

**T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI**



**HEMŞİRELERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYİ İLE
BAKIM ODAKLI HASTA HEMŞİRE ETKİLEŞİMİ
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Sinem GÖKCEK

Danışman

Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK

SAMSUN
2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Sinem GÖKCEK tarafından, **Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK** danışmanlığında hazırlanan **“HEMŞİRELERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYİ İLE BAKIM ODAKLI HASTA HEMŞİRE ETKİLEŞİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ”** başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından tarihinde yapılan sınav sonucunda oy birliği ile başarılı bulunarak Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı Adı Soyadı Üniversitesi Ana Bilim/Ana Sanat Dalı	İmza	Sonuç
Başkan	Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ KESKİN Ondokuz Mayıs Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Gözde Yıldız DAŞ GEÇİM Amasya Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı		<input checked="" type="checkbox"/> Kabul <input type="checkbox"/> Ret

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

ONAY

... / ... / ...

Prof. Dr. Ali BOLAT
Enstitü Müdürü

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI

Hazırladığım Yüksek Lisans tezinin bütün aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara riayet ettiğimi, çalışmada doğrudan veya dolaylı olarak kullandığım her alıntıya kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin Kaynaklar'da gösterilenlerden oluştuğunu, her unsurun enstitü yazım kılavuzuna uygun yazıldığını ve TÜBİTAK Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Yönetmeliği'nin 3. bölüm 9. maddesinde belirtilen durumlara aykırı davranılmadığını taahhüt ve beyan ederim.

Etik Kurul Gerekli mi ?

Evet

Hayır

İmza
... / ... / 20...
Sinem GÖKCEK

TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI

Tez Başlığı : HEMŞİRELERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYİ İLE BAKIM ODAKLI HASTA HEMŞİRE ETKİLEŞİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışması için şahsım tarafından 22.06.2022 tarihinde intihal tespit programından alınmış olan özgünlük raporu sonucunda;

Benzerlik oranı : % 15

Tek kaynak oranı : % 3 çıkmıştır.

İmza
22 /06 / 2022
Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK

ÖZET

HEMŞİRELERİN BİLİNÇLİ FARKINDALIK DÜZEYİ İLE BAKIM ODAKLI HASTA HEMŞİRE ETKİLEŞİMİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sinem GÖKCEK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

Hemşirelik Programı

Yüksek Lisans, Haziran/2022

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK

Amaç: Bu araştırmanın amacı hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri ve bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimi arasındaki ilişkiyi belirlemektir.

Materyal-Metot: İlişki arayan tanımlayıcı türde olan çalışmanın evrenini Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi hastanesinde aktif olarak çalışan tüm hemşireler, örneklemini ise 15.02.2021-15.04.2021 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden 330 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce etik kurul izni ve gerekli tüm izinler alındı. Veri toplama araçları olarak “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”, “Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi Ölçeği” ve “Bilinçli Farkındalık Ölçeği” kullanıldı. Araştırma verilerinin analizi SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak yapıldı. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak alındı.

Bulgular: Katılımcıların %78.5’inin kadın, %57.3’ünün evli, %77.3’ünün lisans mezunu, %67’sinin orta gelir seviyesinde, %79.1’inin 10 yıl ve altı mesleki deneyiminin olduğu, %55.5’nin mesleği kendi isteğiyle seçtiği, %83.9’nun kronik hastalığının olmadığı ve %96.1’nin ruhsal hastalığının bulunmadığı belirlendi. Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği puan ortalaması 63.77 ± 12.77 ’dir. Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi Ölçeği Önemlilik Boyutu toplam puan ortalamaları 294.44 ± 36.30 ’dur. Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanları ile Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi Ölçeği Önemlilik Boyutu toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi ($p<0.05$). Bilinçli farkındalığın bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verilen önemin %11.5’ini açıkladığı tespit edildi.

Sonuç: Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerinin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimine verdikleri önemi etkilediği; bilinçli farkındalık düzeyi arttıkça bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verilen önemin de arttığı sonucuna varıldı.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Bilinçli Farkındalık, Hemşire-Hasta Etkileşimi, Hemşirelik Bakımı.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSES' CONSCIOUS AWARENESS AND CARE-FOCUSED PATIENT NURSE INTERACTION

Sinem GÖKCEK

Ondokuz Mayıs University
Institute of Graduate Studies

Department of Nursing
Nursing Programme

Master, June/2022

Supervisor: Assist. Prof. Dr. Oya Sevcan ORAK

Aim: The aim of this research is to determine the relationship between nurses mindfulness levels and care-oriented patient-nurse interaction.

Material-Method: The universe of the descriptive study looking for a relationship consists of all the nurses actively working in the Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center hospital, and the sample consists of 330 nurses who agreed to participate in the research between 15.02.2021 and 15.04.2021. Ethics committee approval and all necessary permissions were obtained before starting the research. “Socio-Demographic Information Form”, “Care-Oriented Patient-Nurse Interaction Scale” and “Conscious Awareness Scale” were used as data collection tools. Analysis of the research data was made using the SPSS 22.0 statistical program. For statistical tests, the level of significance was taken as $p < 0.05$.

Results: It was determined that 78.5% of the participants were women, 57.3% were married, 77.3% had a bachelor’s degree, 67% were at the middle income level, 79.1% had 10 years or less of professional experience, 55.5% chose the profession voluntarily, % It was determined that 83.9% did not have a chronic disease and 96.1% did not have a mental illness. Nurses’ Conscious Awareness Scale mean score is 63.77 ± 12.77 . The total mean of the Care-Oriented Patient-Nurse Interaction Scale Significance Dimension is 294.44 ± 36.30 . It was determined that there is a significant relationship between the Nurses’ Conscious Awareness Scale scores and the Care-Oriented Patient-Nurse Interaction Scale Significance Dimension total and sub-dimension scores. ($p < 0.05$). It has been determined that mindful awareness-explains 11.5% of the importance given to care-oriented nurse-patient interaction.

Conclusion: It has been concluded that nurses’ mindfulness levels affect the importance they attach to care-oriented patient-nurse interaction; and, as the level of mindfulness increases, the importance given to care-oriented nurse-patient interaction also increases.

Keywords: Nursing, Conscious Awareness, Nurse-Patient Interaction, Nursing Care.

ÖN SÖZ VE TEŞEKKÜR

Öncelikle lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca ders dönemimde bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yüksek lisans tez aşamasında bana her türlü konuda yardımcı olup tecrübeleriyle destek olan, pes etmeden yoluma devam etmem için desteklerini esirgemeyen ve yol gösteren çok değerli danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans öğrenimim boyunca derslerime giren, deneyim ve tecrübeleriyle eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarım sayın Prof. Dr. İlknur AYDIN AVCI, sayın Dr. Öğr. Üyesi Serap GÜLEÇ KESKİN, sayın Dr. Öğr. Üyesi Seval AĞAÇDİKEN ALKAN ve sayın Dr. Öğr. Üyesi Esra TURAL BÜYÜK hocalarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek Lisans dönemim boyunca bana her türlü desteği sağlayan çalıştığım kurumdaki birim sorumluma, her daim yanımda olan ve beni destekleyen çok değerli arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak eğitim ve öğretim hayatım boyunca maddi ve manevi her konuda bana destek olan aile üyelerime; babam Rafet GÖKCEK'e, annem Akkız GÖKCEK'e, abim Sinan GÖKCEK'e ve kardeşim Merve GÖKCEK'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sinem GÖKCEK

İÇİNDEKİLER

TEZ KABUL VE ONAYI	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK BEYANI	ii
TEZ ÇALIŞMASI ÖZGÜNLÜK RAPORU BEYANI	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bilinçli Farkındalık	4
2.1.1. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.2. Bilinçli Farkındalık İşlevi	5
2.1.3. Bilinçli Farkındalık ve Faydaları	6
2.1.4. Bilinçli Farkındalığın İş Yaşamında	7
2.1.5. Bilinçli Farkındalık Tutumları	7
2.1.5.1. Yargılarımızı Fark Etmek	8
2.1.5.2. Kabul	8
2.1.5.3. Sabır	9
2.1.5.4. Anda Kalabilme	10
2.1.5.5. Başlangıç Ruhu	10
2.1.5.6. Şefkat	10
2.1.5.7. Akışına Bırakmak	11
2.1.6. Bilinçli Farkındalık Kavramının Kuramsal Temelleri	11
2.1.6.1. Psikodinamik Psikoterapi.....	11
2.1.6.2. Bilişsel Davranışçı Terapi.....	12
2.1.6.3. Gestalt Psikolojisi	12
2.1.6.4. İnsancıl Terapi.....	13
2.1.6.5. Varoluşçu Terapi.....	13
2.1.7. Bilinçli Farkındalık ve Stres	13
2.2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi.....	16
2.2.1. Hemşirelik ve Temel İşlevleri.....	16
2.2.2. Hemşirelik Bakımı ve Bileşenleri	18
2.2.3. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi.....	20
2.2.3.1 Watson İnsan Bakım Kuramı (İBK)	22
2.3. Bilinçli Farkındalık ve Hemşirelik.....	23
3. MATERYAL VE METOT	28
3.1. Araştırmanın Tipi.....	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	28
3.3.1. Araştırmanın Evreni.....	28
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi	28
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.4.1. Bağımlı Değişken.....	29
3.4.2. Bağımsız Değişken	29
3.5. Veri Toplama Araçları	29
3.5.1. Verilerin Toplanması	29
3.5.2. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	29

3.5.3. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ).....	30
3.5.4. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ)	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
6.1. Sonuçlar	48
6.2. Öneriler	49
KAYNAKLAR	51
EKLER	58
ÖZ GEÇMİŞ.....	70

SİMGELER VE KISALTMALAR

İBK	: İnsan Bakım Kuramı
BFÖ	: Bilinçli Farkındalık Ölçeği
BOHHEÖ	: Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği
MBSR	: Mindfulness-Based Stress Reduction
OMÜSUVAM	: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
THD	: Türk Hemşireler Derneği
WHO	: World of Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1. Hemşirelerin BFÖ, BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Boyut Puanları.....	33
----------------------------------------------------------------------------------------	----

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler	31
Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=300).....	32
Tablo 4.2. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.3. BFÖ ve BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Puanları Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 4.4. BFÖ ve BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Puanları Arasındaki Regresyon Modeli	39
Tablo 4.5. BFÖ ve BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Puanları Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları.....	41

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Hemşirelik, kaynağını insan gereksinimlerinden alan, topluma hizmet vermek üzere doğan, sadece hastalık durumunda değil sağlıklı bireye de yardım etmeyi temel işlevi olarak tanımlayan ve bireyi çevresi ile bütün bir şekilde ele alıp bakım veren; toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik planlamalar yaparak bu planları uygulayıp değerlendiren dinamik bir sürece sahiptir (Aştı ve Karadağ, 2014; Ay, 2015; Birol, 2013). Bu yönüyle hemşireler sağlık hizmetlerinde hasta ve sağlıklı bireyle en fazla etkileşim halinde olan grubu oluşturmaktadır (Ay, 2015; Parlayan ve Dökme, 2016). Hemşirelik mesleği insan ve bakım kavramları üzerine temellenirken, temel işlevi bakımdır. Hastaların iyileşme sürecinde büyük bir öneme sahip olan bakım, hastaların sağlık bakımında memnuniyetlerini etkileyen, sağlık-bakım kalitesinde artış olmasında önemli faktörler arasında yer edinir. Hasta bireylerin gereksinimlerinin ve beklentilerinin farkında olmak verilecek hemşirelik bakımının kalitesini artırır (İnce ve Bingöl, 2020). Hemşirelik kuramını “*hasta-hemşire*” ilişkisi üzerine temellendiren önemli hemşirelik kuramcılarında Peplau, hemşireliği iki ya da daha fazla birey arasında ortak amaçlar doğrultusundaki iletişimden oluşan kişilerarası bir süreç olarak tanımlamaktadır (Birol, 2013). Literatür incelendiğinde hemşirelerin hasta\sağlıklı bireylerle kurduğu karşılıklı etkileşimin bireye verilen bakımın kaliteli olmasında etkin rol aldığı görülmektedir (Cerit vd., 2019; Erzincanlı ve Yüksel, 2018; Kaçmaz ve Çam, 2019). Hemşirelerin bakım verirken hastayı bir bütün olarak ele alıp gereksinimlerini karşılaması hastanın daha iyi bakım almasına ve memnuniyetinin artmasına yardımcı olmaktadır (Bayraktar ve Eşer, 2017).

Hemşirelik kuramcılarında biri olan Watson ‘İnsan Bakım Kuramı (İBK)’nda hemşirelik mesleğinin odak noktasının bakım olduğunu ve bakımda bireyin bir bütün olarak ele alınarak uygulamaların yapılması gerektiğini savunmaktadır (Ay, 2015; Özkan ve Okumuş, 2012). Bakım odaklı hasta hemşire etkileşiminin merkezinde bakım veren bireyin gereksinimlerinin yer alması ve karşılanması bulunmaktadır (Özcan, 2009). Literatürde hemşirelerin ve hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi düzeyleri üzerine yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimlerine yönelik tutum ve algılarının yüksek olduğunu, bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimine önem verdiklerini ortaya koymaktadır (Cerit vd., 2019; Erzincanlı ve Yüksel, 2018; Kaçmaz

ve am, 2019; Sertgöz ve Demir, 2022). Hemşirelerin bakım odaklı hasta hemşire etkileşimine yönelik tutumları sağlık, insan ve hemşirelik hakkındaki felsefeleri, deneyimleri, kişilerarası ilişki becerileri gibi faktörlerden etkilemektedir (Biol, 2013). Diğer yandan bakım odaklı hasta-hemşire etkileşiminin etkili olabilmesi için hemşirelerin ilk olarak kendilerini iyi tanınması, çevredeki bireylerin üzerindeki izlenimlerinin farkında olması, bakım sundukları hasta bireylerin gereksinimlerini karşılama konusunda farkındalıklarının yüksek olması gerekmektedir (Aşık ve Albayrak, 2021; Bayraktar ve Eşer, 2017). Hemşirelerin bakım sürecinde kendinde, çevrede ve bakım verdikleri bireyde olup bitenlere merak, nezaket ve şefkatle dikkatini vermesi önemlidir. Bu durum son yıllarda araştırmacıların dikkatini çeken ve kadim bir felsefeye sahip olan bilinçli farkındalık (mindfulness) kavramının hemşirelik açısından önemine işaret etmektedir (Arslan, 2018; Demir, 2017; Deniz vd., 2017).

Bilinçli farkındalık (mindfulness); şu anda olmak, andaki deneyimlerimizin farkında olmak, iç ve dış dünyada olanları yargılamadan an içinde olup bitenlere odaklanmak olarak tanımlanmıştır (Atalay, 2019; Deniz vd., 2017). Bilinçli farkındalık mevcut anda yaşanılan deneyimin farkında olup, ve bu deneyimin dostça, şefkatle nezaketle, yargılamadan kabul edilme durumudur (Germer et al., 2005). Çevremizdeki insanların, aktivitelerinin ve çevremizin farkında olmak yaşam deneyiminizden bir bütün olarak zevk almanızı sağlar. Son dönemlerin popüler kavramlarından biri olan “Mindfulness” yani Türkçe’ye çevrilmiş hali ile “Bilinçli Farkındalık” kökeni Budizm ve Doğu Felsefesi’nin “Farkındalık” kavramına dayanmakla birlikte aslında bir nevi spiritüel bir beceridir. Farkındalık aydınlanmanın ve ruhu olgunlaştırmanın son basamağıdır ve insanlar binlerce yıldır bu tekniği kullanmaktadırlar (Azak, 2018; Engin ve am, 2005; Kabat-Zinn, 2000; Özyeşil vd., 2011).

Yapılan çalışmalarda bireyin farkındalık düzeyinin yüksek olmasının yaşanılan stresi, anksiyeteyi, depresyonu azalttığı, sonucuna ulaşılmıştır (Azak, 2018; Bishop et al., 2004; Demir, 2017). Literatürde bilinçli farkındalığı konu alan çeşitli çalışmalar mevcuttur. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerinin orta düzeyde olduğu sonucu saptanmıştır. (Aşık ve Albayrak, 2021). Hemşirelik öğrencileriyle yapılan başka bir araştırmada öğrencilerin bilinçli farkındalık düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu sonucuna varılmıştır (Azak, 2018). Literatürde hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerini arttırmaya yönelik

yapılan müdahalelerin etkinliğini değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır (Sarazine et al., 2021; Nourian et al., 2021). Yapılan bir çalışmada hemşirelerin eğitim sonrasında tükenmişlik ve stres düzeylerinin azaldığı, bilinçli farkındalık düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (Sarazine et al., 2021). Diğer yandan literatür incelendiğinde konuyla ilgili sınırlı çalışma olduğu belirlenmiş olup hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyi ile bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimi arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmalardan elde edilen sonuçlar hemşireler açısından bilinçli farkındalık seviyesinin önemli olduğunu göstermektedir. Bu hedef doğrultusunda hemşirelik açısından önemli olan bu iki kavram arasındaki ilişkinin belirlenmesinin litaretre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyi ve bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimi arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- Araştırmaya katılan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyi nedir?
- Araştırmaya katılan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi düzeyleri nedir?
- Hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi düzeyleri arasında bir fark var mıdır?
- Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyi ile bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bilinçli Farkındalık

2.1.1. Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Tanımı ve Tarihçesi

Bilinçli farkındalık teriminin kökeni yaklaşık 2500 yıl öncesine dayanmaktadır. Budist öğreniminin Pali dilindeki “*Sati*” kelimesinden gelmektedir. “*Sati*” kavramı Rhys Davids tarafından 1881 yılında İngilizce karşılığı olarak “mindfulness” olarak çevrilmiştir. Türkçede ise bu kavram “bilinçli farkındalık” olarak kullanılmaktadır (Kabat-Zinn, 1994; Özyeşil, 2011). *Sati* “*hatırlama (zihnin var olması), farkındalık ve dikkat*” anlamlarına gelir. “*Hatırlamak*”, anılarla yaşamak anlamına gelmez. Geçmişteki anıları kabul ederek şimdiki zamana dikkati yöneltme eğilimidir. Yaşanmış olunan zaman içinde yaşanmakta olan duruma dikkati çevirme, tam anlamıyla farkındalığın tanımı anlamına gelmektedir (Demir, 2017; Kabat-Zinn, 2000). Uzakdoğu öğretilerinde yer alan bilinçli farkındalık 1970’lerden itibaren Batı dünyasında tıp alanındaki uygulamalara entegre eden ve bu konudaki araştırmaları ve çalışmalarlarıyla bilinen öncü isim Prof. Dr. Jon Kabat-Zinn bilinçli farkındalığı şöyle tanımlıyor: “*Dikkatimizi şimdiki zamana, şu anda yaşadığımız deneyime odaklamak ve bu deneyimi olduğu gibi algılamak ve kabul etmek.*” (Atalay, 2019; Kabat-Zinn, 1994). Bilinçli farkındalığın en açık tanımı Brown and Ryan (2003), tarafından “*kişinin dikkatini, şu anda yaşanmakta olanlara, yargılayıcı olmadan ve kabullenici bir şekilde odaklayabilmesi*” olarak tanımlanmıştır. Bilinçli Farkındalık şimdiki an içerisinde olanlara dikkat ederken tüm bu farkedilenleri yargılamaksızın kabul etmeyi içerir. Bilinçli farkındalığın iki boyutu vardır. İlk boyut bulunduğumuz an içinde olanların farkında olmak, ikinci boyut ise farkında olduklarımızı karşılama biçimidir. Bu boyutlar ele alındığında bilinçli farkındalık algılamak ve algılananı kabul etme şeklinde de tanımlanabilmektedir (Atalay, 2019; Brown and Ryan, 2003).

Araştırmacılar bilinçli farkındalık teriminin sadece ne olduğunu değil, nasıl olması gerektiği konusunda da bahsetmişlerdir. Linehan (2015), bilinçli farkındalığı zihni şimdiki ana odaklayabilmek olarak tanımlarken, odaklanmanın anın akışına açık bir şekilde, yargısızca olması gerektiğinden bahsetmiştir. Germer ve arkadaşları da (2005) bilinçli farkındalığı mevcut anın, deneyimin farkında olmak olarak tanımlamış, bu deneyimin dostça, nezaketle, yargısızca ve kabulle olması gerektiğini söylemişlerdir (Germer et al., 2005; Linehan, 2015).

2.1.2. Bilinçli Farkındalık İşlevi

Bilinçli farkındalık otomatik pilottan çıkıp çevremizde olan biten her şeyin zihinsel ve bedensel olarak farkına varmamıza yardımcı olur. Farkındalık sırasında ortaya çıkan birincil zihinsel değişim, şu anda olan düşünceler, duygular ve duyular hakkında artan bir farkındalıktır. Farkındalık dikkatinizin dağılmasına izin vermek yerine bilerek ve isteyerek yönlendirmeye yardımcı olur. Bilinçli farkındalık zihninizin süreçlerini gözlemlemenize yardımcı olarak deneyimleri fark etme ve bunlara tepki verme arasındaki boşluğun farkına varılmasında etkilidir (Black, 2010; Naik et al., 2013). Bilinçli farkındalığın artması bireyde sevgi, şefkat ve affedicilik duygularının farkına varmasında yardımcı olur ve bireyin öz-anlayış seviyesinde artış sağlar. Bu sayede birey olumsuz duygu durumlarından daha az etkilenmiş olur (Özyeşil, 2011; Ülev, 2014). Bilinçli farkındalık durumunda bireyler mutlu ve rahattırlar. Olası her duruma karşı hazır durum içindedirler. Zihnin işlevlerini kavramak ve olası her düşünceyi sakin hale getirmek için birincil olarak duyguların ve algıların farkında olunması gereklidir. Bireyler kendi iç dünyalarında olan düşünceleri ve hisleri nasıl tanımlayacağını ve kullanacağını bilmelidir. Bu sayede bilinçli farkındalık beklentilerin, duyguların, geçmiş veya gelecek zamanda uyanık halde olmasına yardımcı olur. Bireyler çoğu zaman acı veren deneyimler, duygu ve düşüncelerle baş etmekte zorluk çekmekte ve sonunda bu duygu durumları ile bütünleşmektedir. Bunun sonucunda ise zihin ve düşünceler arasında mesafe kalmamaktadır. Bilinçli farkında olan bireyler zihinlerini dışarıdan izlemekte ve zihnin her an düşünce ürettiğinin farkındadırlar. Zihnin üretmiş olduğu bu düşünceleri yargılamadan kabullenip, gelip geçici olarak bakan bireyler daha mutlu ve sakin hissederler. Bilinçli farkındalığın işlevsel özelliği bu noktada karşımıza çıkar (Bernstein, 2019; Özyeşil, 2011).

Bilinçli farkındalık, bireyin olumsuz duyguları meydana çıktığında bu duyguları değiştirmeye ya da bastırmaya çalışmadan ve onlardan kaçmadan, kendini yargılamadan, olumsuz duygulara ilişkin açık düşünmeyi tercih etmesidir. Hayatımızda deneyimlediğimiz iyi veya kötü olaylara karşı fazla tepki verilmesini engeller ve olayları yargılamadan kabul görmeyi sağlar (Baysal ve Demirbaş, 2012; Germer, 2004). Bilinçli farkındalık o anda ortaya çıkan her şeyi yargısızca kabul etmektir. Ortaya çıkan deneyimlerin iyi veya kötü, hoş veya hoş olmayan olarak yargılamadan kabul etme biçimidir. Bilinçli farkındalığın başka bir eylemi ise yalnızca

yapabildiklerinin değil, yapabileceklerinin de farkında olması ve kendisine bu doğrultuda strateji belirlenmesinde etkilidir. Kısacası bilinçli farkındalık bireyin hangi bilgilere sahip olup olmadığına bilincinde olması, zihin aşamalarının kontrolünü elinde tutması, öğrenmenin sorumluluğunu ve kendine uygun öğrenme becerilerinin farkında olması, kendi kendini değerlendirip uygun planlamaları yapabilme farkındalığına sahip olması, ve bu süreçleri yargısızca kabul edip değerlendirme, yönetme becerisine sahip olması aşamalarında yardımcı olmaktadır (Akın ve Çeçen, 2014; Bağçeci vd., 2011; Naik et al., 2013).

2.1.3. Bilinçli Farkındalık ve Faydaları

Bilinçli farkındalık kavramının hem ruhsal hemde fizyolojik olarak faydaları mevcuttur. Bilinçli farkındalık sırasında zihnin süreçlerini gözlemleyip izin vererek deneyimleri fark etmeye ve bunlara tepki vermeye yardımcı olup anın farkına varılmasında etkili olur (Black, 2010). Bilinçli farkındalık otomatik pilottan çıkıp şu anda yaşanan olaylara daha bilinçli karar verme konusunda yardımcı olur. Duygularımızın farkına varılmasında ve duygularımızın aşırı yükselmesine izin vermeden kontrol edip farkına varılmasında son derece önemli yere sahiptir. Örneğin öfke durumunda öfkeyi yükseltip birine yansıtmadan önce öfkeyi hafifken yakalayıp daha kontrollü ve bilinçli bir şekilde dağıtmaya yardımcı olur (Naik et al., 2013).

Duygularımızı düzenlemede önemli bir yere sahip olan bilinçli farkındalık, başkalarının ve bireylerin kendi duygularının farkında olup doğru algılamalarında ve düzenlemelerinde etkilidir (Koole, 2009; Schutte and Malouff, 2011). Bilinçli farkındalık bireyin şimdiki anda yaşanan olayları yargılamadan tüm dikkatini vererek algılamasına, doğru tepki vermesine ve belirli pratik uygulamaları ile geliştirmesine yardımcı olur (Zümbül, 2021). Amerikan Psikoloji Derneği'ne göre bilinçli farkındalığın çeşitli faydaları mevcuttur. Bu faydalar fiziksel, ruhsal ve maneviyat başlıkları şeklinde toplanmıştır (Davis and Hayes, 2011).

Fiziksel faydaları; stres ile ilgili hastalıklara karşı daha dirençli olmayı, daha düzenli kan basıncı olması, gelişmiş bir bağışıklık sistemi, beyin yorgunluğu ve sinirsel olayların düzenlenmesi şeklindedir.

Ruhsal faydaları; bireyin zihin farkındalığına sahip olmasında, stres, depresyon gibi olumsuz duygu durumlarının önemli derecede azaltılmasında, daha dikkatli çalışma ve odaklanmada, dikkati dağıtan düşüncelerin azalmasında, aşırı duygusal

tepkilerin verilmesinin önlenmesinde, empati-şefkat ve vicdani duyguların artması gibi konularda önemli faydaları mevcuttur.

Manevi faydaları; öz-anlayışın artmasında ve bireyin kendini kabul etmesinde, başka bireyleri yargılamadan kabul edilmesinde, empati ve şefkat duygularının artmasında, ahlak duygusunun artmasında, bireyin cesaretlenmesinde, otomatik pilottan çıkıp davranışların kontrol edilmesinde ve bireyin öz disiplininin artmasında önemli yere sahiptir (Naik et al., 2013).

2.1.4. Bilinçli Farkındalığın İş Yaşamında Faydaları

Bilinçli farkındalığın birçok alanda olduğu gibi iş yaşamında da faydaları mevcuttur. İş yaşamında bilinçli farkındalığı yüksek olan bireyler kişilerarası iletişim kurmada daha başarılıdır (Hunter and McCormick, 2008). Bilinçli farkındalık uygulamalarının hemşirelerin hasta bireylerle etkileşim kurmasında ve terapötik iletişim kurmasında, iletişimin kopmadan devam etmesinde ve geliştirilmesinde önemli bir yere sahiptir (Rasheed, 2015). Bilinçli farkındalık uygulamaları iş kalitesi ve performansı olumlu yönde etkiler (Karavardar, 2015). İş hayatında farkındalığa sahip hemşireler rol ve sorumluluklarını bilip yerine getirmede, uygun bakım ve tedaviyi planlayıp uygulamada daha başarılıdır (Rasheed, 2018). Bilinçli farkındalığa sahip bireylerin çalışma arkadaşlarıyla uyum içinde olmasına; hemşirelerin önyargılarının farkında olmasına, hastalara ve hasta yakınlarına olumsuz duygu durumlarının yansıtılmasının engellenmesi konusunda daha başarılı oldukları söylenebilir (Rasheed, 2018; Ventrella, 2016).

2.1.5. Bilinçli Farkındalık Tutumları

Bilinçli farkındalık, fark ettiklerimizi nasıl bir tutumla ele alabileceğimizi bize öğretir. Yargılarımızı fark etmeyi, algılarımızın içindeki geçmiş ve gelecek etkilerini görmeyi, acı zamanlarında kendimize ve başkalarına karşı şefkatli olabilmeyi ve kabulü öğretir (Naik et al., 2013). Bilinçli farkındalıkta bazı tutumların sergilenmesi, içinde bulunduğumuz anın farkındalığına sahip olmamızı artırır. Anın farkındalığına sahip olmak, dikkati o yöne yöneltmek tek başına yeterli değildir. Şimdiki ana odaklanırken, yoğunlaşmış dikkat ile birlikte, gözlemlemeye, algılamaya başlanan hisleri, deneyimleri, düşünce ve duyguları belli bir tutumla ele almak önemlidir. Yargılamama mevcut anda yaşanan düşüncelere, duygulara ve görüşlere; hoşlanılan

ya da hoşlanılmayan durumlara kapılmadan gözlemlene olayıdır (Atalay, 2019; Bernstein, 2019).

Bu doğrultuda Kabat-Zinn (1990), bilinçli farkındalık becerilerinin alt yapısını oluşturmak için bazı temel tutumların geliştirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Bu tutumlar; yargılarımızı fark etmek, kabul, güven, sabır, şefkat, başlangıç ruhu, akışına bırakmak (Aktepe ve Tolan, 2020; Atalay, 2019; Kabat-Zinn, 1990).

2.1.5.1. Yargılarımızı Fark Etmek

Belli bir yaşam rutinine sahip olan bireylerin karşılaştığı veya yaşadığı herhangi bir deneyime yargılamadan tepki vermesi neredeyse imkansızdır. Bu durum bilinçli olarak yapılan bir şey değildir, kendiliğinden gelişen bir durumdur (Atalay, 2019; Özyeşil, 2011). Zihin gördüğü her şeyi kategorize eder, analiz yapar ve yargılar. Zihnimizin bir bölümü deneyimlerimizi devamlı bir şekilde değerlendirip karşılaştırma eğilimindedir (Akçanat ve Köse, 2018; Atalay 2019). Çoğu her şey için zihnimizin sınıflandırması ve etiketlendirmesi vardır. Bu sınıflandırmalar farkında olmadan otomatik olarak gerçekleşir. Karşılaşılan durumlar veya kişiler “iyi” olarak yargılanabilir çünkü karşılaştığımız anda bize iyi hissettirmişlerdir. Bu durumun karşısı olarak kötü hissettiren durum veya kişiler için “kötü” yargılaması yapılır. Bireye hiçbir şey hissettirmeyen şeyler içinde “nötr” sınıflandırılması yapılır. Zihnin bu şekilde sınıflandırma yapması algılanan olayların tanınmasında yardımcı olur fakat olayların netlik kazanması için yargıların farkında olmak gerekir. Yargılama alışkanlığından ortaya çıkan otomatik tepkilerin farkında olmak son derece önemlidir. Yargılarımızın farkına varmak otomatik tepki vermemizin önüne geçer. Yani yargılamamak hiçbir şey hakkında düşünce sahibi olmamak ya da her şeyi iyi yönleri ile görmek, kötü yönlerini görmemek değildir. Hoşumuza giden durumlarda veya hoşumuza gitmeyen durumlarda verdiğimiz tepkilerin farkında olmak, yargılarımızı fark etmek gerekir. Yargılarımızın farkına vardığımızda hemen durdurmak zorunda değil buradaki önemli nokta yargılarımızı fark etmektir (Bernstein, 2019; Özyeşil, 2011).

2.1.5.2. Kabul

Zihin çoğu zaman hoşuna gitmeyen duyguları bastırmaya, yaşadığı zor durumlardan uzak durmaya çalışır. Bu doğrultuda kabul, kendimizi tüm gerçeklikle algılama durumuna teslim olma olarak tanımlanır (Kabat-Zinn, 1990). İnsanlar

çoğunlukla kendilerine sıkıntı ve acı veren duygular ve düşüncelere sebebiyet veren durumlardan uzak durarak, onları yok sayarak, görmezden gelerek kurtulabileceklerini düşünürler. Fakat duyguları ve düşünceleri yok etmenin, görmezden gelmenin olanağı yoktur. Olumlu duygu ve düşünceler kadar olumsuz olarak nitelendirdiğimiz duygu ve düşünceler de bize aittir. Bunları yok saymak veya bastırmak zamanla bize zarar vermektedir (Demir, 2014).

Yaşanılan bütün şeylerden hoşnut olmak zorunda değiliz. Fakat bunları ilk önce yargılamadan ve reddetmeden olduğu gibi kabul ettikten sonra değişim başlayacağını bilmeliyiz (Bodian, 2006). Karşılaştığımız birçok problem korku, kaygı, üzüntü, depresyon ilişkilerde yaşanan zor durumlar gibi deneyimleri ve bu deneyimlerle ilgili duygu ve düşünceleri kabul etmeyi reddetmekten kaynaklanır. Kabul edildiği zaman ise bu problemlerle daha sağlıklı baş etmeyi sağlar (Siegel, 2010). Kabullenme hoşnut olmayan durumlara, duygulara ve düşüncelere de olanak sağlar. Şu an odaklı, anlayışlı, merhametli ve şefkatli bir şekilde problemlerle uzlaşır. Kabullenme davranışların ya da durumların değiştirilmesine öncülük eder. Bilinçli farkındalık var olan biten her durumu algılayıp, olduğu şekilde kabul etmenize olanak sağlar (Demir, 2014; Siegel, 2010).

2.1.5.3. Sabır

Bilinçli farkındalığın temel tutumlarından biri de sabırdır. Sabır bulunduğumuz an içinde bize ek zaman tanır ve durumların olağan akışına izin verir. Bu sayede zihin durumlar karşısında meşgul olma durumundan dinlenme, olayları gözlemleyebilme durumuna geçer (Ninivaggi, 2019).

Sakin ve yavaş hayatlar yerine çok hızlı, yoğun bir tempo içinde, çevreden fazla uyarının olduğu bir hayatın içinde yaşamak zorunda kalan ve bu hayatı kontrol altında tutmaya çalışan insanlar vardır. Fakat sabretmek her şeyi kabul etmekle birlikte şu anda yaşanan deneyimin farkındalığını arttırırken bir taraftanda geçen zamanın farkında olmamıza ve her şeyin zamanla olabileceğine, değişime uğrayabileceğine fark etmemize olanak sağlar (Atalay, 2019). Sabırlı birey her şeyin bir vakti olduğunu ve o vakitte gerçekleşmesi gereken her şeyin gerçekleşeceğini farkındadır. Sabır, bilgeliğin bir bileşenidir (Özyeşil, 2011).

2.1.5.4. Anda Kalabilme

Zihnimiz çoğu zaman geçmiş veya gelecekle meşgul olma durumundadır. Bilinçli farkındalık bu durumun farkındalığını arttırmaya yönelir. Burada önemli olan geçmişe ya da geleceğe gitme eğiliminde olan dikkatimizin farkında olup şimdiki ana odaklanma bilmektir (Atalay, 2019). Örneğin günlük rutinlerimiz içinde sabah kalkıp elimizi yüzümüzü yıkarken ne yiyeceğimizi, ne giyeceğimizi düşünürüz. Ya da bir hemşire bir hastanın tedavisini hazırlarken başka bir hastanın tedavisini düşünür. Farkında olmadan şimdiki andan uzaklaşıp geçmiş ya da geleceği düşünürüz. Bu gibi durumlarda durmak, otomatik pilotta olduğumuzun farkında olmak ve dikkatimizi nazikçe, şefkatle şimdiki ana getirmek bilinçli farkındalık için son derece önemli bir tutumdur (Atalay, 2019; Özyeşil, 2011).

2.1.5.5. Başlangıç Ruhü

Başlangıç ruhu bilinçli farkındalık tutumları arasında önemli bir yere sahiptir. Her bir deneyim diğer deneyimlerle benzerlik gösterse de özünde farklılıklar içerir (Aktepe ve Tolan, 2020). Başlangıç ruhu şimdiki anın kendine özgü yapısını anlamak ve o anı ilk defa deneyimler gibi heyecanlı, meraklı bir şekilde anlamamıza yardımcı olur. Dünyayı ilk defa keşfetme ruhu da denilebilir (Aktepe ve Tolan, 2020; Ninivaggi, 2019; Tsang et al., 2012). Bireyler bu sayede otomatik pilottan çıkıp deneyimi ilk defa yaşıyor gibi merakla olayı algılamaya ve yargılamadan kabullenmeye başlar. Zamanla rutinleşen hayat merakı, heyecanı azaltabilir. En çok yapılan günlük aktiviteleri, her gün gördüğümüz kişileri daha az fark etmeye başlarız. Çünkü zihin onları bildiğimizi düşündürür. Böylelikle farkındalıktan otomatik pilota doğru bir geçiş yapılır. Başlangıç ruhu bu gibi durumların önüne geçip daha önce fark edemediğimiz durumların farkına varılmasına yardımcı olur (Atalay, 2019; Bernstein, 2019).

2.1.5.6. Şefkat

Şefkat, acı olduğunda onu dönüştürmek, bastırmak veya hissetmemekle alakalı değildir. Kendimizi ve başka bireyleri üzen, sıkıntıya sokan, hoş olmayan duygu ve durumları bastırmadan, görmezden gelmeden ya da bu duygu ve durumlarla bütünleşmeden olduğu gibi kabul edebilmeyi içerir. Şefkati;

- Başkalarına duyulan şefkat
- Başkalarından bize gelen şefkate açık olabilmek,

- Kendimize karşı şefkatli olabilmek (öz-şefkat) olarak sınıflandırabiliriz (Atalay, 2019).

Bilinçli farkındalığa sahip bireyler acı ve hoş olmayan duygu ve durumlarla karşılaştıkları zaman bu duygu ve durumların üzerine yoğun bir şekilde odaklanıp anlam yüklemek yerine olayların farkında olup, şefkat göstererek, yargılamadan kabul edip çözüm bulma yoluna giderler (Deniz vd., 2008; Yağbasanlar, 2017).

2.1.5.7. Akışına Bırakmak

Akışına bırakmak kabul etme becerisinin tamamlanmasına yardımcı olan bir beceridir (Kabat-Zinn, 1990). Bazı şeyleri akışına bırakmak, her şeyin gelip geçici olduğunu görebilmek, düşünmemek ve onunla bütünleşmemektir. Boş vermek, önemsememek değildir. Sadece zihnimizin içinde yer edinen olayın farkında olmak ve onlara karşı mesafe koymaktır. Bunu yapabilme yolu ise şimdiki ana odaklanmaktır. Bu yüzden deneyimlerimizin hakkında düşünmek yerine, geçmiş ve gelecek bağlantılarını anlayıp akışına bırakmak gerekir (Atalay, 2019).

2.1.6. Bilinçli Farkındalık Kavramının Kuramsal Temelleri

2.1.6.1. Psikodinamik Psikoterapi

Psikodinamik kuramcılar Budist psikolojiye Carl Jung döneminden itibaren önem vermeye başlamıştır (Özyeşil, 2011). Psikodinamik psikoterapi bireyin bilinçaltında gerçekleşen rüyalar, arzular gibi duygu durumlarına yönelerek farkına varmasına yardımcı olmaktadır (Özlem, 2020). Psikodinamik yaklaşım ve bilinçli farkındalık asıl istenilen şey bireyin kendisi ve başka bireyler hakkındaki farkındalık düzeyinin oluşturulmasıdır (Güler ve Usluca, 2021). Psikodinamik psikoterapistler davranışçılardan önce bilinçli farkındalığı keşfetmişlerdir. Psikanaliz ve bilinçli farkındalığın iç dünyaya yönelik müdahaleleri vardır. Her ikisinde de bilinçaltı süreçlerinin öneminin altı çizilmiştir (Özyeşil, 2011). Psikodinamik kuramcılar zihnin çalışma şekline odaklanıp çalışmalarını bu yönde ilerletmişlerdir. Bilinçli farkındalıkla ortak noktası buradan kaynaklanmaktadır. Bilinçli farkındalık da olduğu gibi psikodinamik kuramda da özgürlüğün zihnin yalın ve gözlemsel farkındalıkla olabileceği savunulur (Akçanat ve Köse, 2018; Johanson, 2006; Ülev, 2014).

2.1.6.2. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi

Bilişsel davranışçı psikoterapiye göre bireylerin duygu durumlarını belirleyen şey yaşanan olaylar değil, olaylara karşı yaptığı değerlendirme ve düşünce tarzıdır. Bireyin düşüncelerini gözlemlemesi, bilinçli farkındalığın önem verdiği iç gözlemle ortak bir noktada buluşmasına fayda sağlar (Özyeşil, 2011; Yıldırım, 2020).

Bilişsel davranışçı terapi ile bilinçli farkındalık terapilerinin ortak hedefleri vardır. Bilişsel davranışçı terapi bireyin yaşamış olaylar karşısında birbirinden farklı düşünceler oluşturmaya yardımcı olur. Bu süreci gerçekçi ve tarafsız bir durumda değerlendirip psikolojik iyi oluş durumunu sağlamaya çalışır. Bilinçli farkındalık ise bireyin yargılayıcı olmadan şimdiki ana odaklanmasını ve duygu durumların işlevsel bir şekilde biçimlenmesini sağlar. Bilinçli farkındalık ve bilişsel davranışçı terapi teknikleri ve bilinçli farkındalık uygulamaları düşünceleri davranışlara ve duygulara yönlendirme konusunda benzer yapıdadırlar (Miller et al., 1995; Yıldırım, 2020,). Bu iki yaklaşımı birbirinden ayıran nokta ise benzer hedeflere farklı yollardan ulaşmaya çalışmaktır. Bilişsel davranışçı terapi, bozuk düşünce yapısının sorunlara yol açtığını ifade ederek bu düşüncelere alternatif yollar bulmaya çalışır (Kabat-Zinn, 1994). Bilinçli farkındalıkta ise bireyin negatif düşüncelerinin kendi zihninin ürettiği düşünceler olarak algılanması ve bu düşünceleri olduğu gibi kabul görmesini ister. (Miller et al., 1995).

2.1.6.3. Gestalt Psikolojisi

Farkında olmak kavramı yaşanan anda kalmak ve bu anı sürdürmeyi gerektirir. Farkındalık yetisi gelişmiş bireyler o anda ihtiyaç duyduğu şeyin farkındadırlar ve bu ihtiyaçları karşılamak amacıyla elindeki kaynakları ne şekilde kullanacağına odaklanırlar (Demir, 2014; Yıldırım, 2020). Gestalt psikolojisinin en önemli amaçlarından biri farkında olmaktır. Gestalt kuramında şekil-zemin bağı vardır. Şekil bireyin algıladığı ve o anda dikkatini çeken şeydir ve nettir. Zemin ise bu algının dışında kalan her şeydir. Bireyin dikkati farklı yönlere kaydığında şekil-zemin ilişkisinde kayacaktır. Gestalt kuramına göre bu süreçlerde oluşabilecek tüm aksaklıklar bireyin ihtiyaçlarının farkında olamamasından kaynaklanır. Yani farkındalık sürecinde oluşabilecek herhangi bir aksaklık bazı sorunlara yol açabilir (Çelikler, 2017). Gestalt Psikolojisi anda kalabilmek için kontrol odaklı dikkat yerine,

rahatlatılmış dikkatle, yargılamadan olduğu gibi kabul etmeyi ve merak duygusu içinde olmayı gerektirir (Brown et al., 2007; Ülev, 2014).

2.1.6.4. İnsancıl Terapi

İnsancıl kuram bilinçli farkındalık ile ortak noktalara sahiptir. Bilinçli farkındalık da olduğu gibi insancıl kuramda bireyin anda kalabilmesini, deneyimlerinin bilincinde olabilmelerini, her şeyin sorumluluğunu alıp olduğu gibi kabul etmesini ister (Shahrokh and Hales, 2003). Hümanistik kuramdaki önemli isimlerden Rogers, bireyin kendi duygularını ve düşüncelerini korkusuz ve özgür bir şekilde keşfedip kabul etmeyi temel görüşlerinden biri olarak savunur (Dryden and Still, 2006). Hümanistik terapi bireyin kötü deneyimlerini azaltmaya çalışmaktan çok bu deneyimlerin farkında olmayı ve kabul edip içsel dönüşüme olanak sağlamasına yardımcı olur (Dryden and Still, 2006; Ülev, 2014). Hümanistik temelli terapiler tanısal uygulamalar içermemesi, temelinde yargılayıcı olmadan empatik görüşe önem vererek deneyimleri kabul etmesiyle bilinçli farkındalıkla ortak yönlere sahiptir (Çelikler, 2017). Hümanistik psikoterapi bireyin iyi ve kötü yönlerini temel alır. Birey iyi yönlerini sevdiği kadar olumsuz ve kötü yönlerini de benimseyip bir parçası olduğunu kabul etmelidir. Bu sayede birey geleceğe yönelik kaygılarını öğrenir (Özyeşil, 2011). Bu kuram bireyin varolan her şeyin kabullenmesini ve sağlıklı düşünmesini sağlar (Akçakanat ve Köse, 2018).

2.1.6.5. Varoluşçu Psikoterapi

Varoluşçu kuramcılara göre birey özgürdür ve kendi deneyimlerinden kendisi sorumludur (Çelikler, 2017; Demir, 2014). Bu kurama göre insan sürekli bir anlam arayışı içindedir. Varoluşçu psikoterapiye göre evrende insandan başka kendi varlığını yaratan başka bir varlık yoktur. Birey insanlığını kendi oluşturur ve nasıl oluşturursa öyle var olur. İnsan var olduğu andan itibaren evrende yaşam başlamıştır. Yaşama anlam katan yaşamın içinde var olan insandır (Corey, 1990; Demir, 2014). Varoluşçu kuram bireyin başına gelen olumsuz deneyimleri kabul eder ve bu durumun farkındadır. Varoluşçu terapi anda kalabilmek ile etkileşim halindedir. Bireye yönelik yüklenen anlam ve bakış açısı ile bilinçli farkındalık ile paraleldir (Çelikler, 2017).

2.1.6.7. Bilinçli Farkındalık ve Stres

Stres kavramı Latince kökenli “*estrica*” ve Fransızca kökenli “*estrece*” kelimelerinden doğmuştur. 17. yüzyılda felaket, musibet, bela gibi anlamlarda

kullanılmıştır. 18. ve 19. yüzyıldan itibaren ise farklı bilim dallarında kullanılmaya başlanmış ve kavrama yeni anlamlar yüklenmiştir (Altuntaş, 2003; Gökler ve Işıtan 2012). Bireye, organizmaya, nesnelere ve psikolojik yapıya yönelik kullanılmaya başlayan stres kavramına güç, zorluk ve baskı gibi anlamlar yüklenmiştir (Kaba, 2019). Stres kavramının bu denli farklı bilim dallarında farklı anlamlarda kullanılması tanım yapılması konusunda zorluk çıkarmıştır. Stres dilimizde fazlasıyla yer edinmiş olup, günlük hayatımızla, işimizle bütünleşen bir kavram haline gelmesine rağmen anlamı çok bilinmemektedir. Yapılan tanımlar arasında Hans Selye'nin tanımı en çok kabul görenler arasındadır. Selye'ye göre stres iç ve dış uyarılara karşı(kaygı, korku, soğuk, sıcak vb,) yaşamsal becerilerin dengesinde değişikliklere yol açan uyarıcılara karşı organizmanın bu değişime karşı otomatik olarak bir tepki vermesidir. Stres en basit tanımı ile vücudun iç ve dış uyaranlara karşı verdiği otomatik bir tepki olarak tanımlanabilir. Bu tanım doğrultusunda bedenin, oluşabilecek olumlu ya da olumsuz her türlü değişime uyum sağlamak için gösterdiği tepki de denilebilir. Selye'ye göre stres yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır ve stres iyi yönetilmezse iyi sonuçlar olabileceği gibi kötü sonuçlara yol açabilir (Selye, 1974).

Selye (1974) 'ye göre stres 3 dönem halinde ortaya çıkmaktadır. Bu 3 dönemde birbirinden farklı semptomlar gösterir. Bu dönemlerde verilen tepkilere savaş ya da kaç tepkisi adı verilir.

I.Dönem Alarm Dönemi:

Stres yaratan herhangi bir durumla karşılaşıldığında vücut alarm dönemine geçer. Şok aşaması ile başlayan bu dönemde salgı bezleri uyarılarak kana bol miktarda adrenalin salgılanır. Vücut oluşabilecek olası durumlar için kendini hazırlamaya başlar. Adrenalinin etkisi ile kan akımı, oksijen alımı, kalp hızı artarken göz bebekleri küçülür. Bu değişimler bireyi savaş ya da kaç tepkisine hazırlar. Bir süre sonra kişi ikinci döneme geçer (Aştı ve Karadağ, 2014; Güçlü, 2001).

II.Dönem Direnç Dönemi:

Bu dönemde vücutta oluşan tepkilere ayak uydurulur ve alarm evresi ortadan kaldırılır. Beden zıt tepkilerle dengeye geri dönmeye çalışır. Salgılanan hormonların etkisi ile kalp hızı, kan akımı, oksijen alımı ve gözlerde küçülme normale döner. Fakat stres yaratan etken ortadan kaldırılmamış ise beden dengesini geri kaybeder. Ve üçüncü aşamaya geçer (Aştı ve Karadağ, 2014; Paşa; 2007).

III.Dönem Tükenme Dönemi:

Bu dönemde beden stresin etkilerine fazla dayanamaz ve dengeyi kaybeder. İlk dönemde çıkan belirtiler tekrar ortaya çıkar. Bu belirtilerin ve stresin etkisiyle organik ve ruhsal hastalıklar ortaya çıkar hatta bu hastalıklar kronik olabilir. Stres yaratan etkenler ortadan kaldırılmazsa ölümle sonuçlanabilir (Aştı ve Karadağ, 2014; Gökler ve Işıtan, 2012). Strese neden olabilecek etkenler bireyden bireye farklılık gösterir. Çünkü etken olarak görülen stres kavramı herkeste aynı şekilde sonuçlanmayabilir. Stresin oluşması için bireyin rutin yaşamsal işlevselliğinde dengeyi bozacak bir takım etkenler olması durumudur.. Bunlar bireyin özel hayatındaki değişiklikler, iş hayatındaki değişiklikler, herhangi bir sağlık sıkıntısının yaşanması gibi olağan dışı değişkenlerin olmasıdır (Albayrak, 2020). Stres ortamda neden olduğundan çok organizmanın strese verdiği yanıtın nasıl olduğuyla alakalı bir durumdur (Gibbons, 2012; Kaba, 2019).

Strese neden olan faktörler yedi ana başlık altında özetlenebilir.

1. Bireyin kendisi ile ilgili içsel ve dışsal stres faktörleri,
2. Kariyer geliştirme kaygısından kaynaklanan stres faktörleri,
3. Kişiler arası ilişkilerin oluşturduğu stres faktörleri,
4. Çalışılan örgütün yapı ve ikliminden kaynaklanan stres faktörleri,
5. Örgütteki rollerden kaynaklanan stres faktörleri,
6. Bireyin yaşadığı çevre ile ilgili stres faktörleri,
7. Bireyin yaşadığı toplum ile ilgili stres faktörleri (Gökler ve Işıtan, 2012; Okutan, 2002).

Stres verilen belirtiler her bireyde farklılık gösterebilir. Stres yaşayan bireylerde belirtiler fizyolojik ve psikolojik olarak sınıflandırılabilir. Fizyolojik belirtiler; nefes almada zorluk, tansiyon yüksekliği, sindirim sistemi sorunları, terleme, kilo kaybı, düzensiz uyku periyotları, kalp çarpıntısı, baş ağrısı gibi semptomlar sayılabilir. Psikolojik belirtiler; kaygı, duygusallık, telaş, boşvermişlik, alınganlık, çok çabuk sinirlenme, korkma gibi semptomlar sayılabilir (Aydın 2008; Kaba, 2019). Stresin oluşturmuş olduğu fizyolojik ve psikolojik tepkilerle bireyler çeşitli yollara başvurarak başa çıkma yöntemleri elde etmişlerdir. Stresle başa çıkma yöntemleri arasında son yıllarda popüler olan Bilinçli Farkındalık çalışmaları gelmektedir. Yapılan

araştırmalar bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin stresi azaltmaya yönelik kullanılmasında psikolojik iyilik halinin ve fizyolojik iyilik halinin olumlu yönde değişmesine olanak sağlamaktadır (Shapiro et al., 2007).

Bilinçli farkındalık anda yaşanan her şeyin yargısızca kabul edilmesini savunduğu için bireye stres etken olan problemle başa çıkması konusunda olanak sağlamaktadır. Bilinçli farkındalık temelli yapılan çalışmalarda bireyin stresle başa çıkmasında ve stresi azaltmasında önemli yeri olduğunu kanıtlayan çalışmalar mevcuttur (Shapiro et al., 2007; Arslan, 2018). Bireyin anın farkında olması, anda yaşananları yargısızca kabul etmesi, ne istediğini bilmesi duygu ve düşüncelerinin farkında olması stresle başa çıkma konusunda yardımcı olmaktadır (Arslan, 2018). Bireyin kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olması, strese etken olan belirtileri daha yakından tanınmasına, stres seviyesinin artmasını önceden fark etmesine yardımcı olur (Atalay, 2019).

Stresle başa çıkarken bilinçli farkındalık uygulamalarından biri olan bilinçli farkındalık temelli stres azaltma programı (Mindfulness-Based Stress Reduction/ MBSR) kullanılır. MBRS programı 1970'li yıllarda budist geleneklerine uygun Jon Kabat-Zinn tarafından kronik ve çeşitli hastalıkların tedavisinde kullanılmak üzere oluşturulmuş ve standartlaştırılmıştır (Sarazine et al., 2020). MBRS programı 8-10 haftadan oluşmaktadır. MBRS programında bireye anlık deneyim ve zihinsel süreçlerinin farkında olması ve bedensel farkındalığın artması gibi konularda, aynı zamanda günlük aktivitelerde farkındalığın yükseltilmesi; duygu ve düşüncelerin dalgalanmasının önüne geçilip farkına varılması gibi egzersizler bulunmaktadır (Van der Riet et ař., 2018; Taylor et al., 2016). Sağlık çalışanları için MBRS gibi farkındalık temelli programlarının stres, depresyon ve tükenmişlik gibi durumların önlenmesinde, yönetilmesinde ve mücadele edilmesinde önemli bir yeri vardır (Van der Riet et al., 2018).

2.2. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi

2.2.1. Hemşirelik ve Temel İşlevleri

Hemşirelik insanın varoluşuyla ortaya çıkmıştır ve çıktığı andan itibaren kendisini geliştiren profesyonel bir meslek grubu olmuştur. Hemşirelik ortaçağdan önce çok işleve sahip değilken ortaçağdan itibaren rol ve işlevleri artan bir meslek halini almıştır. 19. yüzyıla kadar sürekli değişen ve gelişen hemşireliğe; 19. yy da

Florence Nightingale tarafından büyük çalışmalara imza atılmıştır . Florence Nightingale modern anlamda hemşireliği ortaya çıkaran ilk kişi olmuştur (Ünsal, 2017). 1980’den itibaren hemşirelik benimsediği hümanistik ve holistik bakış açısı ile profesyonelleşmeye devam eden bilim ve sanattan oluşan bir meslek grubu halini almaya başlamıştır (Ay, 2015; Gedük, 2018). Varoluş amacı insanlara yardım etmek olan, bir sağlık disiplini olarak hizmet etmeyi amaçlayan hemşireliğin amacı; sağlıklı\hasta bireylerin ihtiyaçlarının giderilmesi için yardımda bulunmaktır. Bu yardımı yaparken holistik ve hümanistik bir bakış açısı ile yapmayı hedeflemektedir (Ünsal, 2017). Dünya Sağlık Örgütü (World of Health Organization-WHO) 1993 yılında hemşirelerin işlevlerini dört ana başlık üzerinde toplamıştır. Bu işlevler şunlardır;

“- Hemşirenin birinci işlevi, sağlıklı\hasta bireylere, aileye veya topluma koruyucu, tedavi edici ya da rehabilite edici hemşirelik bakımının ulaştırılmasıdır.

- Hemşirenin ikinci işlevi, sağlık ekibi üyelerinin, hizmet sunan diğer üyelerin ve hastaların eğitilmesidir.

- Hemşirenin üçüncü işlevi, üyesi oldukları sağlık bakım ekibinde etkin rol alarak çalışmaktır.

- Hemşirenin dördüncü işlevi, hemşirelik uygulamalarının geliştirilmesi için bilimsel araştırmalar yapmasıdır” (Ay, 2015; WHO. 1993).

Türk Hemşireler Derneği (THD) ise 1981 yılında hemşireliği şöyle tanımlamıştır: “Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini.” (Aştı ve Karadağ, 2014; Ay, 2015; THD, 1981). Hemşirelik mesleği geçmişten günümüze kadar kendini yenileyen, geliştiren ve birey-aile-toplumun sağlığı ile ilgilenen uygulamalı bir sağlık disiplini. Aynı zamanda bireyin ve toplumun sağlığını geliştirme , koruma ve iyileştirme süreçlerinde yer alan dinamik bir sürece sahiptir (Ay, 2015). Hemşirelik mesleği ile ilgili geçmişten günümüze kadar yapılan tanımlara bakıldığında bir çok ortak özelliğe sahip olduğu görülmüştür. Bu ortak özellikler;

-birey fiziksel, sosyo-kültürel ve psikolojik açıdan bütün olarak ele alınıp bütüncül bakım verilmelidir.

-hemşirelik mesleğinin temeli bilime dayalıdır.

-bireylere yönelik açık iletişim ve kişilerarası iyi bir ilişki olmalıdır.

-sağlık ve hastalık ile ilgili deneyimlerinde bireylere yardımcı olmak ve yol göstermek hemşirenin sorumluluğundadır.

-hemşire ekip çalışması yapmalıdır.

-mesleki gelişim konusunda hemşirenin sorumlulukları vardır (Aştı ve Karadağ, 2014; Ay, 2015).

Hemşirelik birden fazla sağlık personeli ile ortak çalışması nedeniyle multidisipliner bir yapıya sahiptir. Amacı bireyi iyileştirmek üzerine temellenmiştir (Yıldırım, 2014; Yürün, 2015). Bu yüzden her bir sağlık profesyonelinin değişen ve gelişen rolleri vardır. Hemşirelik mesleği sürekli kendini geliştiren bir meslek grubudur. Modernleşen çağ nedeniyle yetki ve sorumlulukları artmakta ve bu doğrultuda rol ve işlevleri bulunmaktadır. Bu yüzden hemşirelik mesleğininde değişen ve gelişen rolleri bulunmaktadır. Hemşireliğin bu rolleri mesleğin profesyonelleşmesinde önemli derecede yer almaktadır (Gedük, 2018). Bu roller; *bakım verici, eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici, savunucu, kariyer geliştirici, özerk ve sorumluluk sahibi olma rolüne ek olarak; iletişim ve koordinatörlük, rehabilite edici, rahatlatıcı, tedavi edici, danışman rolleridir* (Gedük, 2018; Taylan, 2012).

2.2.2. Hemşirelik Bakımı ve Bileşenleri

Bakım terimi günlük hayatımızda her alanda karşımıza çıkmaktadır. Bakım kavramı en genel tanımı ile; insanların yaşamla mücadelelerinde en minimum seviyede işlev görebilmeleri için mümkün olduğu kadar acıdan uzak yaşamalarına yardımcı olmak, yeteneklerini geliştirip sürdürmelerini sağlamak ve temel ihtiyaçlarını karşılamak üzere yapılan her şeydir (Karaca ve Durna, 2018). Bakım kavramı sağlık alanında hemşirelerin en temel işlevi olarak adlandırılır. Leininger hemşireliğinin temelini bakım olduğunu ve hemşireliğin kendine has özellikleri olduğunu vurgulamıştır (Aştı ve Karadağ, 2014). Leininger “ *bakım hemşireliktir ve hemşirelik*

bakımdır” diyerek bu iki kavramın aslında bir bütün olduğunu vurgulamıştır (Altıok vd., 2011; Karaca ve Durna, 2018).

Hemşirelik mesleği insan ve bakım kavramları üzerine temellenir. Hemşireliğin temel işlevi olan bakım; hasta ve hemşire arasındaki bağa ve bakım sürecine bağlıdır. Hastaların iyileşme sürecinde büyük bir öneme sahip olan, hastaların sağlık bakımında memnuniyetlerini etkileyen, sağlık-bakım kalitesinde artış olmasında önemli faktörlerden biridir. Hasta bireylerin gereksinimlerinin ve beklentilerinin farkında olmak verilecek hemşirelik bakımının kalitesini arttırır (İnce ve Bingöl, 2020). Bakım yalnızca hemşirelik mesleğine özgü değildir, fakat bakım hemşirelik mesleği için özgündür (Karaca ve Durna, 2018). Hemşireler bakım rolünü yerine getirirken birey/hasta odaklı çalışarak, bireye özgün bakım planı oluşturur ve karşılanma sürecinde yer alır (Aştı ve Karadağ, 2014). Hemşireler bu süreçte önce hastanın gereksinimlerini belirler, bu gereksinimleri karşılamak üzere gerekli planlamayı yapar ve uygular. Hastaya bütüncül bir bakım sunulur ve sağlık gereksinimleri karşılanır. Bakım verici rolünü gerçekleştirirken hemşire hastaya özgü bakım planı uygular ve hastanın sosyal, psikolojik ve fizyolojik iyilik durumunun kazanması konusunda yardımcı olur (Ay, 2015).

Bireyin yaşantısı ve hastalığının anlaşılması bakımın kalitesinde önemli bir yere sahiptir. Hastanın yaşantısı ve hastalığının anlaşılmaması bakım kalitesinin düşmesine neden olur. Bireylerin gereksinimlerinin tam olarak belirlenip karşılanamaması bakım sunulan bireye zarar verici sonuçlara yol açabilir. Bu yüzden hasta-hemşire ilişkisinin hemşirelik bakımı üzerinde etkisi çok fazladır. Dikkatsizlik, bilgisizlik, ihmal, uygulama eksikliği gibi yapılan tıbbi hatalar hastaların yaşamlarını tehlikeye sokacak ciddi sonuçlara yol açabilir. Bu durum bakım kalitesinin düşmesine neden olur (Dinç, 2010; Karaca ve Duran, 2018). Hemşirelerin bakım yaparken farkındalık düzeylerinin yüksek olması hasta-hemşire ilişkisi ve bakım kalitesinin yüksek olmasında önemli rol almaktadır. Hemşireliğin temel rolü olan etkili sunulan bakım; hastaların yatış sürelerinin azalmasında, işgücü ve maliyet kaybının azalmasında, olası hastalıkların ve komplikasyonların azalmasında etkili bir yere sahiptir (Yürün, 2015).

Travelbee’ye (1971), göre hemşirelik bakım süreci beş basamaktan oluşmaktadır;

1. Hemşire bireyin ihtiyaçlarını belirler. Hemşire birey ile etkili bir ilişki kurup bireyi tanır, anlar ve yardım etme isteğinde bulunur.
2. Hemşire belirlemiş olduğu ihtiyaçlarını birey ile işbirliği yaparak değerlendirir. Hemşire kendi duygu ve düşünceleri ile bireyin duygu düşüncelerinin farkında olup birey ile bu ihtiyaçları netleştirir.
3. Hemşire bu ihtiyaçların kim tarafından nasıl karşılanacağına karar verir ve gerekli yönlendirmeyi yapar.
4. Hemşirelik bakımı belirlenir ve hemşirelik girişimleri kararlaştırılır ve uygulanır.
5. Bireyin ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını değerlendirir. Uygulanan hemşirelik girişimlerinin kontrolünü yapar ve bireyin davranışları üzerindeki etkisini değerlendirir (Özcan, 2006; Yalçın ve Aştı, 2011).

2.2.3. Bakım Odaklı Hemşire – Hasta Etkileşimi

Travelbee'ye göre hasta-hemşire etkileşimi sürecinde “etkileşim” kelimesi, iki yada daha fazla bireyin karşılıklı birbirlerini etkiledikleri sözlü ya da sözsüz iletişimdir. Hemşire- hasta etkileşiminin; bireylerin birbirini tanıması, hastanın gereksinimlerini belirleyip karşılaması, hemşirelik hedeflerini uygulaması üzerine bazı temel hedefleri vardır. Peplau'ya göre ise hemşirelik kişiler arası süreçten oluşur. İki ya da daha çok bireyin karşılıklı iletişimde olması bu süreç için önemlidir (Biol, 2013). Etkileşim; iki ya da daha fazla bireyin karşılıklı birbirinden etkilendikleri, sözlü ya da sözsüz yollarla iletişimde buldukları her türlü durum olarak tanımlanabilir. Hemşirenin temel odağı insandır ve insana doğrudan hizmet vermeyi hedefleyen dinamik bir yapıya sahiptir (Yalçın, 2010). Hemşireler hastalarla en fazla iletişimde olan sağlık çalışanlarıdır (Parlayan ve Dökme, 2016). Hemşireler 24 saat hizmet sunan, bakım odağı hasta ile birebir yakın durumda olan meslek grubudur. Hastaya bütüncül bir bakım sunan hemşirelerin bakımın kalitesinin yüksek olması ve bazı sorumluluklarını yerine getirmek için hastayı yakından tanıması gerekir. Hastalarla etkili etkileşim için hemşirelerin iletişim becerilerinin iyi olması gerekmektedir. Hastaları bütüncül değerlendirmek, gereksinimlerini belirlemek, hastayı tanımak ve veri toplamak, tanı ve tedavide diğer meslek grupları ile işbirliği yapmak, hastayı dinlemek, anlamak ve en önemlisi kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olması gerekmektedir (Uyer, 2000). Hemşirelerin verdiği bakımın kalitesinin yüksek olabilmesi, terepötik ilişkiler kurup geliştirilebilmesi, işinden doyum alabilmesi için

en önemli koşul olarak kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olması ve kendini iyi tanıması söylenebilir (Karaca, 2010). Hemşireler kendi duygu durumlarının farkında olmaları için çeşitli yollara başvurumaktadırlar. Son zamanlarda popülerliği artan bilinçli farkındalık uygulamalar bunlardan bir tanesidir. Bilinçli farkındalık temelli uygulamaların hemşireliğe bir çok kazanımı vardır. Bu kazanımlar hemşirenin kendi duygu durumlarının farkında olup kontrol edilmesinden çevresinde bulunan bireylerin duygu durumlarının farkına varılıp yargılamadan kabul edilmesine kadar geniş bir yelpazedir (Rasheed, 2018). Hemşireler bu sayede kendi güçlü-zayıf yönlerinin farkında olup, hastaların eksik ve ihtiyaçlarını tanımada ve karşılama konusunda daha başarılıdır (Eckroth-Bucher, 2010; Rasheed 2018).

Hemşirelerin hemşire-hasta etkileşimleri üzerinde tutum ve davranışlarının etkili olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin hasta ile etkileşim halindeyken net, dürüst ve samimi olmaları gerekmektedir (Onat, 2019). Hastalar ile güven duygusunun kurulması, hasta ile konuşulup hastanın konuşmasına fırsat verilmesi iletişimin başlamasında önemli bir basamaktır. Hastayı samimiyetle iyi dinlemek, hastanın anlayabileceği şekilde sorular olmak, hastanın cevaplamak istemeyeceği konularda zorlamamak, alınan cevaplar doğrultusunda doğru ve samimi karşılık vermek, hastanın verdiği tepkilere yargılayıcı olmadan kabullenmek etkili iletişim kurmada önemli faktörlerdendir (Uyar, 2000). Hemşire-hasta etkileşimini etkileyebilecek başka faktörlerde vardır. Bu faktörler; eğitim, değerler, kültür, inanç, iletişim biçimi, yaş, cinsiyet, bilinç,ekonomik tutumların yanı sıra hemşire ve hasta bireylerin sahip olduğu temel tutumlardır. Bunların yanı sıra çevresel faktörlerde etkileşimde önemli yer edinmektedir (Yalçın ve Aştı, 2011). Hemşire-hasta etkileşiminde hemşirenin kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olması, şimdiki ana odaklanıp hastanın isteklerini algılayıp karşılması hasta bakım kalitesinin ve etkileşimin etkili olmasında son derece önemli faktörler arasında söylenebilir.

Hemşirelerin hasta bireylere bakım verirken hemşirelik uygulamalarını daha profesyonel daha sistemli bir şekilde kullanması bakımın kalitesini önemli derecede arttırmaktadır. Bu şekilde planlanıp uygulanan bakım hastaların gereksinimlerinin karşılanmasında büyük bir öneme sahiptir.(Kaya vd., 2010). Bakımda hemşirelik uygulamalarının daha sistemli verilmesi için bakım konusunda çeşitli kuramlar önerilmiştir (Biol, 2013). 1971 yılında Orem, bireye özgü bakımı ve öz bakım modelini oluşturmuştur. Bu model bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal

gereksinimlerini karşılayamadığı durumlarda hemşirelik bakımının olması gerektiğini vurgular. 1978’de Leininger kuramında hemşireliğin odak noktasının bakım olduğunu ve bu bakımın bilimsel bir çizgide olması gerektiğini savunur (Potter and Perry, 2008). 1979 yılında yayınlamış olduğu kuramında Watson bakımın bireye özgü ve eşsiz olduğunu savunurken kuramını holistik ve hümanistik değerler üzerine temellendirmiştir (Erikli vd., 2021). Watson İnsan Bakım Kuramı alt başlıkta açıklanmıştır.

2.2.3.1. Watson’un İnsan Bakım Kuramı (İBK)

Jean Watson hemşirelik üzerine önemli çalışmalar yapmıştır. Watson insan ve hemşirelik üzerine temellenen kuramını 1979’da yayınlamıştır. Bu modele göre birey zihin ve beden uyumunun, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olur (Korhan, 2019). Watson bakımın her birey için özel ve benzersiz olduğunu, bakımın her bireye özgü planlanması gerektiğini savunmuştur. Watson hemşirelik bakımının insancıl, bütüncül, bilinçli ve belli bir hedef doğrultusunda olması gerektiğide savunur. (Erikli vd., 2021). Jean Watson bakımın bedenle, akılla, ruhla, sosyal ve kültürel yönleriyle iki bireyin karşılıklı etkileşiminden oluşan; içinde bilimin, etiğin, estetiğin ve profesyonelliğin olduğu kişilerarası süreçten oluştuğunu savunmuştur (Aştı ve Karadağ 2014). Watson’un (2010) hümanistik ve holistik yaklaşımı olan İnsan Bakım Kuramı (İBK), hemşireliğin özünü, merkezini ve birleştirici odak noktasını hasta bakımı olarak kabul etmektedir (Şentürk vd., 2017). Watson’a göre manevi öz, hemşirelik mesleğinin ve bütüncül hemşirelik bakımının temelini oluşturur. İBK’ya göre manevi bakım, bireylerin manevi ihtiyaçlarının ve duygularının ifade edilmesini sağlamaktır (Onat, 2019; Watson, 2010).

Watson’un görüşünde hasta-hemşire ilişkisi bakımda vurgulanan ortak noktadır. Hasta-hemşire ilişkisi karşılıklı etkiye sahip olup birbirlerini hem olumlu hem olumsuz etkileyebilirler (Aştı ve Karadağ, 2014; Hoover, 2002; Fitzpatrick et al., 2005; Watson, 2010). Bakım bilinci iyileştirmeyi beraberinde getirirken hemşirelik bakım uygulamasının da kalitesini yükseltir (Aştı ve Karadağ, 2014; Potter-Perry, 2009).

Watson’un kuramın da hasta hemşire etkileşimini iyileştirecek 10 faktör bulunmaktadır. Bu faktörler *‘hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler, maneviyat’* tir.

Faktörlerin hepsi birbiri ile etkileşim halindedirler. İlk faktör olan hümanizm, hayatın ilk dönemlerinde kazanılır. İnsancıl ve alturistik değerleri benimseyerek kendine ve bireye sevgiyle şefkatle yaklaşmayı hedefler. Umut faktöründe ise inanç ve umut benimsetmeye çalışılarak hasta ile iletişim kurulup hastalığın durumuna göre hastaya bir amaç ve yön belirlenir (Aştı ve Karadağ, 2014; Atar ve Aştı 2012; Cossette et al., 2005; Özkan ve Okumuş, 2010), Üçüncü faktör olan duyarlılık ise hemşireler kendi duygularının ve duyarlılıklarının farkına vararak bireylere karşı daha içten duyarlı olurlar. Yardım edici ilişkiler faktöründe hemşire hastaya karşı yardım edici ve güven verici davranışlarda bulunurlar. Bu faktör empati yaparak dürüst ve samimi bakımı kapsar. Duyguların ifade edilmesi faktörü hem hemşire için hemde hasta için riskli bir deneyim sürecidir. Hemşirenin burada hasta tarafından gelebilecek negatif duygulara hazırlıklı olması gerekmektedir.(Aştı ve Karadağ, 2014; Tektaş, 2015). Sorun çözmede ise hemşire bilimsel problem çözme yollarını kullanarak hasta bakımını planlar ve uygular. Öğretim faktöründe ise hemşire hastayı durumu hakkında bilgilendirir, bireye kendi bakımını yapabilmesine, ihtiyaçlarını karşılamasına yardımcı olacak teknikleri öğretir ve gerekli eğitimleri verir. Hemşire diğer bir faktör olan çevrede ise bireye fiziksel, duygusal bütünlüğe sahip konforlu bir alan yaratmaya çalışır. Gereksinimler faktöründe ise hemşire hastanın temel gereksinimleri olan fiziksel, duygusal, ruhsal gereksinimlerini karşılama konusunda yardımcı olur. Son faktör olan maneviyatta ise hemşire yaşam ve ölüm durumlarında bireye güçlü yönlerini bulmasında yardımcı olur (Aştı ve Karadağ, 2014).

2.3. Bilinçli Farkındalık ve Hemşirelik

Hemşireler almış oldukları eğitim doğrultusunda, bilgi ve iletişim becerileriyle hizmetin bireylere sunulduğu bir meslek grubu olarak sağlık ekibinin içinde yer almaktadır. Hemşireler, bireylerle doğrudan temas halinde olan ve bireylere yakın, ulaşabilen, araştırmacı ve gözlemci, aynı zamanda da diğer ekip üyeleri ile koordinasyonu sağlayan kişilerdir (Engin ve Çam, 2005). Hemşirelerin bireyler hakkında bilgi sahibi olabilmesi için ilk başta kendilerini tanımaları, çevresinde bulunan diğer bireyler üzerinde bırakmış oldukları etkiyi anlamaları gerekir. Hastaların duyguları ile ilgilenirken hemşirelerin kendi duygu ve düşüncelerinin de farkında olup bunları doğru şekilde yönetebilme becerilerine sahip olmaları gerekir (Engin ve Çam, 2005). Hemşirelik mesleği bakım verirken bireyi tek başına ele almaz çevresi ile bir bütün halinde ele alır ve bu süreçte devamlı temas halindedir. Bu yüzden

hemşirelik bilinçli farkındalığın en üst düzeyde olması gereken bir meslektir. Hemşireler hasta ve hasta yakınları ile bir bütünlük sağlayıp, onların sorunlarını, gereksinimlerinin karşılanmasını sağlayarak bütüncül bir bakım verir. Hasta ile etkileşim durumunda olup bakım ve tedavi veren etken olabilmek için hemşirelerin öncelikle kendini tanıması, çevredeki bireyler üzerinde bırakmış olduğu izlenimi anlaması gerekir (Aşık ve Albayrak, 2021). Sağlık ekibi üyelerinden olan hemşirelik mesleği doğası gereği bakım verirken bireylere bütüncül yaklaşım halinde olduğu için üst düzeyde odaklanma gerektirir. Yapılan araştırmalarda çalışanların görevlerine odaklanamamaları, duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol etmede güçlük çekmeleri sonucu mevcut görevinin aksamasına ve stres düzeyinin artmasına sebep olacağını vurgulanmıştır (Mesmer-Magnus et al., 2017).

Hemşirelere yüklenen sorumluluklar; artan iş yükü, hemşirelik mesleğinin devamlı gelişmesi, şiddete maruz kalınması, mobbinge uğranması, duygusal tükenme, fazla çalışma saatleri gibi etkenler hemşirelerde yüksek strese, anksiyete ve depresyona sebep olmaktadır (Kara, 2019). Bu yüksek stres sonucu bakım ve tedavi vermede güçlük, hasta ve yakınlarıyla iletişim kuramama, hastanın sağlığını tehlikeye atacak hatalar yapılabilir. Bu yüzden hemşirelerin dikkatli olmaları ve farkındalık düzeylerinin yüksek olması gerekir.

Bilinçli farkındalık kavramı anı fark etmek ve şimdiki anda yaşamaktan ziyade şimdiki anda yaşananları fark edip bunları karşılama becerisidir. Bu doğrultuda bilinçli farkındalık kavramı zihnin algılaması ve algılananı kabul eden bir yaklaşımdır (Aşık ve Albayrak, 2021; Atalay, 2019). Bilinçli farkındalıkla içinde bulunulan şimdiki anda gerçekleşen olaylara verilen tepki daha kontrollüdür. Nötr, negatif ve pozitif olarak adlandırılan bu durum; bireyin daha az seviyede acı hissetmesi, daha iyi hissetmesi ve tüm deneyimleri ile daha sağlıklı etkileşim kurmasını sağlamaktadır. Birey bilinçli bir şekilde içinde bulunulan anda gerçekleşen olayları fark edip kendisini şimdiki anda hissetmektedir. Bu durumun tam tersi yani bireyin içinde bulunulan anda yaşananların farkına varmaz ve dikkat dağıtıcı duygu düşünceler içinde olursa bu durum bilinçsizlik olarak adlandırılır. Bireyler bilinçsizlik durumundayken kendisini şimdiki anın dışında geçmiş ve geleceğe yönelik düşünceler içinde bulur. Bu durumda ise yapılan işlerde sakarlıklar, yapılan işler dikkatsizlik ve mevcut durumu algılamada güçlük çekerler (Brown and Ryan, 2003; Menekşe, 2019). Bilinçli farkındalık; yargılarımızı fark etmek, kabul, güven, sabır, şefkat, başlangıç ruhu, akışına bırakmak gibi bazı temel

tutulardan oluşur (Atalay, 2019; Aktepe ve Tolan, 2020). Bu yüzden hemşirelerin hasta ve hasta yakınları ile etkileşim halinde bulunurken temel tutumların farkında olması ve bu tutumlar doğrultusunda etkileşim halinde olmalıdırlar. Bireyi psikolojik olarak değerlendirmek için özel yaşam, sosyal yaşam ve iş yaşamından oluşan boyutları ele alınır. Bu üç alanın herhangi birinde oluşan olumlu veya olumsuz bir durum diğer iki alanı da etkilemektedir. Bireyin hayatında olumsuz ve bireyi zorlayacak durumlar mutlaka vardır. Bireyler bu durumlar karşısında kaygı, korku, çaresizlik, stres gibi negatif durumlar hissedebilir. Bireylerin huzurlu bir yaşam oluşturmaları için bu üç alanda da dengeyi sağlaması gerekmektedir (Sapmaz, 2015). Bu noktada bilinçli farkındalık kavramı ortaya çıkar. Bilinçli farkındalığın bireylerin yaşadığı anksiyete, depresyon stres gibi olumsuz duygularla baş etme konusunda etkili olduğu söylenebilir (Arslan, 2018). Hemşirelik zor çalışma şartları, yorgunluk, uykusuzluk, mobbing, iş yükleri gibi etkenler sebebiyle çok stresli bir meslek grubudur (Mcallister and Lowe, 2011). Bilinçli farkındalık çalışanların iş yaşamında karşılaştıkları stres, kaygı gibi olumsuz durumlarla baş etmesinde yardımcı olan önemli bir konudur (Dana and Brummel, 2014). İş yaşamında karşılaşılan zorluklar bireyin psikolojik dayanıklılığını etkiler. Hemşirelik mesleği birçok risk faktörü ile karşı karşıya kalan, her durumda hastalara bütüncül bakım veren ve gereksinimlerini karşılayan profesyonel bir meslek grubudur. Bu yüzden hemşirelerin psikolojik dayanıklılıkları son derece önemlidir (Çam ve Büyükbayram, 2017; Gillespie et al, 2009; Mcallister and Lowe, 2011).

Hemşirelerin bilinçli farkındalığının üst seviyelere çıkarılması meditasyon ile mümkün olmaktadır. Meditasyon becerileri “inziva, biçimsel meditasyon ve belli bir biçimi olmayan meditasyon” olarak üçe ayrılmaktadır (Siegel, 2010; Menekşe, 2019).

Bilinçli farkındalık uygulamaları genel olarak 9 aşamadan oluşur (Menekşe, 2019; Şahin, 2018).

1. Birey nefes alıp verme kavramını anlaması ve nefes alışverişinin ne olduğunu öğrenmesi

2. Nefes alma ve verme işleminin yavaş ve daha uzun yapılması

3. Nefes almanın zihin ve beden arasında bir köprü olduğunun farkına varılması ve her nefes alışverişte vücudun biraz daha esnek hale getirilmesi

4. Nefes kullanılarak vücudun sakinleştirilmesi ve dikkatin vücuda çevrilmesi

5. Gülümseme ile yüz kaslarının esnek hale getirilmesi
6. Nefes ile vücudun tamamen rahatlaması
7. Nefes verirken mutluluğun hissedilmesi ve nefes alırken zihin ve beden ve buralardaki canlılığın farkına varılması
8. “Şu an ”ın yaşanması, mutluluğun ve hayatı şu anda olduğunun farkına varılması
9. Rahat bir şekilde dik duruşa geçilmesi.

Bilinçli farkındalık düzeyi artan hemşirelerin stres düzeyleri, depresyon ve anksiyete düzeylerinin azaldığı yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır (Arslan, 2018; Kara ve Ceyhan, 2017; Shapiro et al., 2007; Ülev, 2014; Yüksel, 2014). Hemşirelerin farkındalık becerileri kazanması, hemşirelere kendilerini hastalara karşı daha yeterli, hasta ve hasta yakınları ile sağlıklı iletişim kurmalarını, daha etkili bakım vermelerini ve bu durumdan doyum almalarını sağlar (Engin ve Çam, 2005; Maccalum, 2002).

Bilinçli farkındalığın iş hayatında birçok kazanımı vardır. İş birliği ve ilişkileri arttırma, mutluluk ve dayanıklılığı arttırma, performansı arttırma, liderlik, karar verme, yaratıcılık ve yenilik gibi konularda rol alan önemli bir konudur (Atalay, 2019). Bilinçli farkındalık kavramı; bireylerin iş yaşamlarında başarılı olmaları, güçlü-zayıf yönlerinin farkında olup kendilerini iyi tanımaları ve planladıkları hedeflere ulaşması konusunda önemli bir yer edinmektedir. Bilinçli farkındalık düzeyleri yüksek olan bireylerin öz-yeterlilik, öz-yönetim ve öz-düzenleme yetenekleri de yüksektir. Bilinçli farkındalığa sahip olan bireyler sabırla şimdiki an içinde yaşanan olayları şefkatle ve yargılamadan kabul eder, olayları akışına bırakırlar. Zihin ve bedenleri geçmiş ve gelecekte değildir, şimdiki andadır ve yaptıkları her şeyi neden yaptığının bilincindedir (Akçakanat ve Köse, 2018; Atalay, 2019).

Bilinçli farkındalık uygulamalarının hemşireliğe bir çok kazanımı vardır. Bu kazanımlar hemşirenin kendi duygu durumlarından çevresinde bulunan bireylerin duygu durumlarına kadar geniş bir yelpazedir. Farkındalık seviyeleri yüksek olan hemşirelerin kişilerarası iletişim kurmada, tedaviye girişimde, hemşirelik bakımı kalitesi artışın da daha girişken olduğu birçok çalışmada vurgulanmıştır (Aşık ve Albayrak, 2021; Rasheed, 2015; Rasheed et al., 2018; Varcarolis, 2018). Farkındalığı yüksek olan hemşirelerin kendi duygu durumlarının bilincinde, düşüncelerinin ve ön yargılarının farkındadırlar. Hemşireler kendi güçlü-zayıf yönlerinin farkında,

hastaların eksik ve ihtiyaçlarını tanımada ve karşılamada da etkilidir (Eckroth-Bucher, 2010; Rasheed et al., 2018).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tiptedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Samsun ili içinde bulunan, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜSUVAM) Hastanesinde gerçekleştirildi. Bu araştırma 15.02.2021-15.04.2021 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırma zaman olarak Covid-19 pandemi sürecine denk gelmiştir. Bu dönem hemşireler açısından daha önce karşılaşmadıkları ve deneyim sahibi olmadıkları özel bir zaman dilimidir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 15.02.2021-15.04.2021 tarihleri arasında Samsun ili içinde bulunan, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜSUVAM) Hastanesinde çalışan 900 hemşire oluşturmaktadır.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneğine, 15.02.2021-15.04.2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜSUVAM) Hastanesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 330 hemşire dahil edildi. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, literatür taranarak benzer çalışmalar doğrultusunda G*Power V 3.1.9.6 programı kullanılarak power analizi hesaplanmıştır. Araştırmanın %95 güven (1- α), %95 (1- β) ve -0,35 korelasyon değeri ile çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum örnek sayısı 100 kişi olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve akıllı telefon aracılığıyla sosyal medya hesapları (Facebook, Instagram ve Whatsapp) üzerinden gönderilen anketleri eksiksiz dolduran, veri toplama sürecinde hastanede çalışan klinik hemşireleri çalışmaya dahil edilmiştir. Anketleri doldurmak istemeyen ve anket sorularını yanıtlamadan gönderen hemşireler çalışmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişken

Hemşirelerin bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimi düzeyleri araştırmanın bağımlı değişkenidir.

3.4.2. Bağımsız Değişken

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve bilinçli farkındalık düzeyleri araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bilgilerin toplanması için araştırmacı tarafından oluşturulan “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”, bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını belirlemek için “Bakım Odaklı Hasta-Hemşire Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)”, bilinçli farkındalık düzeylerini belirlemek için “Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1 Verilerin Toplanması

Gerekli izinler alındıktan sonra 15.02.2021-15.04.2021 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜSUVAM) Hastanesinde çalışan ve araştırma kriterlerini karşılayan hemşirelerden yazılı ve sözlü onamları alındıktan sonra Google formlar aracılığıyla online soru formu olarak hazırlanan veri toplama araçları çevrimiçi olarak uygulandı.

Çalışmaya katılmak isteyen gönüllü hemşirelere veri toplama araçları akıllı telefon aracılığıyla sosyal medya hesapları (Facebook, Instagram ve Whatsapp) üzerinden ulaştırılarak verilerin toplanması sağlandı.

3.5.2. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak benzer çalışmalar doğrultusunda 9 sorudan oluşturulan bu formda hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği seçme nedenleri, kaç yıldır mesleği yapma durumları, kronik ve ruhsal hastalıklarının olup olmadığını araştıran sorular yer almaktadır (Aşık ve Albayrak, 2021; Bayraktar ve Eşer, 2017; Kaçmaz ve Çam, 2019).

3.5.3. Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeği (BOHHEÖ)

Cossette ve arkadaşları tarafından Watson'ın Bakım Kuramı temel alınarak 2005 yılında hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Atar ve Aştı tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçek 3 alt boyut (Önemlilik, Yeterlilik, Uygulanabilirlik) ve 10 rehber alt ölçek (1. *Hümanizm*, 2. *Umut*, 3. *Duyarlılık*, 4. *Yardım edici ilişki*, 5. *Duyguların ifade edilmesi*, 6. *Sorun çözme*, 7. *Öğretim*, 8. *Çevre*, 9. *Gereksinimler*, 10. *Maneviyat*) olmak üzere toplam 70 maddeden oluşmaktadır. 5 maddeli likert tipli ölçekte maddelerin ne derece önemli olduğu sorgulanmaktadır (*Hiç (1)*, *Biraz (2)*, *Orta Derece (3)*, *Çok (4)*, *Son Derece (5)*). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 70, en yüksek puan ise 350'dir. Bireylerin ölçekten aldıkları puan arttıkça, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine ilişkin tutum ve davranışları pozitif doğrultuda artmaktadır. Atar ve Aştı (2012).

Bu araştırmanın önemlilik boyutu Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı önemlilik boyutunda 0.91 çıkmıştır. Araştırmanın amacına uygun olan bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine bilinçli farkındalığın ne derece önemli olduğunu değerlendirmek amacıyla 5'li likert tipi ölçek boyutlarından 'önemlilik' boyutu ele alınarak veriler değerlendirilmeye alınmıştır (Atar ve Aştı, 2012; Cossette et al., 2005).

3.5.4. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ)

Bilinçli farkındalık ölçeği Brown ve Ryan tarafında 2003 yılında geliştirilmiştir. Bireylerin işlerini günlük aktivitelerine göre ne kadar dikkatli olduklarını değerlendirebilmek için geliştirilmiştir. 15 maddeden oluşan bu ölçek altılı likert tipli ("hemen hemen her zaman" dan, "neredeyse hiçbir zaman" a kadar) bir ölçektir. Ölçekten elde edilen toplam puan arttıkça bilinçli farkındalık düzeyi de artmaktadır. Türkçe uyarlaması Özyeşil vd. (2011), tarafından yapılmıştır. Ölçek hem orijinal dilinde hem Türkçe olarak iki öğrenci grubuna uygulanmıştır. İki form arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur ($r = .95, p < .001$; $r = .36, p < .001$). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.89 olarak hesaplanmıştır. 2011 yılında Çatak tarafından revize edilen ölçekten alınan toplam puan maddelerinin toplamının ortalamasına eşittir ve ortalamanın yüksek çıkması bireylerin bilinçli farkındalık düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir (Brown and Ryan, 2003; Çatak, 2011; Özyeşil vd., 2011).

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programları kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel testler için anlamlılık düzeyi (p) 0.05 olarak alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testler Tablo 3.1’de verilmiştir.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Değerlendirilen Özellikler	İstatistiksel Yöntemler
Verilerin normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi	Çarpıklık Katsayısı Basıklık Katsayısı
Hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesi	Yüzdelik Dağılımı Frekans Dağılımı
Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleriyle ölçek puanlarının karşılaştırılması	Bağımsız Örneklemelerde t-testi/Mann-Whitney U testi Tek faktörlü Varyans Analizi (ANOVA Testi)/ Kruskal Wallis-H Testi
Farklılıkların belirlenmesi (Post-Hoc testler)	Tukey HSD Testi Tamhane Testi
Ölçekler arasındaki ilişkilerin belirlenmesi ve açıklanması	Pearson Korelasyon Analizi Basit Doğrusal Regresyon Analizi

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu’ndan 25.11.2020 tarih ve 2020/794 sayılı izin ile onay alınmıştır. Çalışmada kullanılacak ölçeklerin kullanım izinleri için, ilgili kişiler ile e-posta üzerinden iletişim kurularak gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (OMÜSUVAM) Hastanesinde gerekli izinler alınmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm hemşirelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

3.8. Araştırmadaki Sınırlılıklar

Araştırmanın tek merkezde yürütülmüş olması, araştırma veri toplama tarihlerinin Covid-19 pandemi sürecine denk gelmesi nedeniyle verilerin yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanamamış olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

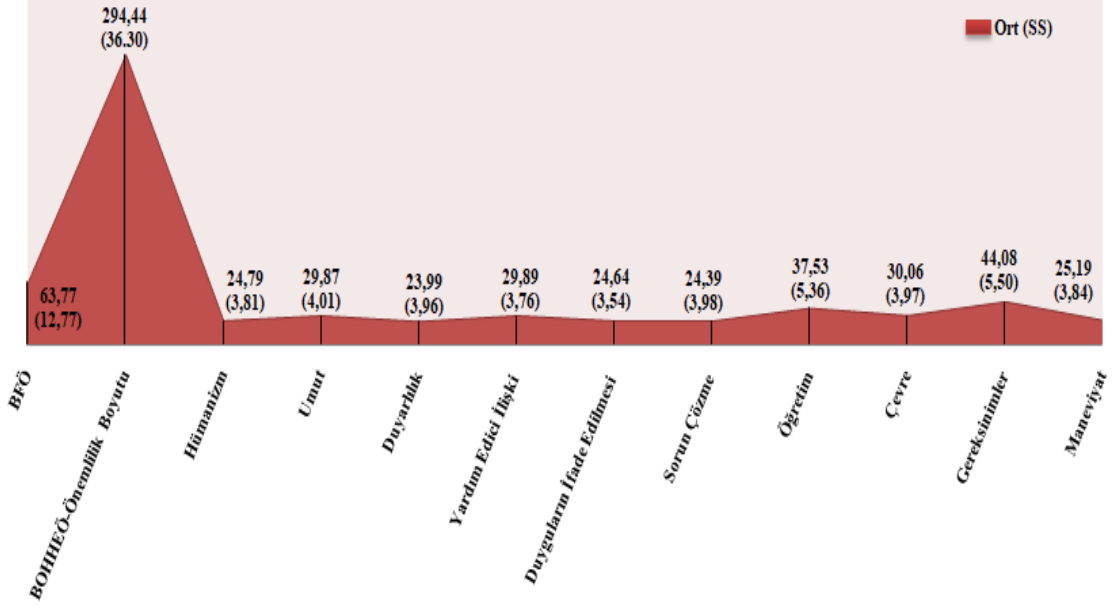
Bu bölümde, hemşirelerin tanımlayıcı özelliklerinin, bilinçli farkındalık düzeylerinin, bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verdikleri önem derecesinin ve değişkenler arasındaki ilişkilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=300)

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	259	78.5
Erkek	71	21.5
Medeni Durum		
Evli	189	57.3
Bekar	141	42.7
Eğitim Durumu		
Lise-Önlisans	37	11.2
Lisans	255	77.3
Lisansüstü	38	11.5
Gelir Seviyesi		
Düşük	97	29.4
Orta	221	67.0
Yüksek	12	3.6
Mesleki Deneyim		
10 yıl ve altı	261	79.1
11-20 yıl	48	14.5
21 yıl ve üzeri	21	6.4
Mesleği Seçme Nedeni		
Kendi isteği	183	55.5
Aile/Çevre isteği	93	28.2
İş bulma kolaylığı	54	16.4
Kronik Hastalık Durumu		
Var	53	16.1
Yok	277	83.9
Ruhsal Hastalık Durumu		
Var	13	3.9
Yok	317	96.1
	Ort.	SS
Yaş (Ortalama ± Standart Sapma)	28.54	6.54
TOPLAM	330	100

Hemşirelerin %78.5’inin kadın, %57.3’ünün evli, %77.3’ünün lisans mezunu, %67’sinin orta gelir seviyesinde ve yaş ortalamalarının 28.54 ± 6.54 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirelerin %79.1’inin 10 yıl ve altı mesleki deneyiminin

bulunduğu, %55.5'nin mesleği kendi isteğiyle seçtiği, %83.9'nun kronik hastalığının olmadığı ve %96.1'nin ruhsal hastalığının bulunmadığı belirlenmiştir.



Şekil 4.1 Hemşirelerin BFÖ, BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Boyut Puanları

Hemşirelerin BFÖ puan ortalaması 63.77 ± 12.77 'dir. Hemşirelerin BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam puan ortalamaları 294.44 ± 36.30 'dur. BOHHEÖ Önemlilik Boyutu alt boyut puan ortalamaları Hümanizm için 24.79 ± 3.81 , Umut için 29.87 ± 4.01 , Duyarlılık için 23.99 ± 3.96 , Yardım Edici İlişki için 29.89 ± 3.76 , Duyguların İfade Edilmesi için 24.64 ± 3.54 , Sorun Çözme için 24.39 ± 3.98 , Öğretim için 37.53 ± 5.36 , Çevre için 30.06 ± 3.97 , Gereksinimler için 44.08 ± 5.50 ve Maneviyat için 25.19 ± 3.84 'tür (Şekil 4.1).

Hemşirelerin BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam ve alt boyut puanları sosyo-demografik özellikler açısından incelenmiş ve Tablo 4.2'de verilmiştir. Buna göre hemşirelerin cinsiyete göre umut alt puanlarının arasından anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Erkek hemşirelerin umut alt boyut puan ortalamalarının kadın hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin cinsiyetleri ile hümanizm, duyarlılık, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre,

gereksinimler ve maneviyat alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Hemşirelerin, yaşları ile hümanizm, umut, çevre ve gereksinimler alt boyut puanları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşları arttıkça hümanizme, umuda, çevreye ve gereksinimlere verdikleri önem de artmaktadır ($p<0.05$). Hemşirelerin yaşları ile duyarlılık, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim ve maneviyat alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Hemşirelerin medeni durumu ile hümanizm alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Evli olan hemşirelerin hümanizm alt boyut puanlarının bekarlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin medeni durumu ile umut, duyarlılık, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Hemşirelerin eğitim durumu ile hümanizm, duyarlılık, duyguların ifade edilmesi ve öğretim alt boyutları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Hümanizm alt boyut puan ortalamaları açısından, lisans ve lisansüstü eğitimi olan hemşirelerin lise-önlisans eğitime sahip olanlardan; duyarlılık ve duyguların ifade edilmesi alt boyut puan ortalamaları açısından, lisansüstü eğitimi olan hemşirelerin lise-önlisans eğitime sahip olanlardan ve öğretim alt boyut puan ortalamaları açısından lisansüstü eğitime sahip olan hemşirelerin lise-önlisans ve lisans eğitime sahip olan hemşirelerden yüksek puanının olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin eğitim durumu ile umut, yardım edici ilişki, sorun çözme, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile umut alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Umut alt boyut puan ortalamaları açısından, 11-20 yıl mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin 10 yıl ve altı deneyime sahip olan hemşirelerden daha yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin mesleki deneyimleri hümanizm, duyarlılık, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Hemşirelerin mesleği seçme nedenleri açısından hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Hümanizm, umut, yardım edici ilişki, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyutları puan ortalamaları açısından, mesleği kendi isteğiyle seçenlerin, aile\çevre isteği ve iş bulma kolaylığı nedeniyle seçen hemşirelerden yüksek puanının olduğu belirlenmiştir. Duyarlılık, duyguların ifade edilmesi ve sorun çözme alt boyutları puan ortalamaları açısından, mesleği kendi isteğiyle seçen hemşirelerin iş bulma kolaylığı nedeniyle seçen hemşirelerden yüksek puana sahip olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin mesleği seçme nedenleri ile öğretim alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Hemşirelerin kronik hastalık durumları ile hümanizm, umut, yardım edici ilişki, gereksinimler alt boyut puanlarının kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Kronik hastalığı bulunmayan hemşirelerin puanlarının kronik hastalığı bulunanlardan yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin kronik hastalık durumları ile duyarlılık, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Hemşirelerin ruhsal hastalık durumları ile hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Hemşirelerin gelir seviyesi ile yardım edici ilişkiler alt boyut puanlarının anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir seviyesi yüksek olan hemşirelerin düşük olan hemşirelerden yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin gelir seviyesine göre hümanizm, umut, duyarlılık, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, öğretim, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu	Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım Edici İlişki	Duyguların İfade Edilmesi	Sorun Çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinim	Maneviyat
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet											
Kadın	293.41±36.01	24.61±3.76	29.60±3.91	23.91±3.98	29.81±3.78	24.54±3.51	24.31±4.01	37.55±5.44	29.95±3.92	44.06±5.42	25.07±3.87
Erkek	298.20±37.37	25.46±3.95	30.86±4.23	24.30±3.90	30.18±3.69	24.99±3.62	24.66±3.85	37.45±5.07	30.46±4.14	44.18±5.82	25.65±3.70
<i>t</i> =	-0.984	-1.685	-2.365	-0.731	-0.731	-0.940	-0.655	0.141	-0.968	-0.170	-1.126
<i>p</i> =	0.326	0.093	0.019	0.465	0.465	0.348	0.513	0.888	0.334	0.865	0.261
Yaş											
	294.44±36.30	24.79±3.81	29.87±4.01	23.99±3.96	29.89±3.76	24.64±3.54	24.39±3.98	37.53±5.36	30.06±3.97	44.08±5.50	25.19±3.84
<i>r</i> =	0.104	0.174	0.186	0.021	0.074	0.065	0.043	0.028	0.117	0.127	0.080
<i>p</i> =	0.058	0.001	0.001	0.706	0.180	0.236	0.441	0.612	0.034	0.021	0.146
Medeni Durum											
Evli	297.14±35.31	25.25±3.67	30.13±3.92	24.29±3.84	30.10±3.59	24.84±3.53	24.61±3.80	37.92±5.05	30.35±3.91	44.25±5.57	25.41±3.76
Bekar	290.82±37.41	24.18±3.93	29.52±4.11	23.60±4.10	29.62±3.97	24.37±3.54	24.09±4.20	37.01±5.72	29.67±4.02	43.87±5.42	24.90±3.93
<i>t</i> =	1.570	2.546	1.380	1.568	1.156	1.188	1.168	1.536	1.532	0.626	1.200
<i>p</i> =	0.117	0.011	0.168	0.118	0.249	0.236	0.244	0.126	0.126	0.532	0.231
Eğitim Durumu											
Lise-Önlisans (1)	281.95±44.70	23.00±3.91	29.03±4.71	22.62±4.51	28.41±4.61	23.54±3.98	23.68±4.55	36.03±6.80	28.92±4.48	42.54±6.68	24.19±4.38
Lisans (2)	295.54±35.76	24.96±3.83	30.12±3.97	24.02±3.86	30.07±3.74	24.64±3.46	24.30±3.90	37.45±5.18	30.20±4.00	44.40±5.45	25.38±3.86
Lisansüstü (3)	299.24±28.40	25.39±3.18	29.03±3.37	25.13±3.81	30.13±2.59	25.71±3.33	25.66±3.72	39.55±4.39	30.21±3.07	43.47±4.23	24.95±2.97
<i>F</i> =	2.666	4.924	2.164	3.855	3.314	3.583	2.618	4.281	1.732	2.127	1.643
<i>p</i> =	0.071	0.008 2,3>1**	0.117	0.022 3>1**	0.308	0.029 3>1**	0.075	0.015 3>1,2*	0.179	0.121	0.195

Tablo 4.2 Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Tanımlayıcı Özellikler	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu	Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım Edici İlişki	Duyguların İfade Edilmesi	Sorun Çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinim	Maneviyat
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Mesleki Deneyim											
10 yıl ve altı (4)	292.49±36.54	24.52±3.72	29.45±3.91	23.97±4.06	29.78±3.79	24.49±3.53	24.26±4.07	37.46±5.55	29.80±3.96	43.74±5.48	25.02±3.87
11-20 yıl (5)	303.54±33.96	25.71±4.26	31.46±3.88	24.46±3.25	30.56±3.49	25.44±3.46	25.25±3.55	38.29±4.46	31.25±3.63	45.29±5.46	25.83±3.57
21yıl ve üstü (6)	297.81±36.80	26.00±3.45	31.43±4.41	23.24±4.27	29.81±4.01	24.57±3.79	24.00±3.61	36.62±4.72	30.57±4.46	45.62±5.43	25.95±3.89
<i>F=</i>	1.986	3.119	7.029	0.717	0.888	1.449	1.365	0.808	2.922	2.511	1.363
<i>p=</i>	0.139	0.064	0.001 5>4*	0.489	0.413	0.236	0.257	0.447	0.055	0.083	0.257
Mesleği Seçme Nedeni											
Kendi isteği (7)	301.40±34.13	25.65±3.68	30.90±3.66	24.45±3.64	30.55±3.64	25.16±3.24	24.84±3.80	38.07±4.96	30.87±3.64	44.98±5.12	25.92±3.60
Aile/çevre isteği (8)	287.82±37.13	24.16±3.56	28.56±3.94	23.81±4.34	29.18±3.84	24.06±4.06	24.12±4.37	37.20±5.73	29.20±4.12	43.19±5.87	24.32±3.92
İş bulma kolaylığı (9)	282.26±37.31	22.96±3.89	28.63±4.30	22.76±4.12	28.89±3.63	23.85±3.29	23.31±3.65	36.26±5.80	28.78±4.19	42.59±5.62	24.22±3.99
<i>F=</i>	8.302	13.002	14.773	3.998	6.610	4.637	3.422	2.652	9.275	5.788	7.746
<i>p=</i>	0.000 7>8,9*	0.000 7>8,9*	0.000 7>8,9*	0.019 7>9**	0.002 7>8,9*	0.010 7>9**	0.034 7>9*	0.072	0.000 7>8,9*	0.003 7>8,9*	0.001 7>8,9*
Kronik Hastalık Durumu											
Var	284.96±40.39	23.77±4.25	28.42±4.34	23.21±4.57	28.89±4.41	24.04±3.74	23.49±4.47	36.64±5.89	29.51±4.11	42.68±5.67	24.32±4.04
Yok	296.25±35.26	24.99±3.70	30.15±3.89	24.14±3.83	30.09±3.60	24.75±3.49	24.56±3.86	37.70±5.24	30.17±3.94	44.35±5.44	25.36±3.78
<i>t=</i>	-2.085	-2.131	-2.918	-1.574	-2.140	-1.346	-1.800	-1.320	-1.104	-2.041	-1.815
<i>p=</i>	0.038	0.034	0.004	0.116	0.033	0.179	0.073	0.188	0.270	0.042	0.070

Tablo 4.2 Hemşirelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması (devamı)

Tanımlayıcı Özellikler	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu	Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım Edici İlişki	Duyguların İfade Edilmesi	Sorun Çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinim	Maneviyat
	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)	Med.(Min.-Max)
Ruhsal Hastalık Durumu											
Var	60 (38-79)	26 (18-30)	31 (26-35)	24 (19-30)	32 (25-35)	25 (19-29)	24 (20-30)	39 (24-45)	31 (16-35)	60 (38-79)	24 (13-30)
Yok	300 (183-350)	25 (13-30)	29 (19-35)	24 (13-30)	30 (17-35)	25 (15-30)	24 (12-30)	37 (22-45)	30 (18-35)	45 (23-50)	26 (12-30)
<i>MWU</i> =	1957.00	1740.00	1677.00	1942.50	1677.50	2222.00	2041.50	1967.50	1959.00	1955.00	2347.00
<i>p</i> =	0.759	0.339	0.251	0.723	0.253	0.630	0.955	0.782	0.762	0.753	0.392
Gelir Seviyesi											
Düşük	291 (183-350)	24 (13-30)	28 (19-35)	24 (13-30)	29 (17-35)	24 (17-30)	24 (12-30)	38 (22-45)	30 (16-35)	44 (29-50)	25 (13-30)
Orta	301 (195-350)	25 (15-30)	30 (21-35)	24 (15-30)	31 (20-35)	25 (15-30)	24 (15-30)	37 (27-45)	30 (19-35)	46 (23-50)	26 (12-30)
Yüksek	323 (226-350)	27 (17-30)	33 (20-35)	28 (18-30)	34 (25-35)	27 (16-30)	28 (16-30)	42 (24-45)	32 (25-35)	46 (40-50)	27 (18-30)
<i>x²KW</i> =	5.184	4.551	2.889	4.174	6.481	4.800	3.256	4.695	2.499	2.838	2.473
<i>p</i> =	0.075	0.103	0.236	0.124	0.039 12>10	0.091	0.196	0.096	0.287	0.242	0.290

* Tukey HSD Test; **Tamhane Testi

Hemşirelerin BFÖ ve BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam ve alt boyut puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo 4.3). Buna göre;

Tablo 4.3 BFÖ ve BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki

	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu	Hümanizm	Umut	Duyarlılık	Yardım Edici İlişki	Duyguların İfade Edilmesi	Sorun Çözme	Öğretim	Çevre	Gereksinimler	Maneviyat
BFÖ	r 0.338	0.394	0.383	0.263	0.350	0.241	0.221	0.212	0.318	0.295	0.296
p	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

BFÖ puanları ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam ve Hümanizm, Umut, Yardım Edici İlişki, Çevre alt boyutları arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$; Tablo 4.3). BFÖ puanları ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu alt boyutlarından Duyarlılık, Duyguların İfade Edilmesi, Sorun Çözme, Öğretim, Gereksinimler ve Maneviyat alt boyut puanları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$; Tablo 4.3).

Tablo 4.4 BFÖ ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Boyutları Arasındaki Regresyon Modelleri

Regresyon Modelleri	Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken
Model-1	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplamı
Model-2	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Hümanizm Alt Boyutu
Model-3	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Umut Alt Boyutu
Model-4	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Duyarlılık Alt Boyutu
Model-5	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Yardım Edici İlişki Alt Boyutu
Model-6	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Duyguların İfade Edilmesi Alt Boyutu
Model-7	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Sorun Çözme Alt Boyutu
Model-8	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Öğretim Alt Boyutu
Model-9	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Çevre Alt Boyutu
Model-10	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Gereksinimler Alt Boyutu
Model-11	BFÖ →	BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Maneviyat Alt Boyutu

Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerinin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verdikleri öneme etkisini belirlemek için BFÖ ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplamı ve alt boyutları arasında toplamda 11 farklı regresyon modeli kurulmuştur (Tablo 4.4).

Tablo 4.5 BFÖ ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β_1	β_2	t	p	% 95 Güven Aralığı		Model Sonuçları		
								R ²	F	p
BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Toplam	Sabit	233.078		24.263	0.000	214.180	251.976	0.115	42.432	0.000
	BFÖ	0.962	0.338	6.514	0.000	0.672	1.253			
Hümanizm Alt Boyutu	Sabit	17.281		17.536	0.000	15.343	19.220	0.155	60.388	0.000
	BFÖ	0.118	0.394	7.771	0.000	0.088	0.148			
Umut Alt Boyutu	Sabit	22.216		21.341	0.000	20.168	24.264	0.146	56.213	0.000
	BFÖ	0.120	0.383	7.498	0.000	0.098	0.152			
Duyarlılık Alt Boyutu	Sabit	18.780		17.768	0.000	16.665	20.895	0.069	24.432	0.000
	BFÖ	0.082	0.263	4.943	0.000	0.049	0.114			
Yardım Edici İlişki Alt Boyutu	Sabit	23.313		23.536	0.000	21.364	25.261	0.123	45.908	0.000
	BFÖ	0.103	0.350	6.776	0.000	0.073	0.133			
Duyguların İfade Edilmesi Alt Boyutu	Sabit	20.377		21.109	0.000	18.478	22.276	0.058	20.248	0.000
	BFÖ	0.067	0.241	4.500	0.000	0.038	0.096			
Sorun Çözme Alt Boyutu	Sabit	19.995		18.339	0.000	17.851	22.140	0.049	16.879	0.000
	BFÖ	0.069	0.221	4.108	0.000	0.036	0.102			
Öğretim Alt Boyutu	Sabit	31.850		21.640	0.000	28.955	34.746	0.045	15.488	0.000
	BFÖ	0.089	0.212	3.936	0.000	0.045	0.134			
Çevre Alt Boyutu	Sabit	23.766		22.456	0.000	21.684	25.848	0.101	36.785	0.000
	BFÖ	0.099	0.318	6.5065	0.000	0.067	0.131			
Gereksinimler Alt Boyutu	Sabit	35.979		24.351	0.000	33.072	38.886	0.087	31.301	0.000
	BFÖ	0.127	0.295	5.595	0.000	0.082	0.172			
Maneviyat Alt Boyutu	Sabit	19.520		18.945	0.000	17.493	21.547	0.088	31.539	0.000
	BFÖ	0.089	0.296	5.616	0.000	0.058	0.120			

β_1 = Standartlaştırılmamış regresyon katsayısı; β_2 = Standartlaştırılmış regresyon katsayısı

Hemşirelerin BFÖ puanları ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Bilinçli farkındalığın bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verilen önemin %11.5'ini ($R^2=0.115$) açıkladığı tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verdikleri önem de artmaktadır ($\beta=0.338$) (Şekil 2).

Yapılan regresyon analizi sonucunda hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyinin hümanizme verilen önemin % 15.5'ini ($R^2=0.155$); umuda verilen önemin %14.6'sını ($R^2=0.146$); duyarlılığa verilen önemin % 6.9'unu ($R^2=0.069$); yardım edici ilişkiye verilen önemin %12.3'ünü ($R^2=0.123$); duyguların ifade edilmesine verilen önemin % 5.8'ini ($R^2=0.058$) açıkladığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça hümanizme ($\beta=0.394$), umuda ($\beta=0.383$), duyarlılığa ($\beta=0.263$); yardım edici ilişkiye ($\beta=0.350$), duyguların ifade edilmesine ($\beta=0.241$) verdikleri önem de artmaktadır.

Yapılan regresyon analizi sonucunda hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyinin sorun çözmeye verilen önemin % 4.9'unu ($R^2=0.049$); öğretime verilen önemin %4.5'ini ($R^2=0.045$); çevreye verilen önemin % 10.1'ini ($R^2=0.101$); gereksinimlere verilen önemin %8.7'sini ($R^2=0.087$); maneviyata verilen önemin %8.8'ini ($R^2=0.088$) açıkladığı tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça sorun çözmeye ($\beta=0.221$), öğretime ($\beta=0.212$), çevreye ($\beta=0.318$), gereksinimlere ($\beta=0.295$), maneviyata ($\beta=0.296$) verdikleri önem de artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyi ile bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda bu bölümde tartışılmıştır.

Bu çalışmaya katılan örneklem grubunun bilinçli farkındalık ölçeğinden almış oldukları genel puan ortalaması 63.77 ± 12.77 'dir. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmaya katılan hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri orta düzeyde çıkmıştır. Aşık ve Albayrak'ın 2021 yılında bir üniversite hastanesinde çalışan 158 hemşire üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise bilinçli farkındalık ölçeğinden aldıkları genel puan ortalaması $63,98 \pm 12,41$ 'dir ve hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri orta düzeyde çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (Aşık ve Albayrak, 2021).

Bu çalışmada hemşirelerin BOHHEÖ alt boyutlarından Önemlilik alt boyutu bulguları değerlendirilerek literatür bilgileri taranmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin BOHHEÖ Önemlilik boyutundan aldıkları toplam puan ortalamaları 294.44 ± 36.30 'dur. Çalışma bulgularına göre hemşirelerin cinsiyetleri ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Umut alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmışken ($p < 0.05$), hemşirelerin BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam puanlarının cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, mesleki deneyim, psikolojik hastalık durumu, gelir seviyesi açısından anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p > 0.05$). Sertgöz ve Demir'in (2022) psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada da benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise cinsiyete göre bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi ölçeği alt boyutlarından alınan puanlar sonucunda da anlamlı bir fark bulunmamıştır (Azgın, 2019; Sertgöz ve Demir, 2022). Bu durum kadın ve erkek hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi konusunda yapılan bakım ve tedaviyi önemli bulmaları, mesleklerinde cinsiyet kavramı gözetmeksizin profesyonel yaklaşım sergileyip hasta odaklı bakımı ön planda tutmalarıyla açıklanabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin yaşları ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Hümanizm, Umut, Çevre ve Gereksinimler alt boyut puanları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yaşları arttıkça hümanizme, umuda, çevreye ve gereksinimlere verdikleri önem de artmaktadır ($p < 0.05$).

Hemşireler üzerinde yapılan başka bir çalışmada yaşı büyük olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminde gösterdikleri önem yaşı küçük olan hemşirelerden yüksek çıkmıştır (Bayraktar ve Eşer, 2017). Her iki çalışmada da benzer sonuçların çıkması hemşirelerin yaşı arttıkça kazandıkları deneyim tecrübenin artması, iletişime açık olup hastalarla kolay iletişim kurmasıyla, bakım odaklı hasta etkileşimine verdikleri duyarlılığın öneminin artması ve kendilerini bakım konusunda yeterli bulmasıyla açıklanabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin medeni durumları ile BOHHEÖ Önemlilik boyutu toplam puanları arasında anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Önemlilik boyutu Hümanizm alt boyut puanlarının medeni duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Evli olan hemşirelerin Hümanizm alt boyut puanları bekarlardan daha yüksek çıkmıştır. Kumru'nun (2019), yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapmış oldukları çalışmada medeni durumlarına göre BOHHEÖ önemlilik boyutu hümanizm alt boyutundan aldıkları puan ortalaması anlamlı düzeyde çıkmamıştır ($p>0,05$). Yine aynı çalışmada hemşirelerin medeni durum açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Kumru, 2019). Kaçmaz ve Çam'ın (2019) yaptıkları çalışmada da hemşirelerin medeni durumlarına göre ölçekten aldıkları önemlilik boyutu ve alt boyutları puanları ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Yapılan bu çalışmada da önemlilik boyutu puan ortalaması medeni durum açısından anlamlı çıkmamıştır. Hemşirelik mesleği hasta odaklı bir süreçtir ve Peplau'ya göre hemşirelik kişiler arası süreçten oluşur. Hemşireler bu süreçte önce hasta gereksinimlerini karşılamayı hedeflemektedir (Atabek ve Karadağ, 2014; Birol, 2013; Kaçmaz ve Çam, 2019). Hemşireliğin merkezini ve bütünleştirici odak noktasının hasta bakımı olduğunu savunan Watson, hümanistik ve holistik yaklaşım ile bakımla birleştirmiştir (Şentürk vd., 2017). Bu doğrultuda hemşirelerin bekar veya evli olma durumlarının bakıma verdikleri önemde çok etkili bir durum olmadığı söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin eğitim durumları ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Hümanizm, Duyarlılık, Duyguların İfade Edilmesi ve Öğretim alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin Duyarlılık ve Duyguların İfade Etme alt boyut puanları lise-önlisans eğitime sahip hemşirelerden yüksek çıkmıştır. Lisansüstü eğitimden mezun olan hemşirelerin Öğretim alt boyut puanlarının lise-önlisans ve lisans mezunu

hemşirelerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminde iletişimin önemi büyüktür. Hemşire hasta arasındaki bu süreci etkileyen en önemli faktörlerden biride eğitimidir. Eğitim düzeyi iyi olan hemşirelerin iletişim kurma becerilerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (Yalçın ve Aştı, 2011). Benzer bir çalışmada da hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça BOHHEÖ aldıkları toplam puan ortalamalarında da anlamlı sonuçlar çıkmıştır (Kaçmaz ve Çam, 2019). Hemşirelerin eğitim düzeylerinin artması umut, duyarlılık, maneviyat gibi alt boyutlarda hemşirelerin bakıma verdiği önemin artış gösterdiği, bakım konusunda kendilerini yeterli algıladıkları söylenebilir.

Bu çalışmada hemşirelerin gelir seviyesi ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam puanları arasında anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$). Fakat Önemlilik Boyutu Yardım Edici İlişki alt boyut puanlarının gelir durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Yüksek gelir seviyesine sahip hemşirelerin Yardım Edici İlişki alt boyut puanları düşük gelir seviyesine sahip olanlardan yüksektir. Genel olarak çalışma bulgularına bakıldığı zaman algılanan gelir durumu Önemlilik boyutu alt boyutlarından biri hariç anlamlı çıkmamıştır. Psikiyatri hemşireleri üzerinde yapılan başka bir çalışma da bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiştir (Kaçmaz ve Çam, 2019). Bu durum hemşirelerin profesyonel meslek bilincinde bakım odaklı çalıştıklarını, kendi ekonomik düzeylerinin hastaya bakım verme konusunda etkili görmediklerini göstermektedir. Hemşirelerin gelir kaygısı verdikleri bakımın arkasında kalmıştır. Bu da hemşirelerin profesyonel bir tutumla bakım algısı içinde olduklarını gösterebilir.

Çalışma bulgularında hemşirelerin mesleki deneyimleri ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu Umut alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). 11-20 yıl mesleki deneyime sahip hemşirelerin Umut alt boyut puanlarının 10 yıl ve altı deneyime sahip hemşirelerden yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin BOHHEÖ Önemlilik Boyutu alt boyutlarından aldıkları genel puan ortalamaları arasında mesleki deneyim açısından anlamlı bir sonuç çıkmamıştır. Bayraktar ve Eşer'in (2017) yaptıkları çalışmada hemşirelerin çalışma sürelerine göre önemlilik boyutu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Bayraktar ve Eşer, 2017). Sertgöz ve Demir'in (2022) yaptıkları çalışmada 1 yıl ve altı ile 5 yıl ve üzeri çalışma süresi olan hemşireler arasında bizim çalışmamıza benzer sonuçlar saptanmıştır (Sertgöz ve Demir, 2022). Çalışma süresinin artması meslekte

birçok deneyimin kazanılmasında ve becerilerin gelişmesinde etkili olmaktadır. Bu doğrultuda meslekteki çalışma süresi fazla olan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimini önemli gördüklerini, çalışma yılı ile birlikte deneyim ve tecrübenin artmasıyla kendilerini bakım konusunda yeterli gördükleri sonucu çıkarılabilir.

Çalışma bulgularında hemşirelerin mesleği seçme nedenleri ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam ve Öğretim dışındaki tüm alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Buna göre hemşireliği kendi isteğiyle seçenlerin BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam, Hümanizm, Umut, Yardım Edici İlişki, Çevre, Gereksinimler, Maneviyat alt boyut puanları ailenin-çevrenin isteği ve iş bulma kolaylığı nedeniyle seçenlerden yüksektir. Ayrıca hemşireliği kendi isteğiyle seçenlerin Duyarlılık, Duyguları İfade Etme ve Sorun Çözme alt boyut puanları iş bulma kolaylığından dolayı seçenlerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yoğun bakım hemşireleri üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelik mesleğini tercih etme nedenine göre BOHHEÖ önemlilik boyutu arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Kumru, 2019). Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan benzer çalışma bulgularında da mesleği kendi istekleriyle seçen öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi tutum ve davranışlarının önemlilik düzeyinde anlamlı farklılık saptanmıştır (Erzincanlı ve Yüksel, 2017; Özsezer vd., 2020; Tan ve Polat, 2020). Bu bulgular doğrultusunda mesleğini kendi isteğiyle seçen hemşirelerin bakıma yönelik tutum ve davranışlarını önemsediklerini, mesleği öğrenme, mesleğe ait becerileri geliştirme ve mesleği profesyonel düzeyde sürdürdüklerinin önemini göstermektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin BFÖ puanları ile BOHHEÖ Önemlilik Boyutu toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Bilinçli farkındalığın bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verilen önemin %11.5'ini açıkladığı tespit edilmiştir (Tablo 4.5). Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verdikleri önem de artmaktadır. Literatür tarandığında hemşireler üzerinde bilinçli farkındalık ve bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimi konularıyla ilgili ayrı ayrı çalışmalar mevcuttur (Aşık ve Albayrak, 2021; Bayraktar ve Eşer, 2017; Kaçmaz ve Çam, 2019; Sarazine et al., 2020; Sertgöz ve Demir, 2022; Özyayın, 2019). Fakat iki konunun birlikte ele alındığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyinin hümanizme verilen önemin % 15.5 olduğu saptanmıştır. Hemşirelik mesleği holistik ve hümanistik üzerine temellenmiş bir meslek grubudur (Akça., 2015).

Watson kuramında hemşirelik bakımının belli bir hedef doğrultusunda insancıl, bütüncül ve bilinçli olması gerektiğini savunur (Erikli vd., 2021). Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminde farkındalık düzeyleri arttıkça hümanizme verdikleri önemde artması beklenen bir durumdur. Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyinin umuda verilen önemin %14.6 olduğu bulunmuştur. Ercan ve Kızılar'ın (2019) yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin hastalara aşılması umut kavramının hastaların hastalıkları ile ilgili karşılaştıkları sorunlarla baş etmesinde ve bu sürecin daha kolay geçirilmesine yardımcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Ercan ve Kızılar, 2019). Bu çalışmada hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyinin duyarlılığa verilen önemin % 6.9 olduğu saptanmıştır. Hemşirelik bakımının doğası hemşire-hasta arasındaki ilişki ve etkileşim üzerine kurulmuştur (Aydın ve Hiçdurmaz, 2016). Hemşireler hastalarla etkileşim kurarak bakım verirken kendi duygularının ve duyarlılıklarının farkında olmaları bireylere karşı daha içten bakımı planlayıp uygulamasına yardımcı olacaktır. Bu çalışmada hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyinin yardım edici ilişkiye verilen önemin %12.3, duyguların ifade edilmesine verilen önemin % 5.8 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5). Hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminde hastaya karşı kendi durumunun farkında olarak yardım edici davranışlarda bulunması bakımın dürüst, samimi ve bilinçli olmasında etkili olabilir (Aştı ve Karadağ 2014; Tektaş, 2015). Farkındalığı yüksek olan hemşireler kendi duygu durumlarının farkındadırlar. Hemşireler güçlü-zayıf yönlerinin farkında oldukları zaman hastaların gereksinimlerini karşılama konusunda daha bilinçli davrandıkları birçok çalışmada vurgulanmıştır (Eckroth-Bucher, 2010; Rasheed et al., 2018). Sonuç olarak hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça bakım odaklı hemşire-hasta etkileşiminde hümanizme, umuda, duyarlılığa, yardım edici ilişkiye, duyguların ifade edilmesine, sorun çözmeye, öğretime çevreye, gereksinimleri karşılamaya ve maneviyata verdikleri önemde artmaktadır (Tablo 4.5).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri ve bakım odaklı hasta-hemşire etkileşimi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları aşağıda yer almaktadır.

- Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri orta düzeyde olduğu saptandı. Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeyleri arttıkça bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine verdikleri önemde arttığı sonucuna varıldı.
- Erkek hemşirelerin umut alt boyut düzeyleri kadın hemşirelerden yüksek olduğu saptandı.
- Hemşirelerin, yaşları ile hümanizm, umut, çevre ve gereksinimler alt boyutları arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlendi. Hemşirelerin yaşları arttıkça hümanizme, umuda, çevreye ve gereksinimlere verdikleri önem de arttığı sonucuna varıldı.
- Hemşirelerin medeni durumu ile hümanizm alt boyutları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Evli olan hemşirelerin hümanizm alt boyut puanlarının bekarlardan yüksek olduğu belirlendi.
- Hemşirelerin eğitim durumu ile hümanizm, duyarlılık, duyguların ifade edilmesi ve öğretim alt boyutları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Hümanizm alt boyut puan ortalamaları açısından, lisans ve lisansüstü eğitimi olan hemşirelerin lise-önlisans eğitime sahip olanlardan; duyarlılık ve duyguların ifade edilmesi alt boyut puan ortalamaları açısından, lisansüstü eğitimi olan hemşirelerin lise-önlisans eğitime sahip olanlardan ve öğretim alt boyut puan ortalamaları açısından lisansüstü eğitime sahip olan hemşirelerin lise-önlisans ve lisans eğitime sahip olan hemşirelerden yüksek düzeyde olduğu belirlendi.
- Hemşirelerin mesleki deneyimleri ile umut alt boyutları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Umut alt boyut puan ortalamaları açısından, 11-20 yıl mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin 10 yıl ve altı deneyime sahip olan hemşirelerden daha yüksek düzeye sahip olduğu saptandı.
- Hemşirelerin mesleği seçme nedenleri açısından hümanizm, umut, duyarlılık, yardım edici ilişki, duyguların ifade edilmesi, sorun çözme, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyutları puan ortalamaları arasında

anamlı farklılık olduğu belirlendi. Hümanizm, umut, yardım edici ilişki, çevre, gereksinimler ve maneviyat alt boyutları puan ortalamaları açısından, mesleği kendi isteğiyle seçenlerin, aile\çevre isteği ve iş bulma kolaylığı nedeniyle seçen hemşirelerden yüksek düzeyde olduğu belirlendi. Duyarlılık, duyguların ifade edilmesi ve sorun çözme alt boyutları açısından, mesleği kendi isteğiyle seçen hemşirelerin iş bulma kolaylığı nedeniyle seçen hemşirelerden yüksek düzeye sahip olduğu saptandı.

- Hemşirelerin kronik hastalık durumları ile hümanizm, umut, yardım edici ilişki, gereksinimler alt boyut puanlarının kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Kronik hastalığı bulunmayan hemşirelerin puanlarının kronik hastalığı bulunanlardan yüksek olduğu tespit edildi.
- Hemşirelerin gelir seviyesi ile yardım edici ilişkiler alt boyutları arasında anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Gelir seviyesi yüksek olan hemşirelerin düşük olan hemşirelerden yüksek düzeye sahip olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

- Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerinin arttırılmasına yönelik uygulamaların üniversite eğitim dönemlerinden itibaren verilmeye başlanması,
- Hizmet içi eğitimlerde bilinçli farkındalık düzeylerinin arttırılmasına yönelik uygulamalara yer verilmesi,
- Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerinin bakım odaklı hemşire hasta etkileşiminde etkili olduğu bilinmesi ve bu doğrultuda hemşirelere bilinçli farkındalık seviyelerini arttırmaya yönelik eğitimlerin planlanıp verilmesi,
- Yeni başlayan hemşirelere stres yönetimi açısından bilinçli farkındalık eğitimlerinin verilmesi,
- Ülkemizde hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerine ve bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik çalışmaların arttırılması,
- Hemşirelerin bilinçli farkındalık düzeylerine ve bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik çalışmaların birlikte ele alındığı farklı çalışmaların yapılması,

- Çalışmanın daha fazla hemşire ve farklı hemşire örneklem gruplarında tekrar yapılması,
- Benzer çalışmaların Covid-19 pandemi dönemi sonrasında tekrar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Akçakanat, T., ve Köse, S. (2018). Bilinçli Farkındalık (Mindfulness): Kavramsal Bir Araştırma.
- Akın, E., ve Çeçen, M. A. (2014). Ortaokul öğrencilerinin okuma stratejileri üstbilişsel farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi: Muş Bulanık örneği. *Turkish Studies*, 9(8), 91-110.
- Aktepe, İ., ve Tolan, Ö. (2020). Bilinçli: güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12 (4), 534-561.
- Albayrak, C. (2020). *Polis Memurlarının Bilinçli Farkındalık Ve Stres İle Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişkinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Programları ve Öğretimi Bilim Dalı, 115, Sakarya.
- Altıok, H., Şengün, F., ve Üstün, B. (2011) Bakım: Kavram analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 4(3):137-40.
- Altuntaş, E. (2003). Stres Yönetimi. İstanbul: Alfa Yayınları.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı) Çeviren: Köroğlu, E., 1. baskı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Arslan, I. (2018). Bilinçli farkındalık, depresyon düzeyleri ve algılanan stres arasındaki ilişki. *Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(2), 73-86.
- Aşık, E., ve Albayrak, S. (2021). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(1), 16-20.
- Aştı, T. A., ve Karadağ, A. (2014). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. İstanbul: Akademi Yayınları.
- Atalay Z. (2019). Mindfulness: Bilinçli Farkındalık Farkındalıkla Anda Kalabilme Sanatı. İstanbul: İnkılap Kitapevi.
- Atar, N. Y., ve Aştı, T. A. (2012). Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimi Ölçeğinin Güvenilirlik ve Geçerliliği. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2), 129-139.
- Ay, F.A., Ertem, Ü.T., Özcan, N.K., Güneş, B., Işık, R.B., Savran, S. (2015). Temel Hemşirelik, Kavramlar, İlkeler ve Uygulamalar. Editör:F.A.Ay. İstanbul Medical Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul.
- Aydın, A., ve Hiçdurmaz, D. (2016). Kişilerarası duyarlılık ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(1), 45-49.
- Aydın, İ. (2008). İş yaşamında stres. (3. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Azak, A. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinin bilinçli farkındalık düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(3), 170-176.
- Bağçeci, B., Döş, B., & Sarıca, R. (2011). İlköğretim öğrencilerinin üstbilişsel farkındalık düzeyleri ile akademik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(16), 551-566.
- Bayraktar, D., & Eşer, İ. (2017). Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları (Attitudes and Behaviors of Nurses Towards Caring Nurse-Patient Interaction). *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(3), 188-194.

- Baysal, N. ve Demirbaş, B. (2012). Sınıf öğretmenliği adaylarının bilinçli farkındalıkları ile yansıtıcı düşünme eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 1(4),12-20.
- Bernstein, S. (2019). Being present: Mindfulness and nursing practice. *Nursing2020*, 49(6), 14-17.
- Biol, L. (2013). Hemşirelik Süreci. Bozyaka Matbaacılık, 10. Baskı, İzmir.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Specia, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230–241.
- Black, D. S. (Ed.). (2010). *Mindfulness research monthly*. American Mindfulness Research Association.
- Bodian, S. (2006). *Meditation for Dummies*. Indiana: Wiley Publishing Inc.
- Brown, K. W., and Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., and Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol. Inq.* 18, 211–237.
- Catak, P. D. (2012). The Turkish version of mindful attention awareness scale: preliminary findings. *Mindfulness*, 3(1), 1-9.
- Cerit, B., Çıtak Bilgin, N., Çoşkun, S. ve Yorgun, S. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin ve hemşirelerin bakıma ilişkin tutum ve davranışları. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10 (4): 727-733.
- Corey, G. (1990). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (Third Edition). Pacific Grove, California: Brooks/Cole Publishing Company.
- Cossette, S., Cara, C., Ricard, N., and Pepin, J. (2005). Bakım perspektifinden hemşire-hasta etkileşimlerinin değerlendirilmesi: Bakıcı Hemşire-Hasta Etkileşimleri Ölçeğinin geliştirilmesi ve ön psikometrik testinin raporu. *Uluslararası hemşirelik çalışmaları dergisi* , 42 (6), 673-686.
- Çam, O., & Büyükbayram, A. (2017). Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 118-126.
- Çelikler, A.N. (2017). *Bir Grup Genç Yetişkinde Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Başa Çıkma Tutumları Ve Psikolojik İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, 98, İstanbul.
- Dane, E., & Brummel, B. J. (2014). Examining workplace mindfulness and its relations to job performance and turnover intention. *Human Relations*, 67(1), 105-128.
- Demir, V. (2014). *Bilinçli farkındalık temeli hazırlanan eğitim programının bireylerin depresyon ve stres düzeyleri üzerine etkisi*. Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Demir, V. (2017). Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi Programının Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeylerine Etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 7(12), 98-118.
- Deniz, M. E., Kesici, Ş., ve Sümer, S. A. (2008). The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Self-Compassion Scale, *Social Behavior And Personality*, 36(9), 1151–1160.

- Deniz, M. E., Erus, S. M., ve Büyükcebeci, A. (2017). Bilinçli farkındalık ile psikolojik iyi oluş ilişkisinde duygusal zekanın aracılık rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 7(47), 17-31.
- Davis, D., & Hayes, J. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*, 48(2), 198–208. doi:10.1037/a0022062.
- Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*; 74-82.
- Dryden, W., & Still, A. (2006). Historical aspects of mindfulness and self-acceptance in psychotherapy. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 24(1), 3-28.
- Eckroth-Bucher, M. (2010). Self-awareness: A review and analysis of a basic nursing concept. *Advances in Nursing Science*, 33(4), 297–309. <https://doi.org/10.1097/ans.0b013e3181fb2e4c>.
- Engin, E., ve Çam, O. (2005). Farkındalık ve psikiyatri hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2), 159-168.
- Ercan, İ., ve Kızılar, E. (2019). Hemşirelik Bakımında Umut Kavramının Hasta Çıktılarına Etkisi. 1.Uluslararası 2.Ulusal Sağlık Bakım Hizmetleri Kongresi, Ankara, Türkiye, 2 – 03 Mayıs.
- Erikli, N. H., Yıldırım, Y., Aykar, F. Ş., & Fadiloğlu, Z. Ç. (2021). İnsan Bakım Modeli'nin Hemşirelik Bakımında Kullanımı: Covid 19. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 227-234.
- Erzincanlı, S., ve Yüksel, A. (2018). Öğrenci hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışlarının bazı değişkenler açısından incelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21(1), 10-17.
- Fitzpatrick, J.J, Whall, A.L. (2005). *Conceptual Models Of Nursing Analysis and Application*, Fourth Edition, Appleton&Lange, New Jersey.
- Gedük, E.A. (2018). Hemşirelik mesleğinin oyuncu rolleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* , 5 (2), 253-258.
- Germer, C. (2004). What is mindfulness? *Insight Journal*, 22, 24- 29.
- Germer, C., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. The Guilford Press.
- Gibbons, C. (2012). Stress, positive psychology and the national student survey. *Psychology Teaching Review*, 18(2), 22-30.
- Gillespie, BM., Chaboyer, W. Ve Wallis, M. (2009) The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: a predictor study. *Int J Nurs Stud* 2009;46:968–76.
- Gökler, R. ve Işıtan, İ. (2012). Modern Çağın Hastalığı; Stres Ve Etkileri/The Disease of Modern Era; Stress and its Effects. *Journal of history culture and art research*, 1(3), 154-168.
- Güçlü, N. (2001). Stres Yönetimi . *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi* , 21 (1) , . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gefad/issue/6769/91096>
- Güler, K., ve Usluca, M. (2021). Yetişkin Bireylerde Bilinçli Farkındalık İle Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Uluslararası Anadolu Sosyal Bilimler Dergisi* , 5 (1), 372-383.

- Hunter, J., & McCormick, D. W. (2008). Mindfulness in the workplace: An exploratory study. In S.E. Newell (Facilitator), *Weickian Ideas*. Symposium conducted at the annual meeting of the Academy of Management, Anaheim, CA.
- İnce, S. Ve Bingöl, S. (2020). Acil serviste çalışan hemşirelerin hemşirelik bakım algıları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 7(1), 23-30.
- Johanson, G. J., & Dapa, F. A. A. I. M. (2006). The use of mindfulness in psychotherapy. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 9(2), 15-24.
- Kaba, İ. (2019). Stres, Ruh Sağlığı Ve Stres yönetimi: Güncel Bir Gözden Geçirme. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (73), 63-81.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York, NY: Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go. *There you are: mindfulness meditation in everyday life*, 304.
- Kabat-Zinn, J. (2000). Indra's net at work: The mainstreaming of Dharma practice in society. In G. Watson & S. Batchelor (Eds.), *The psychology of awakening: Buddhism, science, and our day-to-day lives* (pp. 225-249). North Beach, ME: Weiser.
- Kaçmaz, ED. ve Çam, MO. (2019). Psikiyatri hastalarına bakım veren hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşim düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10 (1):65-74.
- Kara, E., ve Ceyhan, A. A. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık ile İlişkisi: Öz-kontrolün Aracılık Rolü. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 6(1), 9-14.
- Karaca, A., ve Durna, Z. (2018). Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum*, 28(2).
- Karaca S. (2010). Hemşireler için vazgeçilmez bir kavram: kendini tanıma. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*; Cilt:3,Sayı:1:83.
- Karavardar, G. (2015). İş yaşamında farkındalık: İş-aile dengesi ve iş performansı ile ilişkisi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 186-199.
- Kaya, N., Babadağ, K., Kaçar, G., & Uygur, E. (2010). Hemşirelerin hemşirelik model/kuramlarını, hemşirelik sürecini ve sınıflama sistemlerini bilme ve uygulama durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 24-33.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*, 23(1), 4-41.
- Korhan, EA. (2019). Watson'un İnsan Bakım Modeli: Bir Sistemik Derleme. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 2(2):46-68.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual, Second Edition*. New York, NY: The Guilford Press.
- Mcallister, M., and Lowe, J.B. (2011). *The resilient nurse:empowering your practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Menekşe, M. (2019). *Psikolojik Danışmanların Bilinçli Farkındalık Düzeyleri İle Umut Ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişkinine İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyancı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı. 110, Gaziantep.

- Miller, JJ, Fletcher, K. ve Kabat-Zinn, J. (1995). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde farkındalık meditasyonuna dayalı stres azaltma müdahalesinin üç yıllık takibi ve klinik etkileri. *Genel hastane psikiyatrisi* , 17 (3), 192-200.
- Naik, P., Harris, V., & Forthun, L. (2013). Mindfulness: An Introduction: FCS2335/FY1381, 9/2013. *Edis*.
- Ninivaggi, F. J. (2019). *Learned Mindfulness: Physician Engagement and M.D. Wellness* (1st ed.). Academic Press.
- Nourian, M., Nikfarid, L., Khavari, A. M., Barati, M., & Allahgholipour, A. R. (2021). The impact of an online mindfulness-based stress reduction program on sleep quality of nurses working in COVID-19 care units: a clinical trial. *Holistic Nursing Practice*, 35(5), 257-263.
- Okutan, M. (2002). İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri: bir alan uygulaması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(3), 15-42.
- Onat, T. (2019). *Bakım Odaklı Hemşire-Hasta Etkileşim Ölçeği-Kısa Formu'nun (Hemşire-Hasta Versiyonları) Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özcan, A. (2006). *Hemşire-Hasta İlişkisi ve İletişim*. 2. Basım. Ankara : Sistem Ofset Basımevi.
- Özcan, A. (2009). *Hemşire-hasta ilişkisi ve iletişim*. Ankara: Sistem Ofset Basım Yayın.
- Özer Ş (2006) Anksiyete ve Anksiyete Bozukluklarının Kısa Tarihçesi. Editörler: Tükel, R. ve Alkın,T., *Anksiyete Bozuklukları*. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, Ankara, s: 3-4.
- Özkan, A.İ., ve Okumuş, H. (2012). Bakım ve İyileşmenin Kesiştiği Bir Model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 14(2).
- Özlem, Ö. (2020). Psikanaliz ve Edebiyat: İki Terapist Yoldaş. *Uluslararası Kültürel ve Sosyal Araştırmalar Dergisi (UKSAD)*, 6(1), 9-16.
- Özyeşil, Z, (2011). *Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri Ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi*. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Bilim Dalı, 138, Konya.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş., ve Deniz, M. E. (2011). Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160).
- Parlyan, M. A., ve Dökme, S. (2016). Özel hastanelerdeki hemşire ve hastaların iletişim seviyelerinin değerlendirilmesi: Bir hastane örneği. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2).
- Potter A, and Perry A. (2008) *Fundamentals of Nursing*, 7 Edition 40-53. Mosby, USA.
- Rasheed, S. P., Sundus, A., Younas, A., Fakhar, J., & Inayat, S. (2021). Development and testing of a measure of self-awareness among nurses. *Western journal of nursing research*, 43(1), 36-44
- Rasheed, S. P. (2015). Self-awareness as a therapeutic tool for nurse/ client relationship. *International Journal of Caring Sciences*, 8(1), 211–216. Retrieved from <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/24-abstract.pdf>
- Rasheed, SP, Younas, A., & Sundus, A. (2018). Hemşirelikte öz farkındalık: Kapsam belirleme incelemesi. *Journal of Clinical Nursing* , 28 (5-6), 762-774.

- Sapmaz, F., (2015). "Psikolojik Yansımalarıyla Çalışan Kadın ve Değişen Roller," presented at the Icwor.
- Sarazine, J., Heitschmidt, M., Vondracek, H., Sarris, S., Marcinkowski, N., and Kleinpell, R. (2021). Mindfulness workshops effects on nurses' burnout, stress, and mindfulness skills. *Holistic Nursing Practice*, 35(1), 10-18.
- Schutte, N. S. and Malouff, J. M. (2011). Emotional intelligence mediates the relationship between mindfulness and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1116-1119.
- Selye, H. (1974). *Stress Without Dissress*. New York: J.B.Lippencott Comp.
- Sertgöz, B. ve Demir, S. (2022). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin bakım odaklı hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(1): 3-12.
- Shahrokh, N., & Hales, R. (Eds.). (2003). *American Psychiatric Glossary* (8th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and education in professional psychology*, 1(2), 105.
- Siegel, R. D. (2010). *The Mindfulness Solution: Everyday Practices for Everyday Problems*. New York: The Guilford Press.
- Şentürk, S.G., Küçükgüçlü, Ö., Watson, J. (2017). Watson İnsan Bakım Teorisi'nin perspektifinden: Demans hastalığı olan bireye bakım verenlerin bakımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4 (1): 62-72.
- Taylan, S., Alan, S., ve Kadioğlu, S. (2012). Hemşirelik rolleri ve özerklik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(3), 66-74.
- Taylor, M., Hageman, J., Brown, M., (2016). A mindfulness intervention for residents: relevance for paediatricians. *Paediatr. Ann.* 45 (10), 373–378.
- Tektaş, P. (2015). *Watson İnsan Bakım Modeline Temellendirilmiş Hemşirelik Bakımının Gebelik Kaybı Yaşayan Gebelerin Ruh Sağlığına Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. 125, İzmir.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. FA Davis Company.
- Tsang, S. C. H., Mok, E. S. B., Lam, S. C., ve Lee, J. K. L. (2012). The benefit of mindfulness-based stress reduction to patients with terminal cancer. *Journal of clinical nursing*, 21(17-18), 2690-2696.
- Tufan, S. (2021). *Hemşirelik Uygulamalarında Öz Farkındalık Ölçeği: Kültürel Uyarılma Çalışması*. Yüksek Lisans Tezi. Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, 77, Karabük
- Uyer G. Hemşire-Hasta İletişimive İletişimin Hasta Yönünden Önemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 2000; 8(2): 90-94
- Ülev, E. (2014). *Üniversite öğrencilerinde bilinçli farkındalık düzeyi ile stresle başa çıkma tarzının depresyon, kaygı ve stres belirtileriyle ilişkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, 90, Ankara.
- Ünsal, A. (2017). Hemşireliğin Dört Temel Kavramı: İnsan, Çevre, Sağlık\Hayat, Hemşirelik. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 11-28.

- Van der Riet, P., Levett-Jones, T., & Aquino-Russell, C. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse education today*, 65, 201-211.
- Varcarolis, E. M. (2018). Therapeutic relationships. In M. J. Halter (Ed.), *Varcarolis' foundations of psychiatric-mental health nursing: A clinical approach* (8th ed., pp. 125–136). St. Louis, MO: Elsevier.
- Ventrella, M. (2016). *Mindfulness reflective practice and creative novelty among leaders*. Minneapolis: Capella University Social and Behavioral Sciences, Unpublished PhD dissertation.
- Watson, J. (2010). Caring Science, www.watsoncaringscience.org/j_watson/index.html.
- Yağbasanlar, O. (2017). Kavramsal Bir Bakış: Öz-Şefkat, Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi Cilt: 6 Sayı: 2 Makale No: 08 ISSN: 2146-9199.
- Yalçın, N., ve Aştı. (2011). Hemşire-Hasta Etkileşimi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(1), 54-59.
- Yang, J., Tang, S. ve Zhou, W. (2018). Farkındalık temelli stres azaltma tedavisinin psikiyatri hemşirelerinin iş stresi ve ruh sağlığına etkisi. *Psikiyatri Danubina* , 30 (2), 189-196.
- Yıldırım, A. (2014). Sağlık Yönetim ve Hemşirelik Sağlık Sistemi ve Yönetim İlkeleri İşığında Hemşirelik. Ankara: Hedef Cs Yayıncılık.
- Yıldırım, M. (2020). Bilinçli Farkındalık, Öz-Anlayış Ve Anksiyete Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin) Anabilim Dal, 105, Bursa.
- Yürün, Y. (2015). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Davranışlarının Belirlenmesi. KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi. 68, Lefkoşa.
- Zaybak, A., İsmailoğlu, EG. ve Efteli, E. (2014). Hemşirelik öğrencilerinin bakım odaklı hemşirehasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 1 (2): 24-27.

EKLER

EK-1: VERİ TOPLAMA FORMU

Soyo-Demografik Bilgi Formu

Değerli Katılımcılar;

Elinize ulaşılmış olan anket içeriğinde kişisel özelliklerinizi, bilinçli farkındalık durumunuzu ve bakım odaklı hasta hemşire etkileşimini ölçmeye yönelik sorular yer almaktadır. Anketin ilk bölümünde araştırmaya katılacak grubun özelliklerini tanımlamak amacıyla bireysel tarzda sorular yer almaktadır. Lütfen bu kısmı doldurduktan sonra diğer bölümlere geçiniz. Siz değerli katılımcılardan adınız ve soyadınız istenmemektedir. Vereceğiniz bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Sadece araştırmamız için kullanılacaktır. Samimi ve doğru cevaplar vermeniz araştırmamızın güvenilirliği ve verilerin geçerliliği için çok önemlidir. Her soruya cevap vermeniz istenmektedir. Araştırmaya katılımlarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üye. Oya Sevcan ORAK

Sinem GÖKCEK

Yaş :

Cinsiyet

Kadın Erkek

Eğitim Durumu

Lise Lisans Lisanüstü Diğer

Medeni Durum

Evli Bekar

Mesleğinizi seçme nedeniniz?

- Kendi isteğim
 Ailemin veya çevremdekilerin isteği
 Diğer nedenler

Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz?

10 yıl ve altı 11-20 yıl 21 yıl ve üstü

Algılanan gelir Düzeyi

Düşük Orta Yüksek

Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

Evet Hayır

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

Evet Hayır

EK-2: BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ (BFÖ)

	Hemen hemen her zaman	Oldukça sık	Sık	Seyrek	Oldukça seyrek	Nerede yse hiçbir zaman
	1	2	3	4	5	6
1.Bazı duygular yaşıyor ve bir süre bunun farkına varmamış olabiliyorum.	1	2	3	4	5	6
2.İtina etmediğimden, dikkatsizlikten ya da o sırada başka bir şey düşündüğümünden eşyaları kırdığım ya da etrafa saçtığım olur.	1	2	3	4	5	6
3.Bir şey olurken, o anda olanlara odaklanmakta güçlük çekerim.	1	2	3	4	5	6
4.Gideceğim yere yol boyunca yaşadıklarım dikkat etmeden, hızlıca yürümeye meyilliyimdir.	1	2	3	4	5	6
5.Gerçekten dikkatimi çekmediği sürece fiziksel gerginlik veya rahatsızlık hislerinin farkına varmam.	1	2	3	4	5	6
6.Birinin adını neredeyse bana ilk söylendiği anda unuturum.	1	2	3	4	5	6
7.Ne yaptığının pek farkında olmadan otomatik yaşıyor gibiyim.	1	2	3	4	5	6
8.Ne yaptığının farkında olmadan günlük işlere koştururum.	1	2	3	4	5	6
9.Başarmak istediğim hedefe öyle odaklanırım ki, ona ulaşmak için o an ne yaptığının farkına bile varmam.	1	2	3	4	5	6
10.İşleri veya görevleri otomatik olarak, ne yaptığının farkına varmadan yaparım.	1	2	3	4	5	6
11.Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6
12.Arabayı bir yerlere otomatik pilotta gibi sürer, sonra oraya neden gittiğime şaşırıyorum.	1	2	3	4	5	6

13.Kendimi, gelecek veya geçmişle uğraşırken bulurum.	1	2	3	4	5	6
14.Kendimi dikkatimi vermeden bir şeyler yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6
15.Ne yediğimin farkında olmadan atıştırırım.	1	2	3	4	5	6

**EK-3: BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ ÖLÇEĞİ
(BOHHEÖ)**

	ÖLÇEK MADDELERİ	Hiç 1	Biraz 2	Orta Derece 3	Çok 4	Son Derece 5
Hümanizm	1.Hastayı bir bütün olarak ele almak, sadece sağlık sorunu ile ilgilenmediğimi hissettirmek	1	2	3	4	5
	2.Hastanın bakış açısından bakmaya çalışmak	1	2	3	4	5
	3.Hastayı önyargıda bulunmadan, olduğu gibi kabul etmek	1	2	3	4	5
	4.Hasta kadar yakınlarına da saygı göstermek	1	2	3	4	5
	5.Hastayı utandıracak bir tutum içinde olmamak	1	2	3	4	5
	6.Hasta ve yakınlarına karşı insancıl ve sevecen olmak	1	2	3	4	5
Umut	7.Hastanın bana gereksinimi olduğunda, yanında olacağımı hissettirmek.	1	2	3	4	5
	8.Hastayı kendine güvenmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5
	9.Hastanın dikkatini, kendisinin ve sağlık durumunun olumlu yönlerine çekmek	1	2	3	4	5
	10.Hastanın iyileşme çabasını önemsemek	1	2	3	4	5
	11.Hastayı umutlu olabilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5
	12.Hastanın iyileşmesi için nedenler bulmasına yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	13.Hastanın sağlık durumu hakkında ne bildiğini dikkate almak	1	2	3	4	5
Duyarlılık	14.Hastaya, bakım uygulamalarına yönelik isteklerini sormak	1	2	3	4	5
	15.Hasta ve yakınlarına, duygularının anlaşıldığını hissettirmek	1	2	3	4	5
	16.Hasta ile mevcut durumu ve geçireceği aşamaları konuşmak için doğru zamanı planlayabilmek	1	2	3	4	5
	17.Hastanın durumuna yönelik kendi duygularınızı uygun bir şekilde ifade edebilmek	1	2	3	4	5
	18.Hastanın sağlık durumundan yakınlarının nasıl etkilendiği konusunda hastayı bilgilendirmek	1	2	3	4	5

	19.Hasta yakınlarını, hastanın sağlık durumundaki gelişmelerden haberdar etmek	1	2	3	4	5
Yardım Edici	20.Hasta ve yakınları konuştuğunda dikkatle dinlemek	1	2	3	4	5
	21.Hastaya, isminizi ve görevinizi açıkça ifade ederek kendinizi tanıtmak	1	2	3	4	5
	22.Hasta size gereksinim duyduğunda en kısa sürede yanıt vermek	1	2	3	4	5
	23.Yapacağım dediğiniz şeyleri yapmak, güvenilir olmak	1	2	3	4	5
	24.Bakım verirken hastaya ve yapılan uygulamaya odaklanmak	1	2	3	4	5
	25.Hasta konuşurken sözünü kesmemek	1	2	3	4	5
	26.Hastanın düşünce ve davranışlarını olumsuz bir şekilde eleştirmemek	1	2	3	4	5
Duygu İ. E.	27.Hastayı, duygu ve düşüncelerini özgür bir şekilde ifade edebilmesi için cesaretlendirmek	1	2	3	4	5
	28.Hasta sinirlendiğinde sakin kalabilmek	1	2	3	4	5
	29.Hastanın, durumu ile ilgili duygularının farkında olmasını sağlamak	1	2	3	4	5
	30.Hasta zor anlar yaşadığında yanında olmak	1	2	3	4	5
	31.Hastaya, baş edilmesi güç olan duygularını ifade etmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	32.Hastaya ağrı, üzüntü ve korku gibi duygularını ifade edebilme fırsatı vermek	1	2	3	4	5
Sorun Çözme	33.Hastaya, sağlık durumunu dikkate alan, gerçekçi hedefler belirlemesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	34.Hastaya, (genel ya da sağlık durumundan kaynaklanan) stres ile baş edebilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	35.Hastaya, farklı bir bakış açısından bakabilmesi için yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	36.Hastaya, sorunlarını etkili bir şekilde çözebilecek yöntemleri öğrenmesi ve kullanması için yardımcı olmak	1	2	3	4	5

	37.Hastanın davranışlarının sonuçlarını, hasta ile birlikte tanımlamaya çalışmak	1	2	3	4	5
	38.Hasta ve yakınlarını, gereksinimlerini karşılayabilecek uygun kaynaklar konusunda bilgilendirmek (örn: toplum sağlığı merkezleri vb.)	1	2	3	4	5
Öğretim	39.Hastayı, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili sorular belirlemesi ve ifade etmesi için desteklemek	1	2	3	4	5
	40.Hasta ve yakınlarının, yapılan açıklamaları doğru bir şekilde anlayıp anlamadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5
	41.Hastanın bilinçli kararlar verebilmesi için gerekli olan bilgiyi sağlamak	1	2	3	4	5
	42.Hastaya, bakım ve tedavilerini uygulamadan önce işlemi açıklamak	1	2	3	4	5
	43.Hasta ya da yakınlarının anlayamayacağı bir dil ya da terim kullanmamak	1	2	3	4	5
	44.Hastaya, bakımını kendi başına yapabilmesi için fırsat vermek	1	2	3	4	5
	45.Hastaya bilgi verirken ya da sorularını cevaplarken, hastanın anlama düzeyine saygı göstermek	1	2	3	4	5
	46.Hastaya, ilaçlarını nasıl programlayacağını ve hazırlayacağını öğretmek	1	2	3	4	5
	47.Hastaya, tedavilerinin etkilerini önlemeye ya da gidermeye yönelik belirtileri ve uygulanacak yöntemleri anlatmak.	1	2	3	4	5
Çevre	48.Hasta, yalnız kalmaya gereksinim duyduğunda anlayış göstermek	1	2	3	4	5
	49.Hastanın rahatlamasını sağlamak (örn;sırt masajı önermek, pozisyonunu değiştirmesine yardım etmek, ışıklandırmayı düzenlemek vb.)	1	2	3	4	5
	50.Hastaya bakım verdikten sonra odayı eski düzenine getirmek	1	2	3	4	5
	51.İlaçların, hastanın şikayetlerini (örn; mide bulantısı, ağrı, konstipasyon, anksiyete vb.) hafifletip	1	2	3	4	5

	hafifletmediğini kontrol etmek					
	52.Hastanın mahremiyetine saygı göstermek (örn; hastaların üzerini gereksiz yere açık bırakmamak)	1	2	3	4	5
	53.Hastanın yanından ayrılmadan önce gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmadığını kontrol etmek	1	2	3	4	5
	54.Hastanın, önem verdiği bireylerin getirmesinden hoşlanacağı şeyleri açıklamasına yardım etmek	1	2	3	4	5
Gereksinimler	55.Hastaya, gereksinimlerini karşılayamadığında yardımcı olmak	1	2	3	4	5
	56.Tedavilerin (intravenöz enjeksiyonlar, sargı vb.) hastaya nasıl uygulanacağını bilmek	1	2	3	4	5
	57.Hastaya uygulanan özel araç-gereçlerin (pamplar, monitörler vb.) nasıl kullanılacağını bilmek	1	2	3	4	5
	58.Planlanan zamanda tedavileri yapmak veya ilaçları vermek	1	2	3	4	5
	59.Hasta yakınlarını, hastayı desteklemeleri için teşvik etmek (hastanın onayı ile)	1	2	3	4	5
	60.Hastanın sağlık durumunu dikkatle izlemek	1	2	3	4	5
	61.Hastaya, durumu üzerinde söz sahibi olduğunu hissettirmek	1	2	3	4	5
	62.Hızlı hareket edilmesi gereken durumlarda ne yapılacağını bilmek	1	2	3	4	5
	63.Hemşirelik uygulamalarında becerilerin gösterilmesi	1	2	3	4	5
	64.Hastanın temel gereksinimlerini dikkate almak (örn; uyku, hijyen vb.)	1	2	3	4	5
Maneviyat	65.Hastaya, kendini iyi hissetmesi için destek olmak	1	2	3	4	5
	66.Dua, meditasyon vb. yöntemlerin hastanın rahatlamasına yardımcı olacağını bilmek	1	2	3	4	5
	67.Hastaya, yaşamındaki önceliklerini belirlemesi için yardım etmek	1	2	3	4	5
	68.Hastaya, sağlık durumunu nasıl algıladığını ifade edebilmesi için yardım etmek	1	2	3	4	5

	69.Hastaya, yaşamında belirli bir denge kurması için yardım etmek	1	2	3	4	5
	70.Hastanın manevi gereksinimlerini dikkate almak (örn; dua etmek, meditasyon, belirli törenlere katılmak vb.)	1	2	3	4	5

EK-4: ETİK KURUL ONAY FORMU



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURUL KARARLARI

KARAR TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
27.11.2020	10	2020/794

KARAR NO: 2020/794 Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi Sinem GÖKCEK' in Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK danışmanlığında “Hemşilerin Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Arasındaki İlişki” isimli isimli Yüksek Lisans ilişkin anket çalışmasını içeren 37076 sayılı dilekçesi okunarak görüşüldü.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Yüksek Lisans Öğrencisi Sinem GÖKCEK' in Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK danışmanlığında “Hemşilerin Bilinçli Farkındalık Düzeyi İle Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Arasındaki İlişki” isimli Yüksek Lisans ilişkin anket çalışmasının kabulüne oy birliği ile karar verildi.

**EK-5: ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ (OMÜSUVAM)**



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-15374210-100-11448
Konu : Anket İzni (Sinem GÖKÇEK)

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.01.2021 tarihli ve E-72975315-100-9283 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Ana Bilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Sinem GÖKÇEK'in Dr. Öğr. Üyesi Oya Sevcan ORAK danışmanlığında yürüttüğü "Hemşirelerin Bilinçli Farkındalık Düzeyi ile Bakım Odaklı Hasta Hemşire Etkileşimi Arasındaki İlişki" konulu tez çalışması ile ilgili anket çalışmasını Hastanemizde uygulama isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Türker YARDAN
Merkez Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 8PGI-IBJH-0D9V

Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.omu.edu.tr>

Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi 55139 Kurupelit / SAMSUN

Telefon No : 0362 312 19 19

e-Posta :

Fax No : (362) 457 60 29

İnternet Adresi : <http://www.omu.edu.tr/>

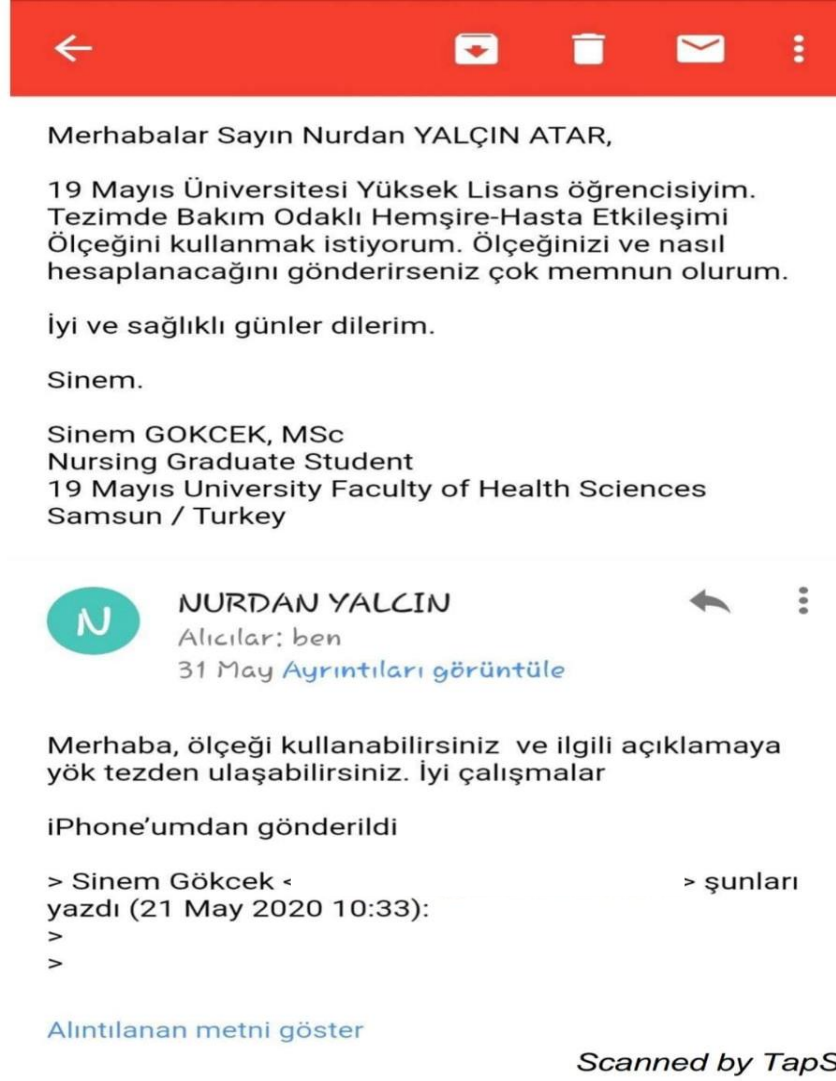
Bilgi İçin : Fahrettin BEYAZ

Memur

Telefon No:0362 312 19 19



EK-6: BAKIM ODAKLI HEMŞİRE-HASTA ETKİLEŞİMİ ÖLÇEĞİ İZNİ



EK-7: BİLİNÇLİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ İZİNİ



Merhabalar Sayın Devrim Çatak,

19 Mayıs Üniversitesi Yüksek Lisans öğrencisiyim. Tezimde Bilinçli Farkındalık Ölçeğinizi kullanmak istiyorum. Ölçeğinizi ve nasıl hesaplanacağını gönderirseniz çok memnun olurum.

İyi ve sağlıklı günler dilerim.

Sinem.

Sinem GOKCEK, MSc
Nursing Graduate Student
19 Mayıs University Faculty of Health Sciences
Samsun / Turkey



Pelin Strebler

Alicılar: ben

21 May [Ayrıntıları görüntüle](#)



Olcek ekte. Toplam puan maddelerinin toplamının ortalamasına essittir. Kolay gelsin.

[Alıntılanan metni göster](#)

--
Pelin Strebler, Ph.D.
Neuropsychology Fellow
Henry Ford Health System

Scanned by TapScanner

ÖZ GEÇMİŞ

Sinem GÖKCEK, Samsun Asarcık Anadolu Lisesi’ni bitirdikten sonra Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümünden 10.06.2019 tarihinde mezun oldu. 2019 yılında OMÜ LEE Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans programına girdi. Mezuniyetinden bu yana Samsun Vezirköprü Devlet Hastanesinde Hemşire olarak görev yapan Sinem GÖKCEK, orta derecede İngilizce bilmektedir.

İletişim Bilgileri

ORCID ID : <https://orcid.org/0000-0003-2481-4773>.

Yayımlar:

1. Gökcek S., Orak OS., Hemşirelik ve Bilinçli Farkındalık. Poster Bidiri. “5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 10-12 Mart 2022, Burdur”. 5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongre Özet Kitapçığı: 474
2. Gökcek S., Orak OS., Psikiyatri Hemşireliğinde Bakım Odaklı Hemşire Hasta Etkileşimi, Tam Metin ve Poster Bildiri. “6. Uluslararası Akademik Öğrenci Çalışmaları Kongresi 23-24 Nisan, İstanbul”. 6. Uluslararası Akademik Öğrenci Çalışmaları Kongre Tam Metin Kitapçığı: 589