptanmıştır.

**Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire):** Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası (BBS) ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire (BBS-Hemşire) kavramsal benzerlikleri bulunmakta ve gelişimleri de bu kavramsal çerçeveye dayandırılmaktadır. BBS-Hemşire versiyonu, 2007 yılında Suhonen vd. (2010) tarafından sağlık bakımı hizmeti sunulurken hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım hakkında fikirlerinin ortaya koyulması amacıyla tasarlanmıştır. BBS-Hemşire, 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümünde hemşirelerin bakım uygulamaları esnasında hastaların bireyselliğini destekleme (BBSA-Hemşire), ikinci bölümünde ise hastanın bakımını bireyselleştirme algılarını (BBSB-Hemşire) değerlendirilmektedir. Her iki bölümün alt boyutları ve maddeleri aşağıda belirtilmektedir;

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

BBSA-Hemşire için yaygın olarak uyguladıkları hemşirelik bakımı sürecinde hastaların bireyselliklerini nasıl desteklediklerini; BBSB-Hemşire için son vardiyalarında hemşirelik bakımı uyguladıkları bilinci açık olan hastalarının bakım süreçlerini göz önünde bulundurmaları gerekmektedir.

Şendir vd. (2010) tarafından yapılan Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan skalanın Cronbach alpha değerleri; BBSA-Hemşire için 0,77; BBSB-Hemşire için 0,88'dir (Şendir vd., 2010). Bu çalışma için Cronbach alfa değerlerine baktığımızda BBS-Hemşire 0,97, BBSA-Hemşire 0,94, BBSA-Hemşire alt boyutlarından; klinik durum 0,92, kişisel yaşam durum 0,84, karar verme kontrol 0,86; BBSB-Hemşire boyutunun 0,96, BBSB-Hemşire alt boyutlarından

klinik durum 0,93, kişisel yaşam durum 0,87, karar verme kontrol 0,91 olduğu saptanmıştır.

### 3.3. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 24.00 programı kullanıldı. Normallik testi Kolmogorov Smirnov normallik testi ile yapıldı. Sürekli değişkenler için ortalama  $\pm$  standart sapma (SS), kategorik değişkenler için yüzde (%) değerleri verildi. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmış olup, sonuçlar yorumlanırken  $p < 0,05$  anlamlı olarak kabul edildi.

### 3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplamaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 11.01.2022 tarih ve 2021/86 sayılı karar ile etik kurul onayı alındı. BDÖ-24 ve BBS-Hemşire'nin geçerlik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan ölçek kullanım izni alındı. Eğitim ve araştırma hastanelerinden ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi kurum izinleri alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden hem sözlü hem de yazılı Bilgilendirilmiş Onay Formu ile onay alındı. Araştırma, etik ilkelere ve Helsinki Bildirgesine uygun olarak gerçekleştirildi.

### 3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmada anket formu ve ölçek kullanımı sebebiyle seçim yanlılığının olması bir sınırlılıktır. Ayrıca, çalışmanın iki merkez ile sınırlı kalması araştırmanın kısıtlanmasına sebep olmuştur. Bu nedenle sonuçlar genellenemez.

## 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 154 hemşirenin yaşlarının ortalaması  $28,45 \pm 5,07$  (min.22- max. 48) yıl olup %81,2'sinin 21-30 yaş aralığında; %64,3'ünün kadın; %60,4'ünün bekar; %56,5'inin gelirinin giderine denk ve %70,1'inin lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 1).

**Tablo 1. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri - I (N=154)**

Yaş	Ort $\pm$ SS	28,45 $\pm$ 5,07
	Min-Max	22-48
Mesai Saatleri İçinde Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı	Ort $\pm$ SS	2,71 $\pm$ 0,91
	Min-Max	0-6
Son Vardiyada Bakım Verilen Hasta Sayısı	Ort $\pm$ SS	2,46 $\pm$ 0,96
	Min-Max	0-7
Çalışılan Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire Başına Düşen Ortalama Hasta Sayısı	Ort $\pm$ SS	2,63 $\pm$ ,77
	Min-Max	2-5

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, Min.: Minimum, Max.: Maximum*

Tablo 1'e göre, yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin mesai saatleri içerisinde ortalama  $2,71 \pm 0,91$  (min:0-max:6) hastaya bakım verdikleri, son vardiyada ortalama  $2,46 \pm 0,96$  (min:0-max:7) hastaya baktıkları, çalıştıkları yoğun bakım ünitesinde hemşire başına ortalama  $2,63 \pm 0,77$  (min:2-max:5) hasta olduğu saptanmıştır.

Tablo 2 incelendiğinde; hemşirelerin %51,95'inin anestezi ve reanimasyon yoğun bakım ünitesinde, %40,9'unun koroner yoğun bakım ünitesinde, %7,15'inin nöroloji yoğun bakım ünitesinde çalıştığı; %57,8'inin çalıştığı yoğun bakım ünitesinden memnun olduğu; %51,95'inin yoğun bakım ünitesinde toplam 1-3 yıl çalıştığı; %91,6'sının haftalık ortalama 40 saatin üstünde çalıştığı; %91,6'sının vardiyalı olarak çalıştığı belirlenmiştir.

**Tablo 2. Hemşirelerin Demografik ve Mesleki Özellikleri - II (N:154)**

		Frekans	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>	<i>Kadın</i>	99	% 64,3
	<i>Erkek</i>	55	% 35,7
<b>Medeni Durum</b>	<i>Evli</i>	61	% 39,6
	<i>Bekar</i>	93	% 60,4
<b>Gelir Durumu</b>	<i>Gelirim Giderimden Az</i>	57	% 37,0
	<i>Gelirim Giderime Denk</i>	87	% 56,5
	<i>Gelirim Giderimden Fazla</i>	10	% 6,5
<b>Çalışılan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışmaktan Memnun Olma Durumu</b>	<i>Çok memnunum</i>	14	% 9,1
	<i>Memnunum</i>	89	% 57,8
	<i>Kararsızım</i>	33	% 21,42
	<i>Memnun Değilim</i>	13	% 8,44
	<i>Hiç Memnun Değilim</i>	5	% 3,24
<b>En Son Mezun Olunan Okul</b>	<i>Sağlık Meslek Lisesi</i>	16	% 10,4
	<i>Ön Lisans</i>	20	% 13,0
	<i>Lisans</i>	108	% 70,1
	<i>Lisansüstü</i>	10	% 6,5
<b>Çalışılan Yoğun Bakım Ünitesi</b>	<i>Anestezi ve Reanimasyon</i>	80	% 51,95
	<i>Koroner</i>	63	% 40,9
	<i>Nöroloji</i>	11	% 7,15
<b>Yoğun Bakım Ünitesinde Toplam Çalışma Süresi</b>	<i>1-3 yıl</i>	80	% 51,95
	<i>4-5 yıl</i>	45	% 29,22
	<i>5 yıl üzeri</i>	29	% 18,83
<b>Haftalık ortalama çalışma saati</b>	<i>40 saat</i>	13	% 8,4
	<i>40 saat üzeri</i>	141	% 91,6
<b>Çalışma Şekli</b>	<i>Vardiyalı</i>	141	% 91,6
	<i>Sürekli gündüz</i>	9	% 5,8
	<i>Sürekli gece</i>	4	% 2,6
<b>Toplam</b>		154	100,0

**Ort:** Ortalama, **SS:** Standart Sapma, **Min.:** Minimum, **Max.:** Maximum

Tablo 3'e göre; bireyselleştirilmiş bakım vermedeki engeller değerlendirildiğinde ilk sıralarda çalışma ortamına bağlı faktörlerin ön plana çıktığı görülmektedir. Hemşirelerin %43,5'i hemşirenin yetersizliği, %27,9'u personel yetersizliği, %27,9'u yardımcı personel yetersizliği, %27,3'ü görev ve yetki dışı işler sebebiyle, %23,4'ünün ise fiziki şartların uyumsuzluğundan dolayı bireyselleştirilmiş bakım veremedikleri tespit edilmiştir.

Tablo 3. Bireyselleştirilmiş Bakım Vermedeki Engeller

		Frekans	Yüzde
<b>Çalışma Ortamına Bağlı Faktörler</b>	Hemşire Yetersizliği	67	% 43,5
	Personel Yetersizliği (Hemşire Dışı Sağlık Personeli Yetersizliği)	43	% 27,9
	Yardımcı Personel Yetersizliği (Klinik Destek ve Temizlik Personeli Yetersizliği)	43	% 27,9
	Görev ve Yetki Dışı İşler (Sekreterlik, hekim işleri vb.)	42	% 27,3
	Fiziki Şartların Uygunsuzluğu	36	% 23,4
	Ekipman ve Malzeme Yetersizliği	31	% 20,1
	Alan İçi Sirkülasyon	20	% 13,0
	Diğer	42	% 27,3
<b>Bireysel Faktörler</b>	Zaman Yönetimi Eksikliği	7	% 4,5
	Motivasyon Eksikliği	4	% 2,6
	Yorgunluk	4	% 2,6
	Bakım Vermede İsteksizlik	2	% 1,3
	Pandemi	1	% 0,6
<b>Hastaya Bağlı Faktörler</b>	Hasta Profili	15	% 9,7
	Hasta Sayısı Fazlalığı	10	% 6,5
	Hasta Uyumsuzluğu	6	% 3,9
	Yatış Süresi	1	% 0,6
	Hasta İstekleri	1	% 0,6

Hemşirelerin hasta bakımı dışında %67,5'inin görev ve yetki dışı işlere, %31,2' sinin bilgisayar işleri, %28,6'sının belirsiz tedavi takibi ve planlaması, %25,3'ünün evrak işleri, %17,5'inin birim içi ve birimler arası organizasyon, %14,9'unun telefon görüşmeleri, %13,6'sının yaşam bulgularının takibi ve %12,3'ünün bakım plan kaydı gibi işler yaptıkları tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Hasta Bakımı Dışında Zaman Ayırdığı Durumlar

	Frekans	Yüzde
Görev ve Yetki Dışı İşler (Güvenlik personelinin görevleri, sekreterin görevleri, hekimin görevleri- ilaç istemi, tahlil isteme, tahlil sonucu bastırma, sözel istem- hekime hatırlatma yapma, vizitlere katılma, vb.)	104	% 67,5
Bilgisayar işleri (ilaç onaylama, vb.)	48	% 31,2
Belirsiz Tedavi Takibi ve Planlaması	44	% 28,6
Evrak İşleri (tüm hasta dosyasının kontrolü ve hemşire gözlem formlarının doldurulması)	39	% 25,3
Birim içi ve Birimler Arası Organizasyon (personel yönlendirme, hasta alışverişi vb.)	27	% 17,5
Telefona Görüşmeleri	23	% 14,9
Yaşam Bulgularının Takibi	21	% 13,6
Bakım Planı Kaydı	19	% 12,3
Diğer	73	% 47,4

Tablo 5'e göre; BDÖ-24 ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; bakım davranışı  $5,16 \pm 0,62$ , güvence  $5,16 \pm 0,66$ , bilgi-beceri  $5,34 \pm 0,62$ , saygılı olma  $5,13 \pm 0,74$  ve bağlılık  $5,03 \pm 0,70$  olarak saptanmıştır. BBS-



Hemşire ve alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde; bireyselleştirilmiş bakım  $4,26\pm 0,56$ , hastaların bireyselliğini destekleme  $4,25\pm 0,58$ , hastaların bireyselleştirmesini destekleme alt boyutlarından klinik durum  $4,35\pm 0,58$ , kişisel yaşam durumu  $4,00\pm 0,82$ , karar verme kontrol  $4,31\pm 0,59$  olduğu; hastanın bakımını bireyselleştirme algı  $4,26\pm 0,65$ , hastanın bakımını bireyselleştirme algı alt boyutlarından klinik durum  $4,37\pm 0,62$ , kişisel yaşam durumu  $4,03\pm 0,86$ , karar verme kontrol  $4,28\pm 0,69$  olduğu tespit edilmiştir. Kolmogorov-Smirnov normallik test sonucuna göre puan ortalamalarının olağan dağılım içerisinde olmadığı sonucuna varılmıştır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 5. Hemşirelerin BDÖ-24 ve Alt Boyutları ile BBS-Hemşire ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları**

		Ort	SS	Min	Max	Kolmogorov-Smirnov	
						İstatistik	p
Bakım Davranışları Ölçeği-24	Bakım Davranışı	5,16	0,62	3,13	6,00	0,117	0,00
	Güvence	5,16	0,66	3,13	6,00	0,108	0,00
	Bilgi-Beceri	5,34	0,62	3,00	6,00	0,148	0,00
	Saygılı Olma	5,13	0,74	3,00	6,00	0,134	0,00
	Bağlılık	5,03	0,70	3,00	6,00	0,145	0,00
Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire	Bireyselleştirilmiş Bakım	4,26	0,56	2,47	5,00	0,109	0,00
	A. Hastaların Bireyselliğini Destekleme	4,25	0,58	2,06	5,00	0,105	0,00
	A. Klinik Durum	4,35	0,58	2,14	5,00	0,136	0,00
	A. Kişisel Yaşam Durumu	4,00	0,82	1,50	5,00	0,136	0,00
	A. Karar Verme Kontrolü	4,31	0,59	2,00	5,00	0,122	0,00
	B. Hastanın Bakımını Bireyselleştirme Algısı	4,26	0,65	2,29	5,00	0,128	0,00
	B. Klinik Durum	4,37	0,62	2,00	5,00	0,153	0,00
	B. Kişisel Yaşam Durumu	4,03	0,86	1,50	5,00	0,161	0,00
	B. Karar Verme Kontrolü	4,28	0,69	2,17	5,00	0,161	0,00

*Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, p: Kolmogorov Smirnov Normallik Testi,  $p<0,05$ : Normal Dağılımı Göstermekte*

Tablo 6 incelendiğinde; hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım davranışları düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $r=0,46$ ;  $p<0,01$ ). Aynı zamanda hemşirelerin BDÖ-24 alt boyutu bilgi beceri ile BBSA-Hemşire alt boyutlarından kişisel yaşam durumu ve BBSB-Hemşire alt boyutlarından kişisel yaşam durumu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; diğer ölçek alt boyutları arasında düzeyleri değişmekle birlikte pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 6. Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algısı Arasındaki İlişki**

		Bakım Davranışları Ölçeği-24				
Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire		Bakım Davranışı	Güvence	Bilgi-Beceri	Saygılı Olma	Bağlılık
Bireyselleştirilmiş Bakım	r	0,46*	0,42*	0,27*	0,45*	0,50*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
A. Hastaların Bireyselliğini Destekleme	r	0,44*	0,41*	0,27*	0,42*	0,45*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
A. Klinik Durum	r	0,53*	0,49*	0,35*	0,50*	0,51*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
A. Kişisel Yaşam Durumu	r	0,23*	0,22*	0,11	0,23*	0,27*
	p	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00

A. Karar Verme Kontrolü	r	0,48*	0,44*	0,31*	0,46*	0,50*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
B. Hastanın Bakımını Bireyselleştirme Algısı	r	0,41*	0,37*	0,22*	0,41*	0,46*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
B. Klinik Durum	r	0,48*	0,41*	0,32*	0,48*	0,50*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
B. Kişisel Yaşam Durumu	r	0,29*	0,26*	0,11	0,28*	0,37*
	p	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00
B. Karar Verme Kontrolü	r	0,45*	0,40*	0,25*	0,44*	0,49*
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

r: Spearman Korelasyon, \*p< 0,01: Düzeyinde Anlamlı

Tablo 7 incelendiğinde; bakım davranışı ile çalışılan yoğun bakım ünitesinde çalışmaktan memnun olma ( $r=0,00$ ;  $p>0,05$ ), mesleğinden memnun olma ( $r=-0,12$ ;  $p>0,05$ ) düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; son vardiyada bakım verilen hasta sayısı ( $r=-0,18$ ;  $p<0,05$ ) arasında ters yönde çok zayıf düzeyde; mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ( $r=-0,37$ ;  $p<0,01$ ), çalışılan yoğun bakım ünitesinde hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ( $r=-0,32$ ;  $p<0,01$ ) arasında ters yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca, bireyselleştirilmiş bakım ile mesleğinden memnun olma ( $r=-0,12$ ;  $p>0,05$ ) düzeyleri, son vardiyada bakım verilen hasta sayısı ( $r=-0,07$ ;  $p>0,05$ ), çalışılan yoğun bakım ünitesinde hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı ( $r=-0,14$ ;  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişki olmadığı; çalışılan yoğun bakım ünitesinde çalışmaktan memnun olma ( $r=-0,17$ ;  $p<0,05$ ) düzeyleri arasında ters yönde çok zayıf düzeyde; mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı ( $r=-0,22$ ;  $p<0,01$ ) arasında ters yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

**Tablo 7. Bazı Değişkenler ile Bakım Davranışları Ölçeği ve Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası Arasındaki İlişki**

			Çalışılan Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışmaktan Memnun Olma Durumu	Mesleğinden Memnun Olma Durumu	Mesai Saatleri İçinde Bakım Verilen Ortalama Hasta Sayısı	Son Vardiyada Bakım Verilen Hasta Sayısı	Çalışılan Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşire Başına Düşen Ortalama Hasta Sayısı
Bakım Davranışları Ölçeği-24	Bakım Davranışı	r	0,00	-0,12	-0,37**	-0,18*	-0,32**
	Güvence	r	-0,06	-0,17*	-0,44**	-0,24**	-0,37**
	Bilgi-Beceri	r	0,05	-0,14	-0,20*	-0,09	-0,20*
	Saygılı Olma	r	0,04	-0,08	-0,33**	-0,15	-0,29**
	Bağlılık	r	0,02	-0,03	-0,31**	-0,12	-0,26**
Bireyselleştirilmiş Bakım Skalası-Hemşire	Bireyselleştirilmiş Bakım	r	-0,17*	-0,12	-0,22**	-0,07	-0,14
	A. Hastaların Bireyselliğini Destekleme	r	-0,14	-0,11	-0,20*	-0,08	-0,15
	A. Klinik Durum	r	-0,14	-0,05	-0,19*	-0,06	-0,13
	A. Kişisel Yaşam Durumu	r	-0,18*	-0,14	-0,22**	-0,11	-0,15
	A. Karar Verme Kontrolü	r	-0,07	-0,10	-0,22**	-0,08	-0,17*
	B. Hastanın Bakımını Bireyselleştirme Algısı	r	-0,17*	-0,15	-0,20*	-0,07	-0,10
	B. Klinik Durum	r	-0,17*	-0,15	-0,21**	-0,11	-0,10
	B. Kişisel Yaşam Durumu	r	-0,17*	-0,10	-0,15	-0,02	-0,08
B. Karar Verme Kontrolü	r	-0,14	-0,13	-0,18*	-0,06	-0,11	

**Memnuniyet Puanı:** 1. Çok memnunum, 2. Memnunum, 3. Kararsızım, 4. Memnun Değilim, 5. Hiç Memnun Değilim.

r: Spearman Korelasyon, \*p< 0,05, \*\*\*p<0,01: Düzeyinde Anlamlı

## SONUÇ VE TARTIŞMA

Çalışmada hemşirelerin bakım davranışı puan ortalaması yüksek tespit edildi ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasını bilgi-beceri alt boyutu, en düşük puan ortalamasını ise bağlılık alt boyutu olduğu saptanmıştır. Literatür incelendiğinde, aynı ölçek kullanılarak farklı birimlerde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmalarda hemşirelerin bakım kalitesi algısı düzeyleri de benzer şekilde yüksek tespit edilmiş ve en yüksek puan ortalamasını bilgi-beceri alt boyutu, en düşük puan ortalamasını ise bağlılık alt boyutu oluşturmuştur (Aydın, 2013; Cerit ve Coşkun, 2018; Elçelik, 2021; Göğüş, 2016; Kurşun, 2010; He vd., 2013; Hezer, 2019; Karlou vd., 2015; Papastavrou vd., 2012). Mesleki bilgi ve deneyimi yüksek ve en az lisans programı mezunu olan hemşirelerin, ölçeğin bilgi-beceri alt boyutunun puan ortalamalarının daha yüksek olduğu düşünülmektedir (Aydın 2013; Göğüş 2016; Kocatepe vd., 2017; Kurşun ve Kanan, 2012). Bilgi-beceri alt boyutunda hemşirelerin, invaziv işlemlerin nasıl uygulanacağını bilme, hastaya güven verme, bilgi beceri sergileme, araç gereci beceri ile kullanma, hastaya ait bilgileri gizli tutma yönleri ile bakım davranışları incelenmiştir. Çalışmalar da elde edilen puan ortalamalarının yüksek olması hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının bilincinde olduğunu göstermektedir.

Görev ve yetki dışı işler olan güvenlik personelinin görevleri, sekreterin görevleri, hekimin görevleri-ilaç istemi, tahlil isteme, tahlil sonucu bastırma, sözel istem- hekime hatırlatma yapma, vizitlere katılma gibi durumları kapsamaktadır. Literatürde görev tanımı dışı işlerin yapılması ve bu sebeple iş yükünün artmasının hemşirelik bakımını da etkileyeceği belirtilmektedir (Göçmen, 2010; Karadağ ve Taşçı, 2005). Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların acil, karmaşık ve değişken ihtiyaçları vardır. Hastaların 7/24 monitörize takibi yapılan yoğun bakım ünitelerinde hastanın klinik durumuna göre vital bulgularının takip sıklığı da değişmektedir. Hastanın klinik durumu, iş yükü fazlalığı, bilgisayar işleri, belirsiz tedavi takibi ve planlaması, evrak işleri, birim içi ve birimler arası organizasyon ve telefon görüşmeleri hastanın bakımının planlanması ve bakım planı kayıt sürecinde aksaklıklara sebep olabilmektedir. Çalışmada hemşirelerin görev yetki ve sorumluluklarının bilincinde olduğu görülmekte olup vital bulguların takibini hastanın bakımı dışında tuttuğu düşünülmektedir. Bakım planı kaydının elle doldurulduğunda evrak işleri veya elektronik ortamda doldurulduğunda ise bilgisayar işleri arttığı için hasta bakımına zaman ayırmada aksaklık yaşamalarına sebep olduğu düşünülmektedir.

BBS- Hemşire ve tüm alt boyut puan ortalamasının en yüksek 5,0 olduğu göz önünde bulundurularak puan ortalamaları yüksek düzeyde olduğu bulundu. Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısının yüksek olduğu sonucunu destekler niteliktedir (Amaral, 2014; Aydın ve Büyükbayram, 2020; Can, 2013; Charalambous vd., 2012; Danacı ve Koç, 2019; Suhonen vd., 2010; Rose, 2016) Literatürde, verilen hemşirelik bakımının, hastaların bakım algısı üzerinden değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmış (Algier vd., 2005) ve bu sebeple bireyselleştirilmiş bakım üzerine yapılmış uluslararası ve ulusal çalışmalar incelendiğinde hastanın bakım algısına odaklanıldığı görülmektedir (Rose, 2016). Verilen sağlık hizmetinin hem hizmeti veren hem hizmeti alan tarafından değerlendirilmesi kaliteli ve etkin bakım verilmesini sağlayacaktır. Her iki grubun görüşlerinin ve görüşleri arasındaki farklılıkların ortaya koyulması gerekmektedir çünkü bu görüşler arasındaki farklılıklar bireyselleştirilmiş bakıma ulaşmadaki en büyük engellerden biridir (Cerit ve Coşkun, 2018). Hemşirelerinde bakım kalitesi algılarının değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Çalışmada hemşirelerin BBS-Hemşire, BBSA-Hemşire ve BBSB-Hemşire puan ortalamaları yakın sonuçlansa da literatürde BBSB-Hemşire puan ortalamasının BBS-Hemşire puan ortalamasından yüksek olan çalışmalarda

mevcuttur. Çalışmalar ortalama farkının, hemşirelerin genel değerlendirme yaparken ekip arkadaşlarını da düşünerek değerlendirme yapması, en son vardiya için değerlendirme yaparken kendisini düşünerek değerlendirmesinden kaynakladığını düşünmektedirler (Danacı ve Koç, 2019; Karayurt vd., 2018; Kavaslar, 2021).

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin mesai saatleri içerisinde, son vardiyada, çalıştıkları yoğun bakım ünitesinde hemşire başına düşen hasta sayılarının ortalama 2'nin üzerinde olduğu saptanmıştır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na göre sağlık personeli başına düşen kişi sayısı verilerinde 1928-2020 yılları arasında hemşire başına düşen kişi sayısının azalmakta olduğu görülmektedir. Buna rağmen 2020 yılında hemşire başına düşen kişi sayısı 368 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2022) ve bu sonuç çalışmada ulaşılan bireyselleştirilmiş bakım vermedeki birinci engel olan hemşire yetersizliğini destekler niteliktedir.

Çalışmada hemşirelerin BBS-Hemşire puanı ile BDÖ-24'ün alt boyutlarından bilgi-beceri puanı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde; sırasıyla bağlılık, saygılı olma, güvence alt boyutları ve bakım davranışı genel puanı arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı bakım davranışları alt boyutundan en düşük bilgi-beceri alt boyutu ve en yüksek bağlılık alt boyutu ile ilişkilendirildi. BDÖ-24, bilgi beceri alt boyutu hemşirelik becerilerini; bağlılık alt boyutu hastayı eğitme ve bilgilendirme, hastaya zaman ayırma, hastanın gelişimine yardım etme ve destek olma, sabırlı ve anlayışlı olma, bakım planlamasında hastanın katılımını sağlamayı kapsamaktadır. Bu kapsam sonucunda BBSB-Hemşire alt boyutundan klinik durum puanının, BDÖ-24 alt boyutu bilgi-beceri puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmış olup, BBSB-Hemşire alt boyutundan klinik durum puanı arttıkça BDÖ-24 alt boyutu bilgi-beceri puanı artmaktadır ve BBSA-Hemşire alt boyutlarından klinik durum, kişisel yaşam durum puanlarının bağlılık puanı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu gözlemlendi. Klinik durum BBSA-Hemşire alt boyutlarından klinik durum puanı arttıkça ve kişisel yaşam durum puanı azaldıkça bağlılık puanı artmaktadır. Klinik durum, hasta bireyin hastalığa karşı yanıtlarını ve hastalığının kendisi için ne ifade ettiği gibi durumları; kişisel yaşam durumu, hasta bireyin inanış, değer, alışkanlıkları, tercihleri ve hastane deneyimi gibi durumları kapsamaktadır. Hasta bireylerin bağlılık alt boyutu kapsamı ve klinik durum alt boyutu sağlandıkça hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algısı ve bakım kalitesi algısı artmaktadır. Algier'in (2005) hemşirelerin ve hastaların bakım kalitesi algısı üzerine yaptığı çalışmada uygulanan bakımın, emosyonel olarak destek verme ve klinik beceri gösterme taraflarının hemşireler tarafından daha çok önemsendiği saptanmıştır. Aynı çalışmada hasta bireylerin ise uygulanan bakım da fiziki destek ve tıbbi bilgileri alma konularını daha çok önemsendiği ortaya çıkmıştır (Algier, 2005).

Çalışmada hemşirelerin çalışma ortamına bağlı özellikler değerlendirildiğinde; hemşire başına düşen hasta sayıları 21.08.2020 tarihli 31220 sayılı resmî gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığı Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ'de erişkin yoğun bakım servislerinde askeri donanım ve hizmet standartları ekinde yoğun bakım ünitesi basamaklarına göre belirlenmesine rağmen çalışmada hemşire başına düşen hasta sayısı ortalamaları yüksek çıkması hemşire yetersizliği ve çalışılan alan içi sirkülasyonun fazlalığına bağlanabilir. Bu çalışmada hemşirelerin bakım davranışı ile son vardiyada bakım verilen hasta sayısı arasında ters yönde çok zayıf düzeyde; mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı, çalışılan yoğun bakım ünitesinde hemşire başına düşen ortalama hasta sayısı arasında ters yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu; bireyselleştirilmiş bakım alt boyutu hastanın bireyselliğini destekleme ile mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı arasında ters yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki

olduğu belirlenmiştir. Hemşire başına düşen hasta sayısı arttıkça bakım kalite algısı ve bireyselleştirilmiş bakım algısı azaldığı saptanmıştır.

Bireyselleştirilmiş bakım ve hastanın bakımını bireyselleştirme algısı ile çalışılan yoğun bakım ünitesinde çalışmaktan memnun olma düzeyleri ve mesai saatleri içinde bakım verilen ortalama hasta sayısı arasında ters yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Hemşirelerin çalıştığı birimden memnun olması birimin rutinlerine alışmasına da sebep olabilecek bir durumdur. Bu alışkanlıklar hemşirelik bakımının da rutinleşmesi, bakımın hasta merkezli değil, hastalık merkezli olmasına yol açabilir.

Bu çalışmada, hemşirelerin bakım kalitesi ve bireyselleştirilmiş bakım algısının yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermedeki ilk engelin hemşire yetersizliği olduğu ve hasta bakımı dışında görev tanımı dışı işlere de zaman ayırdıkları tespit edildi. Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım ve bakım davranışları düzeyleri arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu ve bunlara ek olarak hemşirelerin mesleki ve kişisel özelliklerinden medeni durum, gelir durumu, en son mezun olunan okul ve kadro durumuna göre bakım kalitesi ve bireyselleştirilmiş bakım algısı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen sonuçlar ile yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım algıları ve bakım kalitesinin artırılması amacıyla;

- Bu çalışmanın daha fazla merkez ve örneklem ile gerçekleştirilerek bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesine etkisini araştırılması,
- Sağlık kurumları hastalık merkezli değil, hasta merkezli bakım politikalarını benimsemeli, birey odaklı olan bireyselleştirilmiş bakımı kurumun bakım kültürü haline getirmesi,
- Çalışma ortamına bağlı (hemşire yetersizliği, personel eksikliği vb.) bireyselleştirilmiş bakım vermeye engel faktörler kurumsal olarak kontrol altına alınması,
- Kurumsal olarak tüm sağlık çalışanlarına bireyselleştirilmiş bakım ve bakım kalitesi konularında birim içi eğitimler düzenlenmeli ve hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım uygulamaları takdir edilerek teşvik edilmesi ve bu konuda motivasyonlarının artırılması,
- Hemşirelerin bakım dışında zaman ayırdığı durumlar sebepleri ile tespit edilip bu sebepler ortadan kaldırılması,
- Yoğun bakım ekibi içerisindeki tüm sağlık çalışanları için yeterli istihdam sağlanmalı ve sürdürülmesi,
- Sağlık kurumlarında hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermesinin önündeki engeller belirlenmesi,
- Hemşirelerin bireyselleştirilmiş bakım vermek için ihtiyaç duyduğu bakım malzemeleri tespit edilip tedarik edilmesi önerilmektedir.

### **ARAŞTIRMACILARIN KATKI ORANI BEYANI**

Araştırma fikri ve tasarımı: H.Y., N.E. ve S.T.; veri toplama: H.Y.; sonuçların analizi ve yorumlanması: H.Y., N.E. ve S.T.; araştırma metnini hazırlama: H.Y., N.E. ve S.T.

### **DESTEK VE TEŞEKKÜR BEYANI**

Çalışma herhangi bir destek almamıştır. Teşekkür edilecek bir kurum bulunmamaktadır.

### **ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI**

Çalışma kapsamında herhangi bir kurum veya kişi ile çıkar çatışması bulunmamaktadır.

## KAYNAKÇA

- Acaroğlu, R., & Şendir, M. (2012). Bireyselleştirilmiş Bakımı Değerlendirme Skalaları. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 10-16.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environment on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229. <https://doi.org/10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7>
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Sermeus, W., & Consortium, R. C. (2013). Nurses' Reports of Working Conditions and Hospital Quality of Care in 12 Countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 143-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
- Algier, L., Abbasoğlu, A., Hakverdioğlu, G., Ökdem, Ş., & Göçer, S. (2005). Hastaların ve Hemşirelerin Hemşirelik Girişimlerinin Önemini Algılamaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 33-40. <https://doi.org/10.18663/tjcl.380674>
- Al-Hamdan, Z., Smadi, E., Ahmad, M., Bawadi, H., & Mitchell, A. M. (2019). Relationship Between Control Over Nursing Practice and Job Satisfaction and Quality of Patient Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(3), E1-E6. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000390>
- Altıok H. Ö., Şengün F., & Üstün B. (2011). Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 137-140.
- Amaral, A. F. S. (2014). Translation and validation of the individualized care scale. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 90.
- Arslan, İ. Ö., & Okumuş, H. (2012). Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 61-72.
- Aydın, H. (2013). *Acil Serviste Hasta ve Hemşirelerin Bakım Davranışlarının Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, L. Z., & Büyükbayram, Z. (2020). Hemşirelerin Mesleki Tutumlarına Göre Bireyselleştirilmiş Bakım Algıları. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 12(2), 98-206. <https://doi.org/10.5336/nurses.2019-71122>
- Can, Ş. (2013). *Hemşirelerin Mesleki Değerlerinin Bireyselleştirilmiş Bakım Alguları ile İlişkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Cerit, B., & Coşkun, S. (2018). Hasta ve Hemşirelerin Hemşirelik Bakım Kalitesine İlişkin Algıları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 9(2), 103-9. <https://doi.org/10.18663/tjcl.380674>
- Charalambous, A., Chappell, N. L., Katajisto, J., & Suhonen, R. (2012). The conceptualization and measurement of individualized care. *Journal of Geriatric Nursing*, 33(1), 17-27. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2011.10.001>
- Çatalca, H. (2003). *Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Danacı, E., & Koç, Z. (2019). The Association of Job Satisfaction and Burnout With Individualized Care Perceptions in Nurses. *Journal of Nursing ethics*, 27(1), 301-315. <https://doi.org/10.1177/0969733019836151>
- Dinç, L. (2010). Bakım Kavramı ve Ahlaki Boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(2), 74-82.
- Elçelik, U. E. (2021). *Yoğun Bakım Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Son Dönem Hasta Bakımında Yaşadıkları Ahlaki Sıkıntılarının Bakım Davranışlarına Etkisi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Gedikli, D. C. (1998). *Hastanelerde Hizmet Kalitesi ve Bir Üniversite Hastanesinde Uygulama*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Göçmen, Z. (2010). *Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara.
- Göğüş, F. (2016). *Cerrahi Hastaların ve Cerrahi Hemşirelerinin Bakım Davranışı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Hanrahan, N. P., & Aiken, L. H. (2008). Psychiatric Nurse Reports on The Quality of Psychiatric Care in General Hospitals. *Quality Management in Health Care*, 17(3), 210. <https://doi.org/10.1097/01.QMH.0000326725.55460.af>
- He, T., Du, Y., Wang, L., Zhong, Z. F., Ye, X. C., & Liu, X. H. (2013). Perceptions of caring in China: patient and nurse questionnaire survey. *International Nursing Review*, 60(4), 487-493. <https://doi.org/10.1111/inr.12058>
- Hezer, M. (2019). *Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Idvall, E., Berg, A., Katajisto, J., Acaroglu, R., Luz, M. D., Efstathiou, G., & et all. (2012). Nurses' Sociodemographic Background And Assessments of Individualized Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3), 284-93. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01463.x>
- Karadağ, S., & Taşçı, S. (2005). Kayseri Devlet Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Verdiği Hemşirelik Bakımı ve Bakımı Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı), 13-21.
- Karayurt, Ö., Ursavaş, E. F., & İşeri, Ö. (2018). Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım Verme Durumlarının ve Görüşlerinin İncelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2), 163-169. <https://doi.org/10.31067/0.2018.8>
- Karlou, C., Papathanassoglou, E., & Patiraki, E. (2015). Caring Behaviours in Cancer Care in Greece, Comparison Of Patients', Their Care Givers' And Nurses' Perceptions. *European Journal Of Oncology Nursing*, 19(3), 244-250. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.11.005>

- Kavaslar, İ. (2021). *Hemşirelerin Bireyselleştirilmiş Bakım ve Bakım Kalitesi Algıları ile Çalışma Özellikleri Arasındaki İlişki*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Kıvanç, M. M. (2013). Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı. Aştı T. A., & Karadağ A. (Der. ), *Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilim ve Sanatı* içinde (ss. 217-226). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kocatepe, V., Uğur, E., & Karabacak Ü. (2017). Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Bakım Davranışları Arasındaki İlişki. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 25(1), 13-20.
- Kurşun, Ş. (2010). *Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kurşun, Ş., & Kanan, N. (2012). Bakım Davranışları Ölçeği'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15, 4.
- Lea, A. (1994). Nursing in Today's Multicultural Society: A Transcultural Perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 307-13. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1994.20020307.x>
- Leininger, M. M. (2000). *Care the Essence of Nursing and Health*, Wayne State University Press, Detroit, Cited in Mackintosh C, 'Is there a place for "care" within nursing?'. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 321-27. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(00\)00011-0](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(00)00011-0)
- Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. 3rd ed., U. S. A. : Harper & Row Publishers. First U. S. Edition.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., ... & Merkouris, A. (2012). A Cross-Cultural Study of The Concept of Caring Through Behaviours: Patients' and Nurses' Perspectives in Six Different EU Countries. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1026-1037. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05807.x>
- Poghosyan, L., Clarke, S. P., Finlayson, M., & Aiken, L. H. (2010). Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. *Research in nursing health*, 33(4), 288-298. <https://doi.org/10.1002/nur.20383>
- Radwin, L. E., & Alster, K. (2002). Individualized Nursing Care: An Empirically Generated Definition. *International Nursing Review*, 49(1), 54-63. <https://doi.org/10.1046/j.1466-7657.2002.00101.x>
- Rose, P. M. (2016). Individualized Care in the Radiation Oncology Setting From the Patients' and Nurses' Perspectives. *Cancer Nursing*, 39(5), 411-22. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000332>
- Shalaby, S. A., Janbi, N. F., Mohammed, K. K., & Mohammed Al-harhi, K. (2018). Assessing The Caring Behaviors of Critical Care Nurses. *Nurse Education in Practice*, 8(10), 77-85. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n10p77>
- Shurique, M., While, A., & Fitzpatrick, J. (2008). Nursing Work in Jordan: An Example of Nursing Work in the Middle East. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 999-1010. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01973.x>
- Stimpfel, A. W., & Aiken, L. H. (2013). Hospital Staff Nurses' Shift Length Associated With Safety and Quality of Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(2), 122. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3182725f09>
- Suhonen, R., Gustafsson, M. L., Katajisto, J., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2010). Individualised Care Scale-Nurse Version: A Finnish Validation Study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16, 145-154. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01168.x>
- Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Valimaki, M. (2005). Development and Psychometric Properties of The Individualized Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11(1), 7-20. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2003.00481.x>
- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Lemonidou, C., Kalafati, M., da Luz, M. D., & et all. (2011). Nurses' Perceptions of Individualized Care: An International Comparison. *Journal of Advanced Nursing*, 67(9), 1895-1907. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05626.x>
- Şendir, M., Acaroğlu, R., Kanan, N., Shonen, R., & Katajisto, J. (2010). Bireyselleştirilmiş Bakım Ölçeği-Hemşire Versiyonu'nun Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği. *1. Temel Hemşirelik Bakımı Kongresi Kitabı* (ss. 129). 21 Ekim-23 Eylül 2010, İzmir: İzmir Ege Üniversitesi Basımevi Müdürlüğü.
- Tekin, V. (2017). *Yoğun Bakım Hemşirelerinin Bakım Kavramı Algısı*. Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 10-11.
- Temel, A. B. (2008). Kültürlerarası (Çok Kültürlü) Hemşirelik Eğitimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 92-101.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistik Veri Portalı. 21.11.2022 tarihinde <https://data.tuik.gov.tr/> adresinden erişildi.
- Türkmen, E., & Uslu, A. (2011). Özel Bir Hastanede Hemşirelerin Dolaylı Bakım Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19, 60-7.
- Wolf, Z. R., Giardino, E. R., Osborne, P. A., & Ambrose, M. S. (1994). Dimensions of Nurse Caring. *Image J Nurs Sch*, 26(2), 107-11. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00927.x>
- World Health Organization (WHO) (2007). *People-Centred Health Care, A Policy Framework: World Health Organisation*. WHO Press, Geneva: Switzerland.
- World Health Organization (WHO) (2019). What is Quality of Care and why is it important?. 12.06.2022 tarihinde [who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en) adresinden erişildi.
- Wu, Y., Larrabee, J. H., & Putman, H. P. (2006). Caring Behaviors Inventory: a Reduction of the 42-Item Instrument. *Nursing Research*, 55(1), 18-25. <https://doi.org/10.1097/00006199-200601000-00003>