



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN OLGULARIN ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE HEMŞİRELİK BAKIMI
ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Özge BULDAN

**Ocak 2017
DENİZLİ**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**KRONİK HASTALIĞI OLAN OLGULARIN ANKSİYETE VE
DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE HEMŞİRELİK BAKIMI ALGISI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Özge BULDAN

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN

Denizli, 2017

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

Özge BULDAN tarafından Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN yönetiminde hazırlanan "Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki" başlıklı tez tarafımızdan okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı/ Danışman: Prof. Dr.Nevin KUZU KURBAN
Pamukkale Üniversitesi



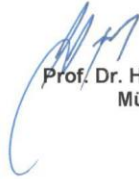
Üye : Doç.Dr. Gülelgün TÜRK
Adnan Menderes Üniversitesi



Üye : Doç. Dr. Asiye KARTAL
Pamukkale Üniversitesi



Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
03.10.2017 tarih ve ... sayılı kararıyla onaylanmıştır.



Prof. Dr. Hakan AKÇA
Müdür

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı: Özge BULDAN

İmza : 

ÖZET

KRONİK HASTALIĞI OLAN OLGULARIN ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYLERİ İLE HEMŞİRELİK BAKIMI ALGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Özge BULDAN

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik AD

Tez Yöneticisi: Prof. Dr. Nevin Kuzu KURBAN

Ocak 2017, 75 Sayfa

Bu araştırma, kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeylerinin hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlayan tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırma örneklemini Denizli ilinde bir üniversite hastanesinde, Dahili birimlerde (Göğüs Hastalıkları, Genel Dahiliye, Nefroloji, Endokrinoloji, Nöroloji, Kardiyoloji) yatan kronik hastalığı olan olgular oluşturmuştur. Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ) ile toplanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmış, SPSS paket programıyla analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma, ki-kare analizi, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi, Mann-Whitney U testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Hastaların HAD A ölçek puan ortalaması $8,05 \pm 2,45$, HAD D ölçek puan ortalaması $6,24 \pm 2,43$ olarak bulunmuştur. HHBAÖ puan ortalaması $47,18 \pm 5,42$ olarak saptanmıştır. Hastanede yatış günü ile HAD A ölçek puanı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Sağlık güvencesi ve kronik hastalık sayısı ile HAD D ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastaların yattıkları servislere ve hemşirelerin yapılan işlemler hakkında bilgi verip vermeme durumuna göre HHBAÖ puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastaların HAD A ölçek puan ortalaması ile HHBAÖ puanı arasında çok zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p = 0,008$). Kullanılan ölçeklerin kesme puanlarına göre değerlendirme yapıldığında, hastaların bakım algısı orta düzeyde, anksiyete ve depresyon puanları düşük düzeyde bulunmuştur. Olguların anksiyete puanları yükseldikçe, bakım algısı puanlarında düşme ve aralarında çok zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak, hemşirelerin hastalarının anksiyete ve depresyon puanlarını tarama testleri ile değerlendirmesi, emosyonel durumlarının dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlayıp uygulaması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, Anksiyete, Depresyon, Hemşirelik bakımı
Hastaların bakım algısı.

ABSTRACT**THE RELATIONSHIP BETWEEN NURSING CARE PERCEPTION WITH ANXIETY AND DEPRESSION LEVELS OF CHRONIC DISEASE CASES.**

BULDAN, Özge

M.Sc. Thesis in Nursing
Supervisor: Prof.Dr. Nevin KUZU KURBAN (RN, PhD)

January, 2017, 75 Pages

This descriptive study was conducted to determine the relationship between nursing care perceptions with anxiety and depression levels on chronic disease cases. The sample of study was selected from cases with chronic illnesses inpatient in the internal units (Chest Diseases, General Internal Medicine, Nephrology, Endocrinology, Neurology, Cardiology) in a university hospital in Denizli. The data were collected through the personal information form prepared by the researcher in accordance with the literature, the Hospital Anxiety Depression Scale (HAD) and the scale of Patient Perception of Hospital Experience with Nursing Care (PPHEN). The data were collected by the researcher using face-to-face interview technique and analyzed by SPSS packet program. Continuous variables, median±standard deviation and categorical variables were given as percentage. In evaluation of the data, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis Variance Analysis, Paired Samples t Test, Chi-Square Analysis, Difference Between Two Means Significance Test or One-Way ANOVA were used. HAD – Anxiety point mean was found as $8,05\pm 2,45$ and HAD – Depression point mean was found as $6,24\pm 2,43$. The mean total score was $47,18\pm 5,42$ on the Scale of Patient Perception of Hospital Experience with Nursing. There was a statistically significant difference between hospital day and HAD A scale score ($p<0,05$). There was a significant difference between health insurance and number of chronic diseases and HAD D scale point average ($p<0,05$). There was a significant difference between PPHEN score according to whether the patients were informed about the services they had and the procedures performed by the nurses ($p<0,05$). There was a very weak correlation between HAD A Scale averages and PPHEN scores of patients ($p=0,008$). When the scales used were evaluated according to the cut-off scores, the caregivers' perception was moderate and their anxiety and depression scores were low. In conclusion, it is suggested that nurses evaluate the anxiety and depression scores of patients with screening tests and plan and apply appropriate nursing care considering emotional situations.

Key words: Chronic disease, Anxiety, Depression, Nursing care, Patients' perceptions.

TEŞEKKÜR

Tezin planlanmasında, düzenlenmesinde, sonuçların yorumlanmasında ve yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini, özverilerini ve bilgilerini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN'a

Araştırmanın istatistiksel değerlendirmesinde yardımcı olan Biyoistatistik Anabilim Dalından Arş. Gör. Hande ŞENOL'a

Tez çalışmam sürecinde yardımlarını esirgemeyen ve kritik yorumlarını paylaşan hocalarım Prof. Dr. Mağfiret KAŞIKÇI'ya ve Yrd. Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN'a,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğüne, araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara,

Ve beni bugünlere getiren, tüm hayatım boyunca her koşulda yanımda olan canım annem Gülcan BULDAN'a, babam Mehmet BULDAN'a ve tüm dostlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Özge BULDAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
TEŞEKKÜR	vii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ	viii
TABLOLAR DİZİNİ	xi
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Amaç	4
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	5
2.1.Kronik Hastalıklar ve Önemi.....	5
2.1.1. Kronik hastalık kavramı.....	6
2.1.2. Kronik hastalık algısı	7
2.1.3. Kronik hastalıklara uyum süreci.....	9
2.2. Kronik Hastalıklara Bağlı Anksiyete ve Depresyon	10
2.2.1. Kronik hastalıklarda anksiyete	12
2.2.2. Kronik hastalıklarda depresyon	13
2.3. Hemşirelik ve Bakım	14
2.3.1. Hemşirelik bakımı	15
2.3.2 Hastaların bakım algısı kavramı	16
2.3.3. Hemşirelikte hasta memnuniyeti.....	18

2.3.4. Hemşirelikte bakım kalitesi.....	19
2.3.5. Hastaların bakım algısını etkileyen faktörler	20
2.4. Hemşire Hasta İletişimi.....	24
2.5. Araştırma Soruları	26
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	27
3.1. Araştırmanın Şekli.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	28
3.4. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	28
3.6. Araştırma Dahil Edilme Kriterleri	28
3.7. Verilerin Toplanması	29
3.7.1. Veri Toplama Araçları	29
3.7.1.1. Kişisel Bilgi Formu	29
3.7.1.2. Hastanın Hemşirelik Bakımını Anlayışı Ölçeği (HHBAÖ).....	29
3.7.1.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD).....	30
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	31
4. BULGULAR	32
5. TARTIŞMA.....	48
5.1. Olguların Sosyo-Demografik, Klinik ve Hastalık Özelliklerine Göre HAD A Puanlarının Karşılaştırılması	48
5.2. Olguların Sosyo-Demografik, Klinik ve Hastalık Özelliklerine Göre HAD D Puanlarının Karşılaştırılması	52

5.3. Olguların Sosyo-Demografik,Klinik ve Hastalık Özelliklerine Göre HHBAÖ Puanlarının Karşılaştırılması	56
6. SONUÇLAR	61
6.1. Sonuçlar.....	61
6.2. Öneriler	62
7. KAYNAKLAR	64
8. ÖZGEÇMİŞ	75
9. EKLER	
Ek-1.Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Merkez Müdürlüğünden Kurum İzni	
Ek -2. Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul Onayı	
Ek-3.Tez İsim Değişikliği ile İlgili Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul Onayı	
Ek- 4.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Tez Onayı Yönetim Kurulu Kararı	
Ek- 5. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Tez İsim Değişikliği Onayı Yönetim Kurulu Kararı	
Ek- 6.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi	
Ek-7.Kişisel Bilgi Formu	
Ek-8. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)	
Ek-9.Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ)	

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 4.1 Olguların sosyo-demografik özellikleri.....	32
Tablo 4.2 Olguların klinikleri ve hastalıkları ile ilgili tanımlayıcı bilgiler.....	34
Tablo 4.3 Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre HAD A ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	36
Tablo 4.4 Olguların klinik ve hastalık özelliklerine göre HAD A ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	38
Tablo 4.5 Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre HAD D ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları.....	40
Tablo 4.6 Olguların klinik ve hastalık özelliklerine göre HAD D ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları.....	42
Tablo 4.7 Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre HHBA ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	44
Tablo 4.8 Olguların klinik ve hastalık özelliklerine göre HHBA ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları	46
Tablo 4.9 Olguların HAD A ve HAD D ölçek puanlarıyla HHBA ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki	47

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

DM.....	Diyabetes Mellitus
HAD-A.....	Hastane Anksiyete Depresyon-Anksiyete
HAD-D.....	Hastane Anksiyete Depresyon-Depresyon
HHBAÖ.....	Hastaların Hemşirelik Bakım Algısı Ölçeği
ICN.....	International Council of Nursing: Uluslararası Hemşirelik Konseyi
KBY.....	Kronik Böbrek Yetmezliği
KOAH.....	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
Max.....	Maksimum
Min.....	Minimum
S.S.....	Standart Sapma

1. GİRİŞ

Hemşirelik, birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve hastalık durumunda iyileştirme ya da yetersizlikleri ile baş etmesine yardımcı amaçlayan, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (Ulusoy ve Görgülü 2001). Hemşirelik bilim ve sanatının odağını, sağlıklı/hasta bireye yönelik bakım oluşturur. Bakım, hemşirelik mesleğinin varoluş nedeni ve önemli bir yapı taşıdır (Acaroğlu 2003). Hemşireliği diğer mesleklerden ayıran en önemli ve bağımsız rolü bakım kavramıdır. Bu kavramla ilgili olarak; Dinç (2010); bakımın hemşirelik alanında üzerinde en çok tartışılan ve hemşirelik uygulamalarında hemen her gün kullanılan bir terim olmasına karşın, hemşirelik literatüründe bakım kavramı konusunda üzerinde uzlaşmış ortak bir tanımının olmadığını belirtmektedir.

Hasta bakım kavramı genellikle hemşirelik bakımından memnuniyet ile birlikte kullanılan bir kavramdır. Irurita (1999), hastaların hemşirelik hizmetlerini algılama düzeylerinin geniş ölçüde hastanın sosyal durumuna, yaşına, eğitim düzeyine, kültürel geçmişine ve etnik yapısına bağlı olduğunu, aynı zamanda hemşirelerden aldıkları destek, hemşirelerin onlara gösterdiği saygı, sorularına açık ve doğru yanıt vermeleri, hastaların her zaman hemşireye ulaşabilmesinin memnuniyet için önemli göstergeler olduğunu belirtmektedir. Hastaya özel hemşirelik bakımının verilmesiyle, hastaya kendisinin değerli olduğu hissettirilerek, kaliteli bir bakım almasının sağlanacağı düşünülmektedir. Ardahan (2006); başkaları tarafından sevildiğini, sayıldığını, gerektiği zaman yardım bulacağını, ilişkilerinin doyum verici olduğunu düşünen kişinin algıladığı desteğin daha fazla olduğunu; Aksüllü ve Doğan (2004) bireyin hissettiği ve algıladığı desteğin birey için daha yararlı olduğunu belirtmektedir. Kaya (2011) hemşirelerin empatik beceri düzeyleri ile hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını karşılaştırdığı bir çalışmada; hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili kararlarda fikirlerinin alınmasının hemşirelik bakım algısını etkilediği sonucuna varmıştır. Algier vd (2005)'nin çalışmasında; hasta ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerini algılamalarında farklılıklar olduğunu, bu farklılıkların hemşirelerin fizyolojik

girişimleri, hastaların ise davranışsal girişimleri daha önemli bulmasından kaynaklandığını saptamışlardır.

Hemşireler, hastaların tanı/tedavi işlemleri sırasında durumdan nasıl etkilendiğini yakından gözlemlene şansına sahip olan sağlık çalışanlarıdır (Demir vd 2000). Hastaneye yatış hasta ve hasta ailelerinin anksiyete ya da kriz yaşamalarına neden olabilir (Ertem ve Ay 2008). Kronik hastalıkları olan bireylerin destekleyici kaynaklarının yetersiz olması, bireylerin kendilerini yalnız ve çaresiz hissetmesine neden olur, dolayısıyla bu durumun bireylerde anksiyete ve depresyon için önemli bir risk faktörü ile karşı karşıya olduğunu düşündürmektedir. Özellikle hastaneye yatan kronik hastalıkları olan bireylerde sık sık hastaneye yatmanın, günlük yaşam aktivitelerini kısıtladığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği göz önünde bulundurulursa, hemşirenin bireyi desteklemedeki rolü daha net fark edilebilir.

Yatan hastalarda ortaya çıkan anksiyete ve depresyon gibi emosyonel tepki ve değişiklikler, tedaviye uyumda güçlükler neden olması, hastalık seyrini etkilemesi, ileri psikiyatrik bozukluklara neden olması ve sağlık personeli ile ilişkilere yansımaları açısından izlenmesi ve müdahale edilmesi gereken önemli bir konudur (Özkan 1993, Kocaman 2006). Boztaş ve Arısoy (2010); fiziksel hastalıklara eşlik eden depresyonun, hastanın tedaviye uyumunu, hastalığın prognozunu, morbidite ve mortalitesini olumsuz yönde etkilediğini vurgulamıştır. Hochlehnert vd (2007); kronik fiziksel hastalığı olanlarda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaygınlığını %42 olarak bulmuşlardır. Bedensel hastalık nedeniyle hastanede yatan hastalarda en sık görülen psikiyatrik tanılar arasında depresif bozukluklar %9,6-44,6 arasında saptandığı belirtilmiştir (Aslan vd 2003). Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların %49,2'sinin depresyon ve %36,0'sinin ise anksiyete bozukluğu riski altında olduğu bildirilmiştir (Okanlı vd 2006). Canan vd (2008) yatan hastalarda yaptıkları çalışmada en sık psikiyatri konsültasyonu isteyen bölümlerin iç hastalıkları (%24,2), göğüs hastalıkları (%15,2) ve beyin cerrahisi (%13,6) olarak sıralandığını tespit etmişlerdir. Bu çalışmaların sonuçlarından, bireylerin hastalıklara verdiği duygusal tepkiyi gözlemlenmede hemşirelere önemli bir rol düştüğünü, psikiyatri servisleri dışında çalışan hemşirelerin de servislerde yatan hastaların verdiği duygusal tepkiyi bakım uygulamaları sırasında gözlemlenmesi gerektiği sonucuna varılabilir.

Hasta memnuniyeti ile ilgili yapılan çalışmalar olduğu gibi (Akın ve Erdoğan 2007, Arslan 2009, Aytar ve Yeşildal 2004, Tükel vd 2004), hastanın hemşirelik bakım algısı ile bakım algısını etkileyen faktörler konusunda da çalışmalara rastlanmıştır (Dozier vd 2001,

Çoban 2006, Kaya 2011, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014, Göktaş vd 2015). Hastaların kronik hastalığının olması durumu ile Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ) puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğu (Aydın 2014, Çoban 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008) ve kronik hastalığı olmayan hastaların, olanlara göre hemşirelik bakımından daha memnun oldukları saptanmıştır (Çoban 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008).

Kaya (2011) çalışmasında hemşirelerin iletişim ve empatik beceri düzeyleri ile hastaların hemşirelik bakımını algılamaları arasındaki ilişkiyi karşılaştırmıştır. Çalışmada 60 yaş ve üzerindeki hastaların hemşirelik bakımı algısı diğer hastalara göre daha yüksek düzeydedir. Hastayla ilgili karar alınırken her konuda görüşü alınan hastaların hemşirelik bakım algısı, bazı konularda görüşü alınan ve kararları daha çok hemşirelerin verdiği hastaların bakım algısından yüksek olduğu ve muayene olurken, bakımı yapılırken hastaların mahremiyetine gösterilen özenin, hastaların hemşirelik bakım algısını etkilediği belirtilmektedir.

Geçkil vd (2008) tarafından hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, hastaların hemşirelik bakımına yönelik en yüksek düzeyde memnuniyet ifade ettikleri alanların hemşirelerin mahremiyete gösterdikleri saygı, işlerindeki becerileri ve serviste hastalara tanınan serbestlik miktarı olduğu görülmektedir. Hastaların bakımdan en düşük düzeyde memnuniyet ifade ettikleri alanların ise hemşirelerin hastaların endişe ve korkularını dinleme biçimi, hastaları evlerindeymiş gibi hissettirme ve hastaların akraba ve arkadaşlarını rahatlatma biçimi olduğu görülmüştür. Hastaların hemşirelik bakımından orta düzeyde memnun oldukları bulgusu hasta memnuniyetinin geliştirilmesi gerekliliğine kanıt oluşturmaktadır. Hastaların hemşireler tarafından endişe ve korkularının dinlenme biçiminden memnun olmamaları, hemşirelik bakımında hastaların manevi desteğe verdikleri önemi göstermektedir.

Yetişkin (2008) tarafından yapılan çalışmada ise, hemodiyaliz programında yer alan kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan hastalarda yeti yitimi, depresyon ve anksiyete birlikteliğinin ortaya çıkarılması ve diğer parametrelerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. HAD-A ve HAD-D ile yapılan çalışmada, KBY grubunun kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek anksiyete ve depresyon riski taşıdığı bulunmuştur. KBY grubunda 75 hastadan %35,7'sinin depresyon, %25,3'nün anksiyete riski taşımasına rağmen, psikiyatrik hastalık tanısı almış olanların sadece 4 kişi olduğu belirtilmiştir.

Hacıhasanoğlu vd (2010) tarafından yapılan çalışma, bir sağlık ocağına herhangi bir nedenle başvuran kronik hastalığa sahip bireylerin, depresyon ve anksiyete düzeylerini belirlemek amacı ile yapılmıştır. Çalışma sonucuna göre yaş ve cinsiyetin, anksiyete puan ortalamasını; yaş ve eğitim durumunun ise depresyon puan ortalamasını istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde etkilediği belirlenmiştir.

Mehel Tutuk vd (2014)' de yapılan araştırma Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tanısı ile hastaneye sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonucuna göre hastaların yaşı ve sosyal güvence durumu ile depresyon arasında, hastaların yaşadıkları kişi, hastalık süresi, KOAH nedeni ile hastanede yatma durumu ile anksiyete arasında anlamlı yüksek bir farkın olduğu saptanmıştır.

Yapılan bu çalışmalarda hemşirelik bakımı algısı ayrı (Çoban, 2006; Geçkil vd 2008, Çoban 2010, Kaya 2011), kronik hastalıklarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ayrı kavramlar olarak ele alınmıştır (Yetişkin 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Mehel Tutuk vd 2014). Hastanın anksiyete ve depresyon puanları ile bakım algısı arasındaki ilişkiyi birlikte inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır.

1.1. Amaç

Bu çalışmada, hastanede yatan kronik hastalıkları olan olguların anksiyete ve depresyon puanları ile bakım algısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Kronik Hastalıklar ve Önemi

Kronik hastalıklar uzun dönemli hastalıklar olması sebebiyle, hastalığa yakalanan bir kişi hastalığı ile uzun yıllar boyunca yaşamak zorundadır. Bu yaşam süreci içinde bireylerin var olan hastalıklarına başka kronik hastalıklarda eklenebilir (Bilir 2006).

Bütün bunların sonucunda; yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaya başlar. Örneğin, ülkemizde 65 yaş ve üzeri yaşlı nüfusun %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç, %15'inde dört ve dörtten daha fazla kronik sağlık sorunu bulunmaktadır. Türkiye genelinde hastaneye yatış oranı %17,3 civarında iken, yaşlılarda bu oran kronik hastalıkların da varlığıyla birlikte %31'e çıkmaktadır (Aslan vd 2014).

Kronik hastalıklar, günümüzde sağlık sisteminde değerlendirilmesi gereken güncel ve önemli sağlık sorunları arasında sayılmaktadır (Akdemir ve Birol 2003). Kronik hastalıklar yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesini negatif etkileyip, yaşam kalitelerini düşürmekte ve bakım sorunlarına neden olmaktadır. Yaşlıların fiziksel yetersizlikleri, ağrıları, kanser, kardiyovasküler hastalıkları, bilişsel bozuklukları, azalmış yaşam beklentileri ve sosyal izolasyon gibi sorunları yaşlılara özel sağlık sorunları olmasa da, sık görülen sağlık problemleri olduğu belirtilmiştir (Güler vd 2009).

Yaşları 65-79 arasındaki yaşlıların %11,5'nin hareket etme, banyo, giyinme, tuvalet ve yemek yeme gibi günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinimi vardır. Osteoartrit ve diğer romatizmal hastalıklar, 65 yaş ve üzeri yaş grubunun %50'sinde görülür. Bu sorunlar yaşlılarda işlevsel yetersizliğe neden olmaktadır. Ayrıca duyu kayıpları, kalp hastalıkları, kırıklar, hipertansiyon, diyabet, kanser gibi kronik hastalıklar da günlük yaşantıyı etkilemektedir (Güler vd 2009).

Kronik hastalıklar yaşlı popülasyonunda önemli morbitide ve mortalite sebebidir. Doğal olarak özellikle üçüncü basamak hastanelerin dâhiliye kliniklerde kronik hastalığı olan yaşlılar gittikçe artmaktadır (Akgün vd 2004).

2010' da tüm sağlık harcamalarının %86'sı bir ya da daha fazla kronik hastalığı olan bireyler için yapılmıştır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl 38 milyon kişinin ölmesine neden olmaktadır. Bu ölümlerin yaklaşık üçte biri düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde gerçekleşmektedir ve bu ülkelerde 70 yaştan önce ölümlerin %82'sinden bu hastalıklar sorumludur (Ovayolu ve Ovayolu 2016).

Bu sebeple kişileri; yaşlılık dönemi hastalıklarından koruyup daha sağlıklı bir yaşam dönemi geçirmeleri sağlanmalıdır. Bireyler için hayat boyunca kronik hastalıklardan koruyan uygulamalar ile birlikte bu konuyla ilgili sağlık eğitim programlarının devam ettirilmesine dikkat edilmelidir (Özer 2001).

Bunlara rağmen çeşitli sebeplerle herhangi bir kronik hastalığa yakalanmış bireyler olduğunda, kendilerine verilecek rehabilitasyonda yaşlı bireylerin olası en yüksek bağımsızlık düzeyine ulaşması sağlanıp, mümkün olduğu kadar günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilme yeteneği yeniden kazandırılmalıdır. Özellikle, 85 yaş üzeri yaşlıların %40'ının günlük yaşam aktivitelerinde yardıma gereksinim duyduğu belirtilmektedir (Fadıloğlu ve Tokem 2004).

Gelişmiş ülkelerin geçmişine bakıldığında; sağlık ve sağlıklı birey yetiştirme konusunun ön planda olduğu görölmektedir. Çünkü beden ve ruh sağlığı sağlam olan bireylerin topluma katkısı daha fazladır ve toplumun gelişimi için daha fazla katkı sağlayabilirler. Sağlığın bu kadar değerli olduğu bir dünyada; gelişmiş ülkelerde sağlık kuruluşlarına ve sağlık personeli yetiştirilmesine verilen önem giderek artmaktadır (Gültekin ve Baran 2005).

2.1.1. Kronik hastalık kavramı

Beklenen yaşam süresinin uzaması, doğurganlığın azalması, enfeksiyon hastalıklarının kontrol altına alınması, yaşam koşullarının değişmesi toplumların yaşlanmasına neden olmuştur. Toplumların yaşlanması ile birlikte hastalık örüntüleri değişmiş kronik ve dejeneratif hastalıklar nedeniyle ölümler ve sakatlıklar artmaya başlamıştır (Mollaoğlu 2007). Kronik hastalıklar, insanların en verimli dönemini kapsayan yirmi, altmış dört yaş grubundaki ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmakta ve dünyada giderek artmaktadır (Beaglehole vd 2008).

Yaşlı popölasyonunun çoğalması ve kronik hastalıkların artışı nedeniyle bakıma muhtaç bireylerin sayısında da artış olmuştur. Kronik hastalıkların bakımı için özel eğitim

gerektiren sağlık personeline, bakım için uzun bir zamana ve bütçeye ihtiyaç vardır. Yaşlıların hastanede yatarak uzun süre tedavi edilmesinin ülkelere getirdiği maddi yük, nüfusun hızla çoğalması, kişi başına düşen hastane yatak sayısında azalmaya, hastada hastaneye yatış ile ilgili birçok fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlara neden olabilmektedir (Bahar ve Parlar 2007).

Kronik hastalıklar, uzun dönemli, kendiliğinden iyileşme olmayan, karmaşık, toplum üzerindeki etkileri ve kendi arasında nedenleri bakımından çeşitlilik gösteren ve bazıları ölüme sebep olurken bazıları işlev kaybı oluşturan hastalıklardır (Beaglehole vd 2008).

Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalığı “uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar” olarak ve kronik durumu ise “birkaç yıl veya on yıl boyunca sürekli bakıma ihtiyaç duyulan sağlık sorunları” olarak tanımlar. Bulaşıcı olmayan hastalıklar bir enfeksiyon ajanından kaynaklanmayan genetik yatkınlık, yaşam tarzı veya çevresel maruziyetten kaynaklanan hastalıklar olarak da tanımlanır (Akın ve Durna 2012).

Kronik hastalıklar hastanın organ fonksiyonlarını yerine getirmede kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen, hissedilebilen değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle tam tedavi edilmeyen hastalıklar grubu olarak aktarılmıştır (Hacıhasanoğlu vd 2010).

Diğer bir tanıma göre; kronik hastalık, ‘normalden sapma veya bozukluk gösteren, kalıcı yetersizlik bırakabilen, geriye dönüşü olmayan, patolojik değişiklikler sonucu oluşan, hastanın rehabilitasyonu için özel eğitim gerektiren, uzun süre bakım, gözetim ve denetim gerektireceği beklenen durum’ olarak tanımlanmaktadır (Gültekin ve Baran 2005).

Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam biçimlerindeki değişiklikler, tanı, tedavi ve kontrollere yönelik olarak yapılan inceleme ve uygulamalar bireylerde; yorgunluk, bezginlik, bıkkınlık, isteksizlik, mutsuzluk, yaşamdan zevk alamama, sorumluluklarını yerine getirmede aksama, depresyon, öfke, sağlık sorunlarını sekonder kazanç aracı olarak kullanma, sağlığını algılama değişikliği, tedaviyi reddetme ya da bırakma gibi duygulara ve davranış değişikliklerine neden olabilmektedir (Akdemir ve Birol 2003).

2.1.2. Kronik hastalık algısı

Fiziksel hastalığın tıbbi belirtileri, bulguları ve tanısının yanında, kişinin hastalığını algılama biçimi hastalığın tıbbi ve psikolojik süreci ve sonuçları üzerinde etkilidir (Kocaman vd 2007). Çalışma sonuçları; herhangi bir kronik hastalığın varlığında, kişilerin yaşam

aktivitelerini yerine getiremediğini, hastalığın oluşturduğu güçsüzlük, halsizlik ve oluşturduğu belirtiler, hastaneye tekrarlayan yatışların olmasıyla tedavi süresinin uzaması, sık kontrollerin olması, tıbbi cihazlara bağlanma, çoklu ilaç alımları ve bu ilaçların oluşturduğu yan etkilerle kişilerin bedensel durumlarında harabiyet ve sonucunda da yaşam kalitesinde bozulmaya neden olmaktadır. Ayrıca bu hastalıkların kişilerin yaşantılarına sınırlama getirip kontrollerini kaybettiğini, bağımsızlıklarını yitirdiklerini, sosyal statü ve rollerinde değişiklik oluşturup kendilerine güvenini ve gelecekteki planlarından da vazgeçmelerine neden olmaktadır (Mollaoğlu 2007).

Bunların yanında; hastanede uzun süre yatan bireylerde tedavilerinin riskli ve ağır seyretmesi sonucu hastalarda ölüm korkusu ve psikolojik davranış problemleri ortaya çıkabilmektedir (Gültekin ve Baran 2005). Hastalığın belirtileri, yapılan tedavilerin oluşturduğu sıkıntılar, başkalarına bağımlı kalma korkusu, beden imajında bozulma olacağı endişesi hastaların fiziksel, bilişsel ve duygusal fonksiyonlarını ve yaşantısını etkiler (Gündüz 2014).

Hastalığın algılanışı, hastalıkla ilgili daha önce yaşanan deneyimler ile bütünlük kazanır. Hastalığın algılanışı ve belirtileri bireylere göre değişmekle beraber hastalıklara yüklenen anlamda farklılık gösterebilir. Hastalar deneyimleri, var olan bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri doğrultusunda hastalıklarını açıklamaya çalışırlar (Acehan 2010).

Kronik hastalığı olan bireylerde, hastalıklara ilişkin inançlar, algılamalar, duygusal ve davranışsal tepkiler, hastalıkla baş etme biçimleri, ruhsal bozukluk gelişiminde ve yaşam kalitesini belirlemede önemli unsurlardır. Kendi yaşamındaki olayların sorumluluğunu üstlenmenin psikolojik ve fiziksel iyi oluşla ilişkili olduğu ve bu kişilerde daha az ruhsal belirti görüldüğü de belirtilmektedir (Çevik ve Ersoy 2009).

Williams ve Healy, hastalık algısıyla başa çıkmayı, hastanın verilen bakımın ne boyutta kullandığına ve sonucunda oluşan etkileri değerlendirmeye bağlı olduğunu belirtmiştir (Williams ve Healy 2001). Hasta kendi kendini yönetebilme becerisiyle, hastalık algısını olumlu olarak değerlendirip, kronik hastalığın sebep olduğu duygusal durumla baş eder ve yaşadığı stresin üstesinden gelebilme becerisi edinir (Acehan 2010).

Hasta yaşam tarzını hastalığın tipine ve gidişine göre düzenleyip yaşam kalitesini artırır. Böylece hastalığın daha yavaş seyredip yıkıcı sonuçlar oluşturmasını engellemiş olur. Kronik hastalığı olan bireyler yaşam biçimlerini hastalığa göre düzenlemek zorunda kalırlar. Diyet yapıyorsa öğün sayılarını ve içeriğini ayarlamak; diyaliz gibi özel bir tedavi

şekli söz konusu ise tedavi sürecine bağlı olarak işini, evini ya da ev düzenini değiştirmek durumunda kalabilirler (Tekin 2007).

Tedavi merkezlerine bağımlı olmak, diyet yapmak, sürekli ilaç kullanmak bunun yanında birçok kısıtlamanın olması kişide anksiyete ve depresyon oluşumuna neden olur. Bu sebeple hastalığın algılanışı ve sorunların anlaşılması ile uygun girişimlerin planlanması sağlanmalıdır (Karabulutlu ve Okanlı 2011). Hastaların bazıları hastalıklarını olumsuz algılayıp bağımsızlıklarının kısıtlandığını belirtmişlerdir. Bu negatif algılama hastalarda psikolojik sorunların daha yoğun yaşanıp mutsuzluk ve depresyona neden olmaktadır (İbrahim vd 2011).

Hastalığın algılanmasında hastalıkla ilgili bireysel algıların yanı sıra, kültürel yatkınlıklar da önemlidir. Hastalık nedenleri genel olarak değerlendirildiğinde; Türk toplumunda kültürün bir yansıması olarak hastalıkların nedenlerinin genellikle stres, sıkıntı ve endişeye bağlanıldığı görülmektedir (Karabulutlu ve Okanlı 2011).

Hastanın ruhsal durumu, hastalığın seyrini önemli ölçüde etkilemektedir. Bireylerin sosyal ve psikolojik yaşantısını etkileyen kronik hastalıkların etkisi yaşa ve bireysel özelliklere göre değişiklik göstermektedir (Gültekin ve Baran 2005).

2.1.3. Kronik hastalıklara uyum süreci

Hastalar var olan kronik hastalıklarının yaşamları boyunca süreceğini bilmeleri hastaların uyum sürecini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca bütün bunların yanında fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Hastalığın varlığı kişilere belli kurallara uyma zorunluluğu getirmektedir. Sahip oldukları yaşam tarzını değiştirmeye zorlamaktadır (Boulth ve Karm 2008, Schoen vd 2010, Hançerlioğlu 2014).

Kronik hastalığın devamlılığı, hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitim durumu, medeni durumu, fiziksel çevresi, sosyal hizmet olanakları, ekonomik durumu, alabileceği kurumsal veya resmi destek hizmetleri, sosyal destek sistemleri (aile, komşu, akraba gibi), hastalığa uyum sürecinde ve hastalığın yarattığı sonuçlarda önemli etkileri olan faktörlerdir (Schoen vd 2010, Hançerlioğlu 2014).

Kronik hastalığa uyum sağlamanın yaşam kalitesi ve yaşam biçimi değişikliklerinde pozitif etkisi vardır. Eğitim seviyesi ile hastalığa uyum süreci arasında ise olumlu bir ilişki vardır. Yüksek eğitim düzeyi hastalığa uyumu kolaylaştırmaktadır. Kronik hastaların hastalığa uyumsuzluğu hastaneye daha sık yatmasına, iş ve meslek yaşantısında

olumsuzluklara neden olmaktadır. Hastalığa uyumun sağlanmasında ise sosyal desteğin önemli bir rolü vardır (Ovayolu ve Ovayolu 2016).

Kronik hastalığa uyum süreci üç aşamada incelenir bunlar; fizyolojik uyum, psikolojik uyum ve sosyal uyumdur. Psikolojik uyum hastanın yaşamında elde ettiği kazançlar, kayıplar, mücadelelerle ilişkili biyolojik ve psikolojik boyutları olan bir süreçtir. Psikolojik uyum teşhis ve tedavi için hastaneye yatma, hastalığın kötüleşmesi, tedavilerin yetersizliği ve öz bakım kaybı ile ilgili istek ve değişimlere bağlıdır. Hasta için çok stresli olan bu süreçte özellikle hastalık kötüleştiğinde, depresyon görülebilir. Hasta ve ailesi rollerini, beklentilerini ve yaşam hedeflerini yeniden tanımlamak durumunda kalır (Karadakovan ve Eti Aslan 2014).

2.2. Kronik Hastalıklara Bağlı Anksiyete ve Depresyon

Bireyin beden sağlığının bozulması, kişinin olduğu kadar ailenin yaşamını da değiştirir, yaşam dengesini sarsar ve yeni zorlu durumlar oluşturur. Bu yeni durumun üstesinden gelebilmek için gerek birey gerekse ailesi uyum sağlayıcı tüm mekanizmaları kullanırlar. Sağlığın bozulması gibi zorlayıcı bir yaşam deneyimi ile başa çıkma sürecinde birçok insan duygusal bir gerginlik yaşar (Sayıl vd 2000).

Hastanın durumuna ilişkin yaşadıkları, hastalığına ilişkin bilgi eksikliği, yakınlarından uzakta olmasıyla yalnızlık ve destek azlığı gibi etkenler hastane ortamında kriz oluşturucu potansiyele sahiptir. Bu da yatan hastanın gerek tedavisine gerekse tedavi ekibine karşı çeşitli olumsuz davranış ve tutumlar göstermesini açıklayabilir (Sayıl vd 2000).

Hastaneye yatma zorunluluğu, kişiler için stres ve kaygı oluşturan bir tecrübedir. Bireyin hastaneye yatması demek, her zaman yaptığı alışkanlıklarından ve düzeninden vazgeçmesi demektir. Birey, ailesi ve çevresinden ayrılıp, daha öncesinde var olan anne, baba, kardeş vb. rollerinden çıkıp yerine hasta rolünü üstlenir. Birey eskisi gibi bağımsız değildir ne zaman uyuyacağına ve ne yiyeceğine o karar veremez. Hastane ortamına ve çevresine yabancısıdır. Kişinin tanı, tedavi ve bakımıyla ilgili kararları onun adına sağlık personelinin aldığı bildirilmektedir (Tunçay ve Uçar 2010).

Kişilerin yaşamının ve faaliyetlerinin sınırlanması çaresizlik, öfke duygularını ve hüznünü artırır. Çaresizlik, sakatlanma, organ kaybı, kronik hastalık tanısında sıklıkla

rastlanılan bir tepkidir. Bir başka sık rastlanan tepki anksiyetedir. Hastanın kontrolünde olmayan tıbbi işlemler bireyin anksiyetesini şiddetlendirir. Bireyin önemli yaşam hedeflerine ulaşması engellenmiştir. Engellenmiş bireyler ise genellikle öfkeli. Anksiyete, engelleme ve öfke etkinlik düzeyinde bir artışa yol açacaktır (Sayıl vd 2000).

Fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevselliği bozması ve hastalığa uyum ve iyileşme sürecine olumsuz etki etmesi nedeniyle, bedensel hastalığı olan kişilerdeki psikiyatrik bozuklukların tanınması ve etkin tedavisi büyük önem taşımaktadır (Yazıcı vd 2003).

Wells ve arkadaşları kronik tıbbi bozukluğu olan hastaları incelemişler ve bu kişilerde %41 oranında daha fazla psikiyatrik bozukluk görüldüğünü bildirmişlerdir (Wells vd 1998, Cavanaugh vd 2001). Bu hastalarda görülen depresyon belirtilerinin fiziksel hastalık, hastalık için görülen tedavi ve hastane deneyiminden kaynaklandığı anlaşılmıştır. Sonuçta tıbbi hastalığı nedeniyle hastanede yatmakta olan hastalar arasında, hastalığın şiddeti, majör depresif bozukluk tanısının bulunması ve geçmişte depresyon öyküsünün olması hastanede ölümlere yol açan öngörücüler olarak saptanmıştır (Cavanaugh vd 2001).

Hastalık, biyolojik olmakla beraber psikolojik ve sosyal bir olgudur. Bu sebeple hastalar bir bütün olarak değerlendirilmelidir. Tıbbi hastalığı olan bireylerde sağlıklı olanlara göre daha fazla ruhsal bozukluk görülmektedir. Fiziksel hastalığa eşlik eden ruhsal bozukluk genellikle sağlık personeline atlanmakta ve tedavi edilmemektedir. Fiziksel hastalığı olan kişilere psikiyatri konsültasyonu hizmeti verilmesiyle hem dikkatten kaçan psikiyatrik tanılar azaltılır hem de psikiyatrik hastalık için tedavi olanağı sağlanmış olur. Böylece hastanın hastanede kalış süresi kısalarak, hastane maliyetinin azalacağı belirtilmiştir (Uyar ve Gürgen 2015).

Uyar ve Gürgen'in (2015) çalışmasında dahili branşlardan konsültasyon istenme oranı (%87) cerrahi branşlardan daha yüksek bulunmuştur. Dahili branşlarda birinci sırada dahiliye (%45,5) yer alırken bunu nöroloji (%10,7) ve göğüs hastalıkları (8,6) takip etmektedir.

Yapılan birçok çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Karşıdağ vd (2013) en fazla konsültasyon isteyen bölümleri sırasıyla dahiliye (%37,5), nöroloji (%14,8), göğüs hastalıkları (%12,3); Aslan vd (2003) dermatoloji (%25,8), dahiliye (%13), nöroloji (%9,8); Sarandöl vd (2007) dahiliye (%22), nöroloji (%17,5), dermatoloji (%15,1) olarak bulunduğu bildirilmiştir (Uyar ve Gürgen 2015).

2.2.1. Kronik hastalıklarda anksiyete

Anksiyete bir semptom olarak birçok mental hastalıkta karşılaştığımız bir belirtidir. Anksiyetenin birey üzerinde fiziksel ve mental belirtileri mevcuttur. Anksiyetenin psikolojik belirtileri arasında irritabilite, konsantrasyon zorluğu, sese karşı hassasiyet ve yerinde duramama sayılabilir. Ayrıca hafızanın zayıflaması, otonom sisteme aşırı yoğunlaşma sonucunda kalp atımlarını hissetme ve bunu bir kalp krizi gibi yanlış yorumlama ve buna bağlı algılama çarpıklıkları ve düşünce bozuklukları da ortaya çıkabilmektedir (Özakkaş 2014).

Anksiyete; sevdiklerinden ve aile çevresinden ayrı kalma, yabancı ve alışılmadık bir ortamda olma, hareket kısıtlılığı, sözlü iletişim kuramama, ağırlı işlemlerin sıklığı, ölüm korkusu, fiziksel hastalığın bir bileşeni veya ilaçların yan etkileri gibi psişik ya da organik nedenlerle ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (Çınar Yücel 2011).

Anksiyetesi olan kişiler bedensel rahatsızlıklarını felaketleştirerek, nedeni belirsiz ve şüpheli belirtileri ciddi fiziksel hastalıklara atfederler. Anksiyete, aynı zamanda, kişinin kendisine olan ilgisini ve dikkatini arttırarak daha önce de var olan belirtilerin abartılmasına veya daha önce farkında olunmayan duyuların bilinç düzeyine çıkarılmasına neden olur. Deneysel çalışmalarda anksiyetenin, ağrı gibi hoş olmayan duyum ve belirtilerin eşliğini düşürdüğü ve bu duyulara toleransı azalttığı ortaya konmuştur (Barsky 1992).

Bedendeki rahatsızlıklar altında yatan anksiyetenin görüntüsü ise bu, bedene yönelik ilgiyi ve korkuyla harekete geçen seçici algıları tetikleyip daha fazla anksiyeteye, bunun sonucunda somatik belirtilerin sıklığında ve yoğunluğunda artmaya sebep olur (Sayar 2001). Sağlıklı kontrol grubu ile romatoid artritli bireylerin anksiyete düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, HAD A puanları romatoid artritli bireylerde anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur (Altan vd 2004). KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada hastaların %88,9'unda anksiyete belirtileri olduğu saptanmıştır (Korkmaz ve Tel 2010). Kronik hastalık türünün de anksiyete üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalara da rastlanmaktadır (Aydemir vd 2015). Anksiyete bozuklukları kronik hastalıkların tedavisini zorlaştırmaları nedeniyle, sağlık hizmetleri ihtiyacını önemli ölçüde artıran önemli bir sağlık sorunudur (Aydoğan vd 2012).

2.2.2. Kronik hastalıklarda depresyon

Depresyon, kişilerde derin üzüntü, bunaltı gibi duygu durum ile birlikte bulunan, düşünce, konuşma, hareketlerinde yavaşlama, durgunluk, değersizlik, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık ile fizyolojik fonksiyonlarda yavaşlama ile görülen bir sendromdur (Öztürk 2002).

Fiziksel hastalığa ilişkin umutsuzluk depresyonun gelişmesinde rol oynar. Bireydeki öz saygı azalması, depresyonun gelişmesine zemin hazırlar. Fiziksel hastalık veya hasar durumlarında akut ya da kronik hastalıklarda, organ kayıplarında vücut imajı zedelenir. İş, aile, sosyal yaşam, ilişkileri etkilenir, fonksiyonellikte azalma, kayıp algısı ortaya çıkar (Özkan 2016).

Yaşlılıkta gelişen depresyon tablosu, yaşlanma sürecinin getirdiği biyopsikososyal değişimler bağlamında gençlerden farklılık göstermektedir. Özellikle sosyal bağları zayıflamış, yoksul, yalnız, fiziksel hastalıkları olanlar depresyona daha eğilimlidir (Özen Çınar ve Kartal 2008).

Hastalık süreci beyin işlevlerini bozarak depresyona neden olabilir ya da depresyon, fiziksel hastalık, hastane ortamı, hastalığın etkisi ve yaşantıya getirdiği ya da algılanan sınırlılıklara karşı psikolojik-davranışsal tepkiler ortaya çıkarabilir (Özkan 2016).

Yaşlılık döneminde ortaya çakabilecek fiziksel hastalıklar hem hastalığın depresyona olan etkisi sebebiyle hem de bireylerde yol açabileceği yeti yitimi, kendi kendine yetememe gibi nedenlerden dolayı depresyon gelişimini tetikler. Bununla birlikte özellikle kronik hastalıkların ortaya çıkardığı depresif tablolar, yaşlıların yaşam kalitesini daha da etkileyerek hastalığın şiddetini arttırmaktadır. Bu durumun kişilerin depresyon düzeyini arttıracığı ve tamamen başkalarına muhtaç hale gelmesine sebep olacağı bildirilmiştir (Tamam ve Öner 2001).

Hastanın, hastalığını nasıl algıladığı, baş etme biçimi, çevreden gelecek destek, etkilenen organın sembolik anlamı, algısı hastanın yaşam dönemi, uyum süreci, ego gücü, sosyal çevrenin hastayı ve hastalığı algılayışı önemlidir. Bütün bunlar depresyon gelişiminde önemli rol oynar (Özkan 2016).

Tıbbi hastalarda depresif semptom ve sendromlar yaygın olmakla birlikte çoğunlukla tanınmazlar. Oysaki fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon; hastaların uyumunu, tedaviye yanıtını, fiziksel hastalığın seyrini olumsuz olarak etkiler (Özkan 2016).

Depresyondaki bir yaşlının tedaviye cevap vermesi gençlere göre daha uzun zaman almakla beraber hastayı bu çökkün ruh halinden çıkarıp yaşam kalitesini artırdığı için zaman ve emek harcamaya değer görüldüğü bildirilmiştir (Özen Çınar ve Kartal 2008).

Toplumda yaşayan yaşlılarda kronik sağlık sorunlarına paralel olarak depresyonda artma gözlenirken, hastanede yatıyor olmanın depresyon için anlamlı bir risk etkeni olduğu belirtilmektedir (Altay ve Üstün 2012). Yaşlılarda depresyon riskini inceleyen bir çalışmada %53,2 olarak bulunmuştur (Özen Çınar ve Kartal 2008). Sağlıklı kontrol grubu ile romatoid artritli bireylerin depresyon düzeylerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada, anlamlı bir şekilde fark bulunmuş ve HAD D puanları romatoid artritli bireylerde daha yüksek bulunmuştur (Altan ve ark 2004).

2.3. Hemşirelik ve Bakım

“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” olarak tanımlanmıştır (Ulusoy ve Görgülü 2001).

International Council of Nursing (ICN) tarafından da benimsenen tanıma göre Henderson hemşireliği, bireylerin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşması sürecindeki dinamik güç olarak belirtmiştir. Hemşirelerin temel ve benzersiz görevinin, sağlam veya hasta bireylere sağlıklarını korumaları ya da tedavileri sırasında veya ölüm sürecinde yardım eden bir güç olduğu ifade edilmektedir (Ay 2008).

Hemşirelik bilim ve sanata dayalı kuramsal ve uygulama içerikli bir meslek olup yalnızca bakım / uygulama olarak düşünülmemelidir (Karagözoğlu 2005, Çarşıbaşı 2014). Watson, hemşireliği sağlık ve iyileşmede bakım ilişkilerine odaklanan bir insan bilimi olarak tanımlamıştır (Aştı 2002).

Günümüzde de gelişimini aynı doğrultuda sürdüren hemşirelik; insanı tanımayı ve insanın yaşam süreci boyunca deneyimlediği sağlık/hastalık durumlarında gereksindiği bakım ve uygulamaları gerçekleştirmektedir (Kaplan ve Dedeli 2012).

2.3.1. Hemşirelik bakımı

Hemşirenin farklı rolleri vardır. Bu rollerden birisi bakım rolüdür. Bu rolünü yerine getirirken, hastayı bir birey olarak ele alır, anksiyetesini gidermesiyle bu rol özellikle kronik hastalığı olan hastalarda önem taşımaktadır (Çakırcalı 2000).

Hemşireliği diğer mesleklerden ayıran en önemli ve bağımsız rolü bakım kavramıdır. Bu kavramla ilgili olarak; Dinç (2010); bakımın hemşirelik alanında üzerinde en çok tartışılan ve hemşirelik uygulamalarında hemen her gün kullanılan bir terim olmasına karşın, hemşirelik literatüründe bakım kavramı konusunda üzerinde uzlaşmış ortak bir tanımının olmadığını belirtmektedir (Dinç 2010).

Bakımı mesleki bir yükümlülük olarak gören disiplin hemşireliktir. Hemşireliğin bakımı bir mesleki yükümlülük olarak üstlenilmesi ile bakım daha özel bir nitelik kazanmaktadır. Özelleşmiş olan bu bakıma “hemşirelik bakımı” denmektedir (Baykara 2010).

Bakım, yapılan işlemlere ilişkin hastanın bilgilendirilmesi, bireyselliğe önem verilmesi, karşılanamayan gereksinimlerin karşılanması, destek sağlanması, baş etmeye yardım edilmesi ve kişilerarası beceri gibi yönleri içermekte ve bu uygulamalar hemşireliğin sanat yönünü oluşturduğu bildirilmiştir. Literatürde bakıma ilişkin farklı birçok tanım yapılmış, ancak bütün tanımlarda, “bakım” hemşireliğin özü, temeli ya da can alıcı noktası olarak kabul edilmiştir (Kurşun ve Kanan 2012).

Rajan’a (1995) göre bakım, sağlık ekibi içinde önemli bir yeri olan hemşirelerin temel konusudur. Hemşirelik bakımı, fiziksel, psikolojik ve psikososyal gereksinimleri ile ilgili özel işlevlerini yerine getiremeyen bireye yardım ve eşlik etmek olduğunu belirtmiştir.

Abdellah’a (1995) göre nitelikli hemşirelik bakımı; ilgili olmayı, yakınlık göstermeyi, cesaret vermeyi, neşeli olmayı, kibarlığı, şefkati, anlayışlı ve sempatik olmayı, empati yapabilmeyi, küçümsemeden başkalarının düşüncelerine saygılı olmayı içermektedir (Temel 2008).

Bakım kavramının ön plana çıktığı modelistlerden bazıları hemşirelik bakımını aşağıdaki şekilde tanımlamıştır.

Lydia E. Hall; birbirine bağlı üç daire biçiminde hemşirelik kuramını sunmuştur. Her bir daire hemşireliğin ayrı bir görünümüdür. Öz, hastanın kendisidir. Tedavi, hemşirenin ilaç ve tedavi uygulamalarını yapmasıdır. Bakım, bireyin rahatının ve bireyin eğitim/

öğrenme aktivitelerinin sağlanmasıdır. Kuram, bakımın kavramlarının konuşulduğu ilk kuramsal modeldir. Hall'e göre, hastalar tedaviden çok hemşirelik bakımına ihtiyaç duymaktadır. Hall, hastaların tüm bakım ve eğitiminin profesyonel hemşireler tarafından verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (Ay 2008).

Leininger'e göre bakım, "temel bir insan gereksinimi ve tüm bireylerin hayatta kalma ihtiyaçları için gereklidir". Ayrıca Leininger, "bakım hemşireliktir ve hemşirelik bakımdır. Bakım, tedavinin aksine bireye özgü temel gereksinimleri iyileştirmek için uygulanır. Bakım uygulamaları insanlar ile empati kurularak onlara içten sevgi verilerek, destek sağlanarak yapılan uygulamalardır. Bir bakım uygulaması hastanın problemlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine bağlıdır (Kıvanç 2013).

Gelişen teknoloji ile birlikte yeni hastalıklar ortaya çıkmakta, bakım gereksinimleri değişmekte ve insanlar gün geçtikçe artan oranlarda kaliteli hemşirelik bakımına talepte bulunmaktadırlar. Bu durum sağlık bakım sistemi içinde değişime açık, motivasyonu yüksek ve profesyonel nitelikleri gelişmiş hemşirelere duyulan gereksinim ve beklentileri giderek arttırmaktadır (Heung vd 2005, Fletcher 2007, Hwang vd. 2009, Sabancıoğulları ve Doğan 2014).

Hemşireler sağlık bakımının yönetiminde etkin rol oynayan, bireyin sağlığını sürdürme, iyileştirme ve rehabilitasyonunda önemli işlevi olan, hastanın hastanede kaldığı süre boyunca kesintisiz hizmet sunan, diğer sağlık çalışanlarına göre daha ulaşılabilir olan sağlık ekibi üyesidir (Şendir vd 2012). Dolayısıyla hasta memnuniyetinin temelini, büyük oranda hemşirelik mesleği için vazgeçilmez olan hasta-hemşire birlikteliği oluşturur (Köşgeroğlu vd 2005, Negarandeh vd 2014). Hasta hemşire arasında olumlu iletişimin kurulması hemşirelik hizmetlerinin nitelikli sunumunu sağlar ve memnuniyeti artırır (Niedz 1998, Cerit 2016). Hasta memnuniyeti hasta bakım algısını etkileyen önemli bileşenlerden birisidir.

2.3.2. Hastaların bakım algısı kavramı

Teknolojinin gelişimi ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte, bakım gereksinimleri değişmekte ve insanlar gün geçtikçe daha kaliteli hemşirelik bakımı talebinde bulunmaktadırlar (Heung vd 2005, Fletcher 2007, Hwang vd 2009, Sabancıoğulları ve Doğan 2014).

Williams, hastaların hemşirelik bakımı ile ilgili algılamalarının, bakımda odaklanılması gereken temel nokta olduğunu ve bakımın hastanın bakış açısı ile görülmesi gerektiğini ifade etmektedir (Williams 1998).

Hemşire bakım rolünü, sağlıklı ya da hastalıklı bireyle kurduğu iletişim ile yerine getirmektedir (Özcan 2006). Orlando, hemşirelerin, hastaların her zaman tam olarak ifade edemedikleri gereksinimlerini etkin iletişim becerileri ile keşfedebileceklerini ifade etmiştir (Özcan 2012).

Bakım kapsamında hasta hemşire ilişkisinin kurulmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Mako 2016). Hemşire hasta ilişkisinde, hasta; profesyonel yardıma ihtiyaç duyan bir bireyi, hemşire; mesleki beceri ve bilgisini hastayı sağlığına kavuşması için kullanacak olan sağlık profesyoneli ifade eder (Özcan 2012).

Hastaların aldığı bakım hakkındaki görüşleri, hemşirenin verdiği bakımı gözden geçirmesini sağlar. Hasta ve hemşirelerin bakım algısı hemşirelik bakımının standartlarının ve kalitesinin belirlenmesinde yol göstericidir (Al-Kandari ve Ogundeyin 1998, Hua Han 2003, Algier vd 2005).

Hastalık yaşam sürecinin herhangi bir döneminde bireyin sağlığını fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan olumsuz yönde etkileyen bir yaşam deneyimidir (Dinç 2009). Bireyin hastaneye yatmaya ilişkin deneyimleri ve duygusal reaksiyonları farklıdır ve sağlık personelinin tutumu da bu deneyimde olumlu ya da olumsuz yönde etkili olabilir (Coşkun ve Akbayrak 2001). Sağlık personeli tarafından, hastalara anlamını bilmediği tıbbi terimlerle hastalığı anlatılmakta, sonuçlarının belirsiz olduğu tetkikler uygulanmaktadır. Bu süreçte hasta tanıları, alacakları bakım, hastalığının gidişatı ve hastane kuralları gibi konularda gerekli açıklamaların yapılmasını beklemektedir (Bölükbaş ve Türköz 2002). Bu zor süreçte hastaların hemşirelerden beklentileri artmaktadır. Bu beklentilerin başında yeterli bilgi, iletişim, emosyonel destek ve bakımın geldiği belirtilmektedir (Başkale vd 2015).

Hemşire, hastanın problemini objektif olarak hastanın bakış açısıyla değerlendiremezse, problem belirlenemeyecek ve çözülmeyecektir. Hastanın hemşireyi sadece rutin işlerini yapıp bitirme telaşında olan bir birey olarak algılayacağı ve ona karşı güven duygusu hissetmeyeceği belirtilmektedir (Fesci vd 2008). Hastaların ihtiyaçlarına ve tercihlerine özel bireysel bakım hizmeti vermek, hastanın güven duygusunu arttırdığı gibi aldığı tedaviye uyum sağlamasına da katkı sağlayacaktır (Başkale vd 2015).

Yapılan bir çalışmada hastaların hemşirelik bakım kalitesi algısı olarak hasta memnuniyetini algıladıklarını, hastaların bakımdan beklentilerinin, yapılan tedaviye hastane personeli ile karar vererek bireysel bilgi almak olduğunu belirtmişlerdir (Koy vd 2016).

Sağlık bakım hizmeti almaya başlayan bireylerin karşılanması gereken birçok gereksinimi bulunmaktadır. Hastanın servise kabulünden taburcu oluncaya kadarki süreçte bu gereksinimlerinin düzenlenmesi hemşirenin görevidir. Hemşireler hastalarla daha fazla etkileşimde olmaları sebebiyle, bireyi bir bütün olarak kabul edip, gereksinim ve beklentilerini en kolay şekilde tespit edebilecek sağlık personelidir (Türgay 2013).

Her uygulamada hastadan izin alınarak, hastanın yapılan işlemlere kendini psikolojik olarak hazırlaması için fırsat verilerek, yapılan işlemler anlatılarak ve hastanın odasına girerken kapısı çalınarak, hastanın kendisini değerli ve önemsenmiş hissetmesini sağlamak gereklidir. Hemşireler hastalarına iyi bir bakım sağlamak istiyorsa, hastalarının beklentilerinin ne olduğunu bilmelidirler (Glarcher vd 2015).

Yapılan bir çalışmada, hemşirelerin ve hastaların kaliteli hemşirelik bakımı algıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu gösterilmiştir (Zhao 2008). Buna göre; hemşireler bakımın psikolojik ve duygusal yönlerini (White 1972, Hegedus 1999, Christopher ve Hegedus 2000, Wichowski vd 2003) ve klinik yeterliliğin (Von Essen ve Sjoden 1991) önemini vurgularken; hasta bireyler bakımda fiziksel ve tıbbi yönlerin daha önemli olduğunu belirtmişlerdir (Von Essen ve Sjoden 1995, Lauri vd 1997, Algier vd 2005).

2.3.3. Hemşirelikte hasta memnuniyeti

Hasta memnuniyeti kaliteli bakımın önemli bir göstergesidir (O'Connell vd 1999). Hastaların ve hemşirelerin bakım kalitesinin ne olduğu konusundaki algılarının farklı olduğu aktarılmıştır (Alasad vd 2015).

Hastaların aldığı hemşirelik bakımını algılama düzeyi, hastanın yaşına, eğitim düzeyine, sosyal durumuna/sosyo-demografik özelliklerine bağlı olduğu gibi, hemşirelerden aldıkları emosyonel destek, saygı, kibar tutumları, anlaşılır yanıtlar vermeleri, her zaman ulaşılabilir olma gibi etmenlere de bağlıdır (Çoban ve Kaşıkçı 2008).

Hastanın bakım algısı kavramı, memnun olma veya memnun olmama konusunda önemlidir. Memnun olmama durumunun hastaların beklentilerinin yerine getirilmediğinde

ortaya çıktığı belirtilmektedir. Hemşirelerin vereceği bakımda hastalar, hasta merkezli bakımın olmasını istemektedirler. Eğer hasta aldığı hemşirelik bakımından memnun ise, bu sadece birey için değil aynı zamanda hemşire ve sağlık kuruluşu için de olumludur (Johansson 2002).

Holistik hemşirelik bakımı hasta memnuniyetini sağlamada önemli bir faktördür (Williams 1998, Johansson 2002). Hemşireler; hasta bireyi dinlemeye istekli, olumlu ilişki kurarak; hastanın sağlık kurumuna kabulünün amacı ve beklentilerini açık bir biçimde anlatarak, bakım ile ilişkili kararlarda hastanın mümkün olan en yüksek düzeyde katılımını sağlayarak hastanın korku veya anksiyetesini azaltmada yardımcı olabilirler (Türgay 2013).

Hastalar aldıkları bakımda sorumluluk alma ve bu beklentilerine saygı duyulmasını beklemektedirler. Ayrıca, hemşirelik bakımından memnuniyet için anlayışlı ve güleryüzlü olmayı hemşirede olması gereken vasıflar olarak görmüşlerdir. Duygulara dayalı verilen hemşirelik bakımı, hastanın memnuniyet algısının en iyi belirleyicisidir. Duygulara dayalı hemşirelik bakımı hastanın hislerine ve bakım ihtiyaçlarına duyarlı olma anlamına gelir (Johansson 2002).

Eriksen (1995) hasta memnuniyetini açıklarken, hastaların bakım beklentisi ve hemşirelerin davranışları arasındaki etkileşimden doğan subjektif bir değerlendirme olarak tanımlar. Hemşirelik bakımına göre hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi, hasta beklentilerine cevap, ihtiyaç halinde ulaşılabilir olma, sorulara açıklayıcı cevap verme, hastaya samimi gelen davranışlar gibi kriterler doğrultusunda belirlenir (Göktaş vd 2015).

2.3.4. Hemşirelikte bakım kalitesi

Hasta ve hemşirelerin bakım kalitesi ile ilgili görüşleri farklılık gösterir. Hemşirelik bakım kalitesi için hemşireler hasta bakımı ile ilgilenen, yetenekli bakım sağlayıcılar, etkili iletişim kuran ve hastaların endişelerine davranışlarına yönelik bakım sunanlar olarak bahsedilmiştir (Koy vd 2016).

Hastalar için ise hemşirelik bakım kalitesi, hastaların ihtiyaçlarını kontrol etmek, cana yakın olma, hastalara yönelik şefkatli olma ve zamanında bakım sunma olarak belirtmişlerdir (Jeffs vd 2013, Koy vd 2016).

Kişiselleştirilmiş hemşirelik bakımının, gelişmiş iletişim, artmış hasta katılımı ile sonuçlandığı belirtilmektedir. Hemşire bakımı ile hasta memnuniyeti arasında pozitif bir

ilişki vardır (Johansson 2002). Hasta özel bir birey olarak görülüp tedavi edilir ve kişisel hemşirelik bakımı verilirse bakım algısını pozitif olarak algılar (Thomas vd 1996). Diğer önemli faktörlerin hemşirenin hastayı dinlemesi için zaman ayırması ve hastayla bağlılık gösteren teması olarak belirlemiştir (Johansson 2002).

Hemşireler günün 24 saati bireye hizmet sunan, sağlığını sürdürme, iyileştirme ve rehabilitasyonda önemli rol oynayan sağlık ekibi üyeleridir (Şendir vd 2012). Bu nedenle hasta memnuniyetinin özünü hasta-hemşire etkileşimi oluşturur (Köşgeroğlu vd 2005, Negarandeh vd 2014). Hasta hemşire arasında etkili iletişimin kurulması hemşirelik bakımının nitelikli sunumunu sağlar ve memnuniyet düzeyini artırır. Çünkü hastanın sağlık hizmeti algısı ile hemşirelik bakımı arasında bağlantı olduğu bildirilmektedir (Cerit 2016, Niedz 1998).

2.3.5. Hastaların bakım algısını etkileyen faktörler

Hastaların sosyo-demografik özellikleri, var olan hastalıkları, hastalıklarıyla başa çıkma durumları, yattıkları servis, serviste kalış süresi, aldıkları sağlık hizmeti konusunda bilgilendirilme durumları, hastaların hemşirelik bakım algısını etkileyen faktörler arasında belirtilmektedir.

Hastalara verilen bakımın kalitesinin artması hemşirelik bakımından memnuniyetinin artmasına bu durumda o sağlık kurumu için hasta üzerinde olumlu bir etki bırakmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Hastalar hemşirelik bakımı alırken bireysel olarak ele alınıp ihtiyaçlarının hastanın değerleri ve önceliklerine göre belirlenmesi önemlidir. Hemşire hastaya vereceği bakımı planlarken, bireyin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi gibi etkenlerini de göz önünde bulundurmalı ve bireyle etkili bir iletişim kurup hastaya güven vererek değerli olduğunu hissettirmelidir.

Yaş: Bireylerin gelişimsel dönemlerine göre farklı gereksinimleri oluşmaktadır. İçinde yaşadığı çevre, yaş dönemlerine göre bireyi farklı yönlerden etkileyebilmekte, meydana gelen durumları algılama biçimleri ve düzeyleri değiştirebilmektedir. Bu nedenle hemşire, servise gelen hastayı içinde bulunduğu yaş döneminde önceliklerine göre değerlendirmelidir. Bazı çalışmalarda yaş ile hemşirelik bakım algısı arasında anlamlı bir fark bulunurken (O'Connell 1999, Çoban 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008, Şendir vd 2012, Şişe ve Altinel 2012, Aydın 2014, Alasad vd 2015, Göktaş vd 2015); diğerlerinde anlamlı

bir fark bulunmamıştır (Özlü vd 2010, Kaya 2011, Kayrakçı ve Özşaker 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014).

Yaşlıların hemşirelik bakım algısı düzeylerinin gençlere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Thomas vd 1996, Johansson 2002, Alasad ve Ahmad 2003, Akın ve Erdoğan 2007, Apay ve Arslan 2009, Fındık vd 2010, Özlü vd 2010, Fröjd 2011, Şişe 2013, Kayrakçı ve Özşaker 2014, Alasad vd 2015, Göktaş vd 2015).

Genç hastalarda hemşirelik bakımına ilişkin beklentilerinin fazla olması nedeniyle memnuniyet düzeyinin düşük olduğu yorumu yapılmıştır (Kayrakçı ve Özşaker 2014). Bu durumun genç hastalarda, daha az kronik hastalığa sahip olma, çoklu ilaç kullanımının az olması ve bakım ihtiyaçları yaşlılarla karşılaştırıldığında bakım beklentilerinin daha düşük olmasından kaynaklandığına bağlanmıştır (Apay ve Arslan 2009, Özlü vd 2010, Göktaş vd 2015). Diğer çalışmalarda ise yaşlıların geçmişteki ve şuanadaki sağlık bakım hizmetlerini karşılaştırması nedeniyle hasta memnuniyetinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Thomas vd 1996, Akın ve Erdoğan 2007, Şişe 2013, Göktaş vd 2015).

Cinsiyet: Cinsiyet bakımın algılanmasında farklılıklara sebep olan bir faktördür. Kadınların biyolojik yapısı, toplumun kadına yüklediği roller, ekonomik ve sosyal gereksinimlerinin karşılanıp karşılanmaması gibi durumlar, hastalıklarını algılama ve aldıkları bakımı değerlendirmede etkili olan faktörler arasındadır. Hemşirelerin çoğunluğunun kadın olması, hemşireyle kurulan iletişimi kadınlarda kolaylaştırırken; aynı durum erkeklerde hemşirelerden bir şey talep ederken çekinmelerine sebep olabilmektedir.

Bazı çalışmalarda cinsiyet ile hemşirelik bakım algısı arasında anlamlı fark bulunurken (Foss 2002, Alasad ve Ahmad 2004, Fındık vd 2010); diğerlerinde anlamlı fark bulunmamıştır (O'Connell 1999, Çoban 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008, Özlü vd 2010, Şişe ve Altinel 2012, Arslan vd 2012, Aydın 2014, Kayrakçı ve Özşaker 2014, Göktaş vd 2015). Çalışmaların bazılarında kadınlarda hemşirelik bakımı algısının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Akın ve Erdoğan 2007, Apay ve Arslan 2009, Şişe 2013, Alasad vd 2015).

Medeni durum: Bireylerin medeni durumu; evlilik, aile bireyleri ile ilişkiler, boşanma, çocuk sayısındaki artış gibi durumlar, hastalığını kabullenme ve aldığı bakımı algılama durumunu etkileyebilmektedir. Medeni durum ile hasta bakım algısı arasındaki farkın incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Medeni durum ile bakım algısı arasında fark bulunmadığını bildiren çalışmalar belirtilmiştir (Çoban 2006, Özlü vd 2010, Kaya 2011, Arslan vd 2012, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014, Kayrakçı ve Özşaker 2014, Göktaş vd 2015). Bir başka çalışmada ise en düşük bakım algısı bekârlarda

saptanmış ve diğer gruplarla arasında anlamlı fark bulunmuştur (Şişe ve Altinel 2012). Evli hastalarda daha fazla sosyal destek olması ve bu yüzden daha az beklenti nedeniyle, memnuniyet daha yüksek bulunduğundan, evli hastalarda memnuniyetin bekâr hastalara göre daha yüksek çıktığı şeklinde yorumlanmaktadır (Göktaş vd 2015).

Meslek: Bireylerin meslek türleri, yaşam tarzlarını etkileyebilmekte ve hastalıklara bakış açısında farklılıklara sebep olabilmektedir. Meslek ile hasta bakım algısı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda farklı sonuçlar bulunmuştur. Meslek ile bakım algısı arasında anlamlı fark bulunmadığını bildiren çalışmalar olduğu gibi (Arslan vd 2012, Şişe ve Altinel 2012, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014); mesleğin hemşirelik bakım algısını etkilediğini bildiren çalışmalar da mevcuttur (Özlü vd 2010). Yapılan bir çalışmada memur/işçi grubunun bakım algısı, öğrencilerden daha yüksek bulunmuş, bunun sebebi de yaş faktörüne bağlanmıştır (Özlü vd 2010). Bir diğer çalışmada ise ev hanımlarının hemşirelik bakım algısının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirtilmiş ve cinsiyet faktörüyle ilişkilendirilmiştir (Apay ve Arslan 2009).

Eğitim düzeyi: Eğitim düzeyi arttıkça sağlık hizmetleri hakkında bilgi alma isteği ve sağlık hizmetinde meydana gelen değişimleri takip etme düzeyi artmaktadır. Bu durum da alınan sağlık hizmetinde en iyiyi sorgulamayı beraberinde getirmektedir (Kayrakçı ve Özşaker 2014). Bazı çalışmalarda eğitim düzeyi ile bakım algısı arasında anlamlı fark bulunmadığını belirtilirken (Kaya 2011, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014, Alasad vd 2015, Göktaş vd 2015); diğerlerinde eğitim düzeyinin bakım algısını etkilediği bulunmuştur (Foss 2002, Alasad ve Ahmad 2004, Fındık vd 2010, Özlü vd 2010, Kayrakçı ve Özşaker 2014, Göktaş vd 2015). Eğitim düzeyi arttıkça hemşirelik bakım algısının düştüğünü belirten çalışmalar mevcuttur (Thomas vd 1996, Radwin 2003, Çoban 2006, Özlü 2006, Quintana vd 2006, Yürümezoğlu 2007, Şişe ve Altinel 2012, Arslan vd 2012, Şişe 2013, Kayrakçı ve Özşaker 2014). Bu konuyla ilgili, bireylerin, daha fazla bilgili olmanın, daha fazla beklentiye ve böylece eğitim düzeyi arttıkça hizmetlerden memnuniyet düzeylerinde azalmaya neden olduğu yorumu yapılmıştır (Özlü vd 2010).

Gelir durumu: Her birey gelir düzeyi ne olursa olsun aynı sağlık hizmetinden faydalanma hakkına sahiptir (Özlü vd 2010). Ancak, hastaların gelir düzeyine göre sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği değişmektedir. Yapılan çalışmaların bazılarında gelir düzeyi ile hemşirelik bakımının arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Özlü 2006, Özlü vd 2010, Kaya 2011, Şişe ve Altinel 2012, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014). Gelir düzeyi düşük hastaların hemşirelik bakım algısının daha düşük olduğu (Arslan vd 2012), aksine gelir

düzeyi yüksek hastaların hemşirelik bakım algısı daha düşük olduğu bulunan çalışmalar da bulunmaktadır (Çoban ve Kaşıkçı 2008).

Sağlık güvencesi: Sağlık güvencesi ile hemşirelik bakım algısı arasındaki farkı inceleyen çalışmalarda sağlık güvencesi varlığının bakım algısını etkilemediği bulunmuştur (Şişe ve Altınel 2012, Aydın 2014).

Çalışma durumu: Literatür incelendiğinde çalışma durumunun hemşirelik bakımını etkilemediği belirtilmiştir (Arslan vd 2012, Şişe 2013, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014).

Refakatçi bulundurma: Yapılan çalışmaların bazılarında refakatçi bulundurma ile hemşirelik bakım algısı arasında anlamlı fark bulunmadığı belirtilmektedir (Özlü 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008, Özlü vd 2010, Şişe 2013, Aydın 2014, Kayrakçı ve Özşaker 2014, Çevik ve Eşer 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014). Refakatçisi olmayan hastaların hemşirelik bakım algısının daha yüksek olduğunu belirten çalışma da vardır (Çoban 2006).

Servis türü: Hastaların yatış yapmış oldukları servislere göre hemşirelik bakım algısı incelendiğinde servislere göre bakım algısının değişmediği ifade edilmiştir (Alasad vd 2015). Cerrahi ve dahili servislerin karşılaştırıldığı çalışmalarda hemşirelik bakım algısının cerrahi birimlerde yatan hastalarda daha yüksek bulunduğunu belirten çalışmalar varken; (Bolton 2003, Alasad 2003, Resnick vd 2008, Fındık vd 2010, Kayrakçı ve Özşaker 2014), diğer bir çalışmada ise cerrahi servislerinde yatan hastalarda hemşirelik bakım algısının daha düşük olduğu belirtilmektedir. Cerrahi servislerinde anksiyetenin yüksek olmasının bakım beklentisini artırarak diğer servislere göre memnuniyet düzeyini düşürebileceği yorumu da yapılmıştır (Göktaş vd 2015).

Cerrahi birimlerde bakım algısının daha yüksek olmasının nedeninin, hastaların sağlık durumunun daha akut ve somut sonuçları olan tedavi edilebilir sağlık problemlerine sahip olmalarına bağlanmaktadır (Kayrakçı ve Özşaker 2014, Alasad vd 2015). Dahili birimlerdeki hastaların uzun süren kronik hastalıklara sahip olması nedeniyle, memnuniyet düzeylerinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Thiedke 2007).

Kalış süresi: Yapılan çalışmalarda hastanede yatış süresinin hemşirelik bakım algısını anlamlı şekilde etkilemediği bildirilmiştir (O'Connell vd 1999, Arslan vd 2012, Kayrakçı ve Özşaker 2014, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014). Bir diğer çalışmada ise bir ay ve daha fazla süredir hastanede yatan hastaların hemşirelik bakım algısının anlamlı bir şekilde daha düşük bulunduğu belirtilmiştir (Şişe 2013).

Sahip oldukları kronik hastalık durumu: kronik hastalıklar bireylerin sık sık hastaneye gitmesine sebep olabilmekte, hastalığına ve bakımına yönelik uygulamaları değerlendirme fırsatı bulabilmektedirler. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı olan bireylerde hemşirelik bakım algısının daha yüksek bulunduğu çalışmalar olduğu gibi (Aydın 2014); daha düşük bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (Çoban 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008).

Hastaya bilgi verilmesi: Hastalar durumları hakkında yeterli bilgiye sahip olmadıkları zaman bakımlarını algılama yeteneğinin azaldığı aktarılmaktadır (Alasad vd 2015). Yapılan bir çalışmada hastalara tedavi ve bakımları hakkında gerekli bilginin verilmesi ile hemşirelik bakımı algısı arasında anlamlı fark bulunurken (Kayrakçı ve Özşaker 2014), diğer bir çalışmada bilgi verilmeyenlerde hemşirelik bakım algısının düşük olduğu belirtilmektedir (Aydın 2014). Hastaların bilgilendirme, iletişim ve eğitim konusunda problemler yaşadığı, sorularına anlaşılır yanıt alamadıkları (Bolton 2003); taburculuk eğitimi hakkında, hemşirelik bakım algısını etkilediğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Göktaş vd 2015).

2.4. Hemşire Hasta İletişimi

İletişim, karşılıklı anlaşmak amacıyla yapılan bir paylaşımdır. Bu da karşılıklı duygu, düşünce ve bilgi alışverişiyle yapılır (Çelik 2008). Bireyler, özel hayatında ve meslek yaşamında kendini ifade edebilmek, anlaşılabilirlik, problemleri önlemek ya da problemlerle başa çıkabilmek için etkili bir iletişim becerisine ihtiyaç duyar (Uzuntaş 2013).

Hastalık ve hastanede yatma süreci birey ve ailesi için zorlu bir süreçtir. Bu süreçte hemşirenin, hastaya ihtiyacı olduğu bakımı verebilmek ve ailesini desteklemek için etkili bir iletişim becerisine ihtiyaç vardır (Kumcağız vd 2011). Tüm bu süreçte hemşirelik mesleğinde problemleri çözmek için gerekli olan iletişimdir. Hemşireler hastalarının sorunlarını tespit etme, çözümlenme, stresle başa çıkabilmek için iletişim tekniklerini kullanırlar (Terakye 1998). Bu nedenle profesyonellik için iletişim becerilerinin etkin kullanılması önemli olduğu belirtilmektedir (Şen vd 2013).

Tüm hemşirelik uygulamalarının özünde hemşire-hasta ilişkisi bulunmaktadır (Başar 2011, Uysal ve Çakırcalı 2015). Hemşireler yapacakları her uygulamaya hasta ile iletişim kurup kişilerarası etkileşimle başlamaktadırlar (Başar 2011). Hastayla ilk

karşılaşılan andan itibaren öykü alma, uygun hemşirelik tanısı koyup, gerekli olan bakıma karar verip, etkinliğini sağlamak için iletişim oldukça önemlidir. İletişim tedavide önemli bir bakım aracıdır. Yaşamın her döneminde gerekli olan iletişim becerisi hastalık gibi özel durumlarda daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle bazı durumlarda hastaların gereksinim ve beklentilerinin belirlenmesinde sorunlar yaşanabilmektedir. Bu problemlerin çözülebilmesi için de iletişim becerisinin gerekli olduğu belirtilmektedir (Kumcağız vd 2011).

Bireyler hastalık durumunda davranışlarını kontrol edemeyebilirler. Hastanın gereksinimlerinin karşılanmadığında bireylerin stresi artar. Bu durumda hemşireler, aşırı isteklerde bulunup kendilerini eleştiren, emreden, saldırganlık gösteren hasta tepkileriyle karşılaşabilir. Bu gibi olumsuz durumlar sağlıklı bir iletişim ile çözülüp hastanın anksiyetesinin azaltılıp iyileşmesini sağlayabilir (Erdal 1993). Bu nedenle hastayla kurulan iletişimin, önemli bir terapötik bakım ve tedavi aracı olduğu ve hastalığın seyri etkileyen önemli bir faktör olduğu vurgulanmaktadır (Yalçın Atar ve Atabek Aştı 2012). Caris-Verhallen ve arkadaşları (2004) yaptıkları çalışmada yeterli bilgi ve duygusal destek verilen hastalarda daha uyumlu davranışlar, strese azalma ve hatta bağışıklık sisteminde olumlu etkiler yapabileceği, dolayısıyla hemşirenin etkili iletişim becerisi ile hastanın stresini azaltıp yaşam kalitesini arttırmakla kalmayıp dolaylı olarak hastalığın seyri ile birlikte bakım algısını da etkileyebileceği belirtilmektedir (Yalçın Atar ve Atabek Aştı 2012).

Hemşirenin bakım verdiği hastaya ulaşabilmesi için iletişim bilgi ve becerisi gereklidir. Etkili iletişimin ölçütü bireylerin kendilerini anlaşılmış hissedilmesidir (Tutuk vd 2002, Şahin ve Özdemir 2015). Hemşire hasta arasında etkili bir iletişim kurulabilmesi için açık, anlaşılır ve tıbbi terimlerden arındırılmış bir dil kullanılması gereklidir (Terakye 1998). Hemşire, hastasının güvenini kazanabilmek için hastasını etkin bir şekilde dinlemeli, empati kurmalı, bakımla ilgili beklentilerini ve önerilerini sormalı ve verdiği sözleri yerine getirmelidir (Başar 2011).

Hemşirelerin etkili iletişim kurabilme becerileri, hastaların kendilerini değerli ya da değersiz hissetmesinde önemli faktörlerin başında gelmektedir. Bireyselleştirilmiş bakım alan hastalar kendilerini değerli hissederken, güven veren bir iletişimin kurulmasını da sağlamaktadır. İş merkezli bakım ise rutin yapılan uygulamaların dışına çıkamamakta bu durum da hastaların kendilerini değersiz hissetmesine neden olabilmektedir (Walker vd 1998, Yılmaz 2002).

Bunun yanında hastanın bilgilendirilmesi de hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır (Yılmaz 2002). Yapılan çalışmalarda hemşirelerin etkin iletişim becerisini geliştirmesi, hastaların hizmetten memnuniyetinin, hastalık, tedavi ve iyileşmeye uyumunun artmasını sağladığı belirtilmiştir (Tutuk vd 2002).

2.5. Araştırma Soruları

S1. Hastanede yatan kronik hastalığı olan olguların anksiyete puan ortalaması nedir?

S2. Hastanede yatan kronik hastalığı olan olguların depresyon puan ortalaması nedir?

S3. Kronik hastalıkları olan olguların sosyo-demografik özellikleri ile HAD A ölçeği puanları arasında bir ilişki var mı?

S4. Kronik hastalıkları olan olguların sosyo-demografik özellikleri ile HAD D ölçeği puanları arasında bir ilişki var mı?

S5. Kronik hastalıkları olan olguların sosyo-demografik özellikleri ile hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçek (HHBAÖ) puanları arasında bir ilişki var mı?

S6. Kronik hastalıkları olan olguların HAD ölçek puanları ile hemşirelik bakımı algılama ölçek (HHBAÖ) puanları arasında bir ilişki var mı?

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon ölçek puanları ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Denizli'de bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Üniversite hastanesinin Göğüs Hastalıkları, Dahiliye, Nefroloji, Endokrinoloji, Nöroloji, Kardiyoloji servislerinde yatan hastalar araştırmaya alınmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Denizli'de bir üniversite hastanesi dahili birimlerinde (Göğüs Hastalıkları, Genel Dahiliye, Nefroloji, Endokrinoloji, Nöroloji) yatan kronik hastalıklara sahip (KOA, Astım, DM, Kardiyovasküler Hastalıklar, Kronik Böbrek Yetmezliği, Hipertansiyon, Romatoid Artrit vb.) olgular oluşturmuştur. Yapılan güç analizi sonucunda, çalışmaya en az 100 kişi alındığında %95 güvenle %95 güç elde edileceği hesaplanmıştır (Okanlı vd 2006). Çalışmaya katılmayı kabul eden, örneklem sayısına uygun, amaçlı örnekleme (olasılıksız örnekleme) ile olgular seçilmiştir. Servislerden birbirine yakın sayıda ve her servisten olgu alınması hedeflenerek 119 olgu alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Yönü

Etik Kurul izni alınmadan önce; Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne, kurum izninin alınması için araştırma planı sunulmuştur. Araştırmanın yapılması planlanan Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünden kurum izni (Ek-1) ve Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kuruldan etik kurul onayı alınmıştır (Ek-2,3. 19.10.2015 tarihli 60116787-020/60216 sayılı) Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğünden Enstitü Yönetim Kurulu onayı alınmıştır (Ek-4,5). Ayrıca araştırmaya katılan hastalardan sözlü / yazılı onam alınmıştır (Ek-6).

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni; anksiyete ve depresyon ölçek puanları ile olguların hemşirelik bakımını algılayış puanları

Araştırmanın bağımsız değişkeni; olguların, hastalık tanısı, tedavi oldukları klinik, servisteki kaçınıcı günü olduğu, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, sağlık güvencesinin var olup olmadığı, gelir durumu, yatış nedeni dışında başka kronik hastalığı olup olmadığı, refakatçi bulundurma durumu, var olan hastalığın olgunun yaşamına etkisi, hemşirelerin yapılan işlemlerde gerekli bilgiyi verip vermediği ve olgunun hemşirelik bakımından beklentisi sorularını içermektedir.

3.6. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- En az 5 gündür klinikte yatıyor olmak
- 18 yaş ve üzerinde olmak
- Görme ve işitme ile ilgili duyu kaybı bulunmamak
- İletişim ve iş birliğine açık olmak
- Psikiyatrik hastalığı bulunmamak
- Şiddetli ağrısı olmamak

- Bilinci açık olmak
- Araştırmaya gönüllü olarak katılmak
- En az 6 aydır kronik hastalık tanısı olmak

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Kasım 2015 - Mayıs 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda hazırlanan ve hastaların tanıtıcı özelliklerini belirleyen Kişisel Bilgi Formu (Ek -7), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) (Ek- 8) ve Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ) (Ek- 9) kullanılmıştır. Veriler hastaların uygun olduğu zamanlarda yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin toplanması bir hastada yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.7.1. Veri toplama araçları

3.7.1.1. Kişisel Bilgi Formu:

Olguların tanıtıcı özelliklerini içeren kişisel bilgi formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda geliştirilmiştir. Bu formda olguların tedavi oldukları klinik, tanısı, servisteki kaçınıcı günü olduğu, yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, sağlık güvencesinin olup olmadığı, kiminle yaşadığı, gelir durumu, yatış nedeni dışında başka kronik hastalığı olup olmadığı, refakatçi bulundurma durumu, var olan hastalığın yaşamlarına etki durumu, hemşirelerin yapılan işlemlerde gerekli bilgiyi verip vermediği ve hemşirelik bakımından beklentisine ilişkin sorular yer almaktadır.

3.7.1.2. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışları Ölçeği (HHBAÖ)

HHBAÖ Ann M. Dozier ve arkadaşları tarafından 2001 yılında Amerika'da geliştirilmiştir. Ölçek hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarını ve bu bakımdan memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Likert tipi ölçekte hemşirelik bakımının kalitesi ile ilgili 15 ifade bulunmaktadır (Dozier 2001). Ölçeğin Türkçe Geçerlik

ve güvenilirlik çalışması İpek Çoban ve Kaşıkçı (2006) tarafından yapılmıştır. Ölçeği oluşturan 15 ifadeden katılıyorum=5, biraz katılıyorum=4, kararsızım=3, katılmıyorum=2, kesinlikle katılmıyorum=1 ve yanıtız=0 seçeneklerden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Böylece ölçekten en az 15 en fazla 75 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puandaki yükselme hastanın hemşirelik bakımından memnun olduğunu göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası 45 puan ve üzeri bakım algısının iyi olduğunu göstermektedir (Aydın 2014). Dozier ve arkadaşları tarafından geliştirilen orjinal ölçeğin (HHBAÖ) Cronbach α güvenilirlik katsayısı 0,94 olarak belirlenmiştir (Dozier 2001). İpek Çoban ve Kaşıkçı tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa 0,92 olarak bulunmuştur (İpek Çoban ve Kaşıkçı 2006, İpek Çoban ve Kaşıkçı 2010).

3.7.1.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)

Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, dörtlü likert tipi bir ölçektir. Toplam 14 soru içermekte ve tek sayılar anksiyeteyi, çift sayılar depresyonu ölçmektedir. Formun Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Aydemir (1997) tarafından yapılmış, ölçeğin bedensel hastalığı olanlarda depresyon ve anksiyete belirtilerini tarama açısından güvenli olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin anksiyete (HAD-A) ve depresyon (HAD-D) alt ölçekleri vardır. Türkiye’de yapılan çalışma sonucunda anksiyete alt ölçeği için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde puan alanlar risk altında olarak değerlendirilirler. Ölçekte her maddenin puanlaması farklıdır. 1., 3., 5., 6., 8., 10., 11. ve 13. maddeler giderek azalan şiddet gösterirler ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Öte yandan 2., 4., 7., 9., 12. ve 14. maddeler ise 0, 1, 2, 3 biçiminde puanlanırlar. Anksiyete alt ölçeği için 1., 3., 5., 7., 9., 11. ve 13. maddeler toplanırken; depresyon alt ölçeği için 2., 4., 6., 8., 10., 12. ve 14. maddelerin puanları toplanır. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0, en yüksek puan 21’dir (Aydemir ve Köroğlu 2000).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında gruplar arası farklılıkların karşılaştırılmasında İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ya da Tek Yönlü Varyans Analizi; parametrik test varsayımları sağlanmadığında ise gruplar arası farklılıkların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ya da Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Aynı zamanda kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Ki-kare testi, değişkenler arası ilişkiyi incelemek için ise Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya sadece Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi' nin dâhil edilmesidir. Olasılıksız örnekleme yöntemlerinden amaçlı örneklemenin kullanılması nedeniyle bulguların sadece çalışmanın yapıldığı hastaneye genellenebilmesidir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1 Olguların sosyo-demografik özellikleri

Değişkenler	Sayı	%
Yaş		
40 yaş altı	9	7,6
41-50 yaş	19	16,0
51-60 yaş	29	24,3
61-70 yaş	27	22,7
71 yaş üstü	35	29,4
Cinsiyet		
Kadın	66	55,5
Erkek	53	44,5
Medeni Durum		
Evli	103	86,6
Bekâr	16	13,4
Meslek		
Emekli	42	35,3
Ev hanımı	57	47,9
Çalışan	20	16,8
Sağlık Güvencisi		
Var	111	93,3
Yok	8	6,7
Kiminle Birlikte Yaşadığı		
Yalnız	14	11,8
Eşiyle birlikte	55	46,2
Eşi ve çocuklarıyla	50	42,0
Eğitim Düzeyi		
Okuma yazma bilmiyor	6	5,0
İlkokul mezunu	51	42,9
Ortaokul mezunu	36	30,3
Lise mezunu+ üniversite	26	21,8
Gelir Durumu		
Geliri ve gideri eşit	47	39,5
Geliri giderinden az	72	60,5
Mevcut Çalışma Durumu		
Çalışıyor	15	12,6
Çalışmıyor	104	87,4
Refakatçi Bulundurma Durumu		
Var	90	75,6
Yok	29	24,4
Toplam	119	100,0

Olguların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur. Hastaların %7,6' sını 40 yaş altında, %24,3'ü 51-60 yaş grubunda, %29,4'ü 71 yaş ve üzerindedir. Olguların %55,5'ini kadınlar oluşturmakta ve bunların %86,6'sı evli, %47,9'u ev hanımıdır. Olguların sağlık güvenceleri değerlendirildiğinde; %93,3'ünün sağlık güvencesi bulunmaktadır. Olguların %46,2'si eşyle birlikte yaşamakta, %42,9'u ilkokul mezunudur. Geliri giderinden az olanların oranı %60,5'tir ve bu bireylerin %87,4'ü şu an çalışmamaktadır.

Tablo 4.2 Olguların klinikleri ve hastalıkları ile ilgili tanımlayıcı bilgiler

Değişkenler	Sayı	%
Servis		
Kardiyoloji	27	22,8
Nöroloji	23	19,3
Nefroloji	23	19,3
Göğüs hastalıkları	23	19,3
Endokrin	23	19,3
Aldıkları Tanılar		
Kalp damar hastalıkları	35	29,4
Sinir sistemi hastalıkları	19	16,0
Üriner sistem hastalıkları	20	16,8
Solunum sistemi hastalıkları	21	17,6
Endokrin sistem hastalıkları	24	20,2
Yatışlarının Kaçınıcı Günü		
5. gün	27	22,7
6.-10. gün	77	64,7
11. gün ve üstü	15	12,6
Var olan Kronik Hastalık Sayısı		
Bir	46	38,7
İki	36	30,3
Üç ve üzeri	37	31,0
Hastalığın Yaşamı Etkileme Durumu		
Evet, olumsuz bir şekilde etkiliyor.	78	65,5
Hayır, kendim hastalığımla başa çıkabiliyorum.	23	19,3
Hayır, ailemin desteği ile başa çıkabiliyorum.	18	15,2
Hemşirelerin Gerekli Bilgiyi Verip Vermediği		
Veriyor	62	52,1
Vermiyor	57	47,9
Hemşirelik Bakımından Beklenti		
Güleryüz	35	29,4
Daha fazla ilgi	42	35,3
Yaptıkları işlemler hakkında bilgi	20	16,8
Anlayış	22	18,5
Toplam	119	100

Tablo 4.2'de Olguların klinikleri ve hastalıkları ile ilgili tanımlayıcı bilgileri verilmiştir. Olguların %22,8'si kardiyoloji servisinde yatmakta, diğer servislerden her biri (nöroloji, nefroloji, göğüs hastalıkları, endokrin servisi) %19,3'lük bir kısmı oluşturmaktadır. Olguların aldıkları tanıların %29,4'ü kalp damar hastalıkları, %20,2'si endokrin sistem hastalıklarıdır. Olguların %64,7'si yatışlarının 6.-10. günündedir. Olguların %38,7'sinde bir tane, %30,3'ünde iki tane kronik hastalık bulunmakta ve %65,5'i sahip oldukları kronik hastalıklardan olumsuz yönde etkilendiğini, %19,3'ü hastalığıyla kendisinin başa çıkabildiğini belirtmiştir. Hemşirelerin yaptıkları işlemler hakkında gerekli bilgiyi vermediğini söyleyenlerin oranı %47,9 dur. Olguların %35,3'ünün hemşirelik bakımından beklentisi daha fazla ilgi, %29,4'nün hemşireden güleryüz beklediği saptanmıştır.

Tablo 4.3 Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre HAD A ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

HAD A	Sayı ve %	Ortalama ± S.S	Medyan (Min.-Max.)	p değeri	Test değeri
Değişkenler					
Yaş					
40 yaş altı	9 (%7,6)	7,77 ±1,85	8 (5-11)		
41-50 yaş	19 (%16,0)	7,89 ± 2,15	8 (4-11)		
51-60 yaş	29 (%24,3)	8,00 ± 2,50	8 (2-14)	0,669	KW=2,364
61-70 yaş	27 (%22,7)	8,29 ± 2,78	9 (1-12)		
71 yaş üstü	35 (%29,4)	8,05 ± 2,54	8 (1-12)		
Cinsiyet					
Kadın	66 (%55,5)	7,87 ± 2,51	8 (1-14)	0,380	Z= -0,878
Erkek	53 (%44,5)	8,26 ± 2,38	8 (1-13)		
Medeni Durum					
Evli	103 (%86,6)	7,99 ± 2,43	8 (1-14)	0,331	Z=-0,972
Bekâr	16 (%13,4)	8,43 ± 2,63	9 (2-12)		
Meslek					
Emekli	42 (%35,3)	8,28 ± 2,41	8 (1-13)		
Ev hanımı	57 (%47,9)	7,89 ± 2,53	8 (1-14)	0,736	F=0,308
Çalışan	20 (%16,8)	8,00 ± 2,40	8 (2-11)		
Sağlık Güvencesi					
Var	111 (%93,3)	8,03 ± 2,48	8 (1-14)	0,893	Z=-0,134
Yok	8 (%6,7)	8,25 ± 2,05	7 (6-11)		
Kiminle Birlikte Yaşadığı					
Yalnız	14 (%11,8)	8,71 ± 2,52	9 (2-12)		
Eşiyle birlikte	55 (%46,2)	7,81 ± 2,69	8 (1-13)	0,410	KW=1,784
Eşi ve çocuklarıyla	50 (%42,0)	8,12 ± 2,15	8 (4-14)		
Eğitim Düzeyi					
Okuma yazma bilmiyor	6 (%5,0)	8,00 ± 3,16	8,5 (4-12)		
İlkokul mezunu	51(%42,9)	8,66 ± 2,53	9 (1-14)	0,082	KW= 6,704
Ortaokul mezunu	36 (%30,3)	7,55 ± 2,15	8 (1-11)		
Lise mezunu+Üniversite	26 (%21,8)	7,53 ± 2,38	8 (2-12)		
Gelir Durumu					
Geliri ve gideri eşit	47 (%39,5)	7,78 ± 2,34	8 (1-13)	0,347	t=-0,944
Geliri giderinden az	72 (%60,5)	8,22 ± 2,52	8 (1-14)		
Mevcut Çalışma Durumu					
Çalışıyor	15 (%12,6)	8,13 ± 2,47	8 (2-11)	0,771	Z=-0,291
Çalışmıyor	104 (%87,4)	8,03 ± 2,46	8 (1-14)		
Refakatçi Bulundurma Durumu					
Var	90 (%75,6)	7,95 ± 2,30	8 (1-12)	0,463	Z=-0,735
Yok	29 (%24,4)	8,34 ± 2,89	8 (1-14)		
Toplam	119 (%100)	8,05 ± 2,45	8(1-14)		

Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre HAD A Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.3'de verilmiştir. Çalışmada genel HAD A ölçeği puan ortalaması $8,05 \pm 2,45$ olarak saptanmıştır. Olguların yaş gruplarına göre HAD A ölçek puan ortalaması 40 yaş ve altındakilerde $7,77 \pm 1,85$ puan, 61-70 yaş grubunda $8,29 \pm 2,78$ puandır. Olguların HAD A puan ortalaması erkeklerde $8,26 \pm 2,38$, bekârlarda $8,43 \pm 2,63$, emeklilerde $8,28 \pm 2,41$ bulunmuştur. Sağlık güvencesi bulunmayanların puanı $8,25 \pm 2,05$, yalnız yaşayanların puanı $8,71 \pm 2,52$, ilkokul mezunlarının $8,66 \pm 2,53$ 'tür. Hastaların geliri giderinden az olanların puanı $8,22 \pm 2,52$, mevcut çalışma durumuna göre çalışanların $8,13 \pm 2,47$, refakatçisi olmayanların $8,34 \pm 2,89$ puan olarak saptanmıştır.

Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, sağlık güvencesinin olup olmaması, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, gelir durumu, mevcut çalışma durumu ve refakatçi bulundurma durumu ile HAD A puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.4 Olguların klinik ve hastalık özelliklerine göre HAD A ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

HAD A	Sayı ve %	Ort ± Std. Sapma	Medyan (Min-Max)	p değeri	Test değeri
Değişkenler					
Servis					
Kardiyoloji	27 (%22,8)	8,03 ± 2,00	8 (4-12)	0,147	KW=6,795
Nöroloji	23 (%19,3)	8,43 ± 2,84	8 (2-14)		
Nefroloji	23 (%19,3)	7,73 ± 2,15	8 (3-12)		
Göğüs hastalıkları	23 (%19,3)	8,73 ± 2,81	9 (1-12)		
Endokrin	23 (%19,3)	7,30 ± 2,36	8 (1-11)		
Aldıkları Tanılar					
Kalp damar hastalıkları	35 (%29,4)	8,20 ± 1,89	8 (4-12)	0,231	KW=5,603
Sinir sistemi hastalıkları	19 (%16,0)	8,21 ± 3,04	8 (2-14)		
Üriner sistem hastalıkları	20 (%16,8)	7,80 ± 2,30	8 (3-12)		
Solunum sistemi hastalıkları	21 (%17,6)	8,71 ± 2,93	9 (1-12)		
Endokrin sistem hastalıkları	24 (%20,2)	7,33 ± 2,33	8 (1-11)		
Yatışlarının Kaçınıcı Günü					
5. gün	27 (%22,7)	8,18 ± 2,35	8 (1-11)	0,007	KW= 9,852
6.-10. gün	77 (%64,7)	7,70 ± 2,54	8 (1-14)		
11. gün ve üstü	15 (%12,6)	9,60 ± 1,45	9 (7-12)		
Var olan Kronik Hastalık Sayısı					
Bir	46 (%38,7)	7,80 ± 2,16	8 (2-13)	0,314	KW=2,317
İki	36 (%30,3)	8,36 ± 2,68	8,5 (2-14)		
Üç ve üzeri	37 (%31,0)	8,05 ± 2,59	9 (1-12)		
Hastalığın Yaşamı Etkileme Durumu					
Evet, olumsuz bir şekilde etkiliyor.	78 (%65,5)	8,02 ± 2,42	8 (1-12)	0,688	KW=0,747
Hayır, kendim hastalığımla başa çıkabiliyorum.	23 (%19,3)	7,82 ± 2,49	8 (2-13)		
Hayır, ailemin desteği ile başa çıkabiliyorum.	18 (%15,2)	8,44 ± 2,63	8,5 (4-14)		
Hemşirelerin gerekli bilgiyi verip vermediği					
Veriyor	62 (%52,1)	7,79 ± 2,66	8 (1-14)	0,377	Z=-0,884
Vermiyor	57 (%47,9)	8,33 ± 2,19	8 (4-13)		
Hemşirelik Bakımından Beklenti					
Güleryüz	35 (%29,4)	8,00 ± 2,72	8 (1-14)	0,875	KW=0,692
Daha fazla ilgi	42 (%35,3)	7,88 ± 2,32	8 (1-12)		
Yaptıkları işlemler hakkında bilgi	20 (%16,8)	8,35 ± 2,20	8,5 (4-12)		
Anlayış	22 (%18,5)	8,18 ± 2,59	8 (2-12)		
Toplam	119 (%100)	8,05 ± 2,45	8 (1-14)		

Olguların klinik ve hastalık özelliklerine göre HAD A ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.4'de sunulmuştur. Olguların yattıkları servislere göre HAD A ölçek puan ortalaması göğüs hastalıkları servisinde $8,73\pm 2,81$, endokrin servisinde $7,30\pm 2,36$ 'dır. Solunum sistemiyle ilgili tanı alan hastaların HAD A ölçeğinden $8,71\pm 2,93$ puan, endokrin sistem hastalıklarıyla ilgili tanı alanların $7,33\pm 2,33$ puan aldıkları saptanmıştır. Olgulardan servislerinde yatışının 11. gün ve üzerinde olanların HAD A ölçek puanı $9,60\pm 1,45$, kronik hastalıkları iki tane olanların $8,36\pm 2,68$ 'dir. Olguların hastalıklarından olumsuz yönde etkilenmediğini, kendisinin başa çıkabildiğini belirtenlerin HAD A ölçek puanı $7,82\pm 2,49$, ailesinin desteği ile başa çıkabildiğini söyleyenlerin $8,44\pm 2,63$ puan olarak bulunmuştur. Hemşirelerin yaptıkları işlemler hakkında gerekli bilgiyi vermediğini söyleyenlerin $8,33\pm 2,19$, hemşirelik bakımından beklentisi yapılan işlemler hakkında daha fazla bilgi almak isteyenlerin $8,35\pm 2,20$, daha fazla ilgi bekleyenlerin ise $7,88\pm 2,32$ puan olarak bulunmuştur.

Olguların yattıkları servislere, aldıkları tanılara, sahip oldukları kronik hastalık sayısına, hastalıklarından etkilenme durumlarına, hemşirelerin gerekli bilgiyi verip vermeme durumuna ve hemşirelik bakımından beklentilerine göre HAD A ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Olguların yatışlarının kaçınıcı gününde olduklarına göre, 6.-10. gün ve 11. gün ve üzerinde olan grup arasında HAD A ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.5 Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre HAD D ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

HAD D	Sayı ve %	Ortalama ± S.S	Medyan (Min.-Max.)	p değeri	Test değeri
Değişkenler					
Yaş					
40 yaş altı	9 (%7,6)	5,33 ± 2,59	5 (1-10)	0,103	F=1,974
41-50 yaş	19 (%16,0)	5,52 ± 3,02	5 (0-11)		
51-60 yaş	29 (%24,3)	5,86 ± 2,35	6 (2-12)		
61-70 yaş	27 (%22,7)	6,40 ± 2,13	6 (2-11)		
71 yaş üstü	35 (%29,4)	7,05 ± 2,18	7 (2-11)		
Cinsiyet					
Kadın	66 (%55,5)	6,31 ± 2,64	6 (0-12)	0,711	t=0,371
Erkek	53 (%44,5)	6,15 ± 2,16	6 (2-11)		
Medeni Durum					
Evli	103 (%86,6)	6,23 ± 2,43	6 (0-12)	0,904	t=-0,121
Bekâr	16 (%13,4)	6,31 ± 2,49	6 (1-11)		
Meslek					
Emekli	42 (%35,3)	6,11 ± 1,91	6 (2-11)	0,628	F=0,467
Ev hanımı	57 (%47,9)	6,45 ± 2,65	6 (0-12)		
Çalışan	20 (%16,8)	5,90 ± 2,80	5 (1-11)		
Sağlık Güvencesi					
Var	111 (%93,3)	6,09 ± 2,37	6 (0-12)	0,019	Z=-2,337
Yok	8 (%6,7)	8,37 ± 2,44	9 (5-11)		
Kiminle Birlikte Yaşadığı					
Yalnız	14 (%11,8)	6,85 ± 2,85	6.5 (1-11)	0,265	F=1,345
Eşiyle birlikte	55 (%46,2)	6,45 ± 2,36	6 (2-11)		
Eşi ve çocuklarıyla	50 (%42,0)	5,84 ± 2,37	6 (0-12)		
Eğitim Düzeyi					
Okuma yazma bilmiyor	6 (%5,0)	7,16 ± 3,18	6,5 (4-11)	0,071	KW=7,030
İlkokul mezunu	51 (%42,9)	6,84 ± 2,52	7 (2-11)		
Ortaokul mezunu	36 (%30,3)	5,66 ± 2,04	6 (2-12)		
Lise mezunu+ Üniversite	26 (%21,8)	5,65 ± 2,36	6 (0-10)		
Gelir Durumu					
Geliri ve gideri eşit	47 (%39,5)	5,78 ± 2,29	6 (0-11)	0,099	t= -1,664
Geliri giderinden az	72 (%60,5)	6,54 ± 2,49	6 (2-12)		
Mevcut Çalışma Durumu					
Çalışıyor	15 (%12,6)	5,46 ± 2,55	5 (0-10)	0,187	t=-1,326
Çalışmıyor	104 (%87,4)	6,35 ± 2,40	6 (1-12)		
Refakatçi Bulundurma Durumu					
Var	90 (%75,6)	6,40 ± 2,42	6 (0-12)	0,120	Z=-1,553
Yok	29 (%24,4)	5,75 ± 2,44	5 (2-11)		
Toplam	119 (%100)	6,24 ± 2,43	6 (0-12)		

Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre HAD D ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.5'de verilmiştir. Çalışmada genel HAD D ölçeği puan ortalaması $6,24 \pm 2,43$ olarak saptanmıştır. Olguların yaş gruplarına göre HAD D ölçek puan ortalaması 40 yaş ve altındakilerde $5,33 \pm 2,59$, 71 yaş ve üstündeki grupta $7,05 \pm 2,18$ 'dir. Olguların HAD D puan ortalaması kadınlarda $6,31 \pm 2,64$, erkeklerde $6,15 \pm 2,16$, bekârlarda $6,31 \pm 2,49$, ev hanımlarında $6,45 \pm 2,65$ puan bulunmuştur. Sağlık güvencesi bulunmayanların puanı $8,37 \pm 2,44$, yalnız yaşayanların $6,85 \pm 2,85$, okuma yazma bilmeyenlerin $7,16 \pm 3,18$ 'dir. Olguların geliri giderinden az olanların puanı $6,54 \pm 2,49$, mevcut çalışma durumuna göre çalışmayanların $6,35 \pm 2,40$, refakatçisi bulunanların $6,40 \pm 2,42$ olarak saptanmıştır.

Olguların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, gelir durumu, mevcut çalışma durumu ve refakatçi bulundurma durumu ile HAD D puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Sağlık güvencesi varlığı ile HAD D puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmış ve sağlık güvencesi olmayanlarda HAD D puanı daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4.6 Olguların klinik ve hastalık özelliklerine göre HAD D ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

HAD D	Sayı ve %	Ortalama \pm S.S	Medyan (Min.-Max.)	p değeri	Test değeri
Değişkenler					
Servis					
Kardiyoloji	27 (%22,8)	5,55 \pm 2,45	6 (0-11)	0,597	KW=2,768
Nöroloji	23 (%19,3)	6,69 \pm 2,81	7 (1-12)		
Nefroloji	23 (%19,3)	6,26 \pm 2,13	6 (3-11)		
Göğüs hastalıkları	23 (%19,3)	6,52 \pm 2,23	6 (2-11)		
Endokrin	23 (%19,3)	6,30 \pm 2,51	6 (3-11)		
Aldıkları Tanılar					
Kalp damar hastalıkları	35 (%29,4)	5,65 \pm 2,38	6 (0-11)	0,532	F=0,792
Sinir sistemi hastalıkları	19 (%16,0)	6,47 \pm 3,06	6 (1-12)		
Üriner sistem hastalıkları	20 (%16,8)	6,25 \pm 2,17	6 (3-11)		
Solunum sistemi hastalıkları	21 (%17,6)	6,66 \pm 2,22	7 (3-11)		
Endokrin sistem hastalıkları	24 (%20,2)	6,54 \pm 2,37	6 (3-11)		
Yatışlarının Kaçınıcı Günü					
5. gün	27 (%22,7)	6,00 \pm 2,07	6 (2-10)	0,825	F=0,192
6.-10. gün	77 (%64,7)	6,33 \pm 2,61	6 (0-12)		
11. gün ve üstü	15 (%12,6)	6,20 \pm 2,17	6 (3-11)		
Var olan Kronik Hastalık Sayısı					
Bir	46(%38,7)	5,47 \pm 2,74	5 (0-12)	0,023	F=3,888
İki	36(%30,3)	6,75 \pm 2,08	7 (3-11)		
Üç ve üzeri	37(%31,0)	6,70 \pm 2,13	6 (2-11)		
Hastalığın Yaşamı Etkileme Durumu					
Evet, olumsuz bir şekilde etkiliyor.	78 (%65,5)	6,48 \pm 2,36	6 (0-12)	0,079	F=2,600
Hayır, kendim hastalığımla başa çıkabiliyorum.	23(%19,3)	5,21 \pm 2,37	5 (1-11)		
Hayır, ailemin desteği ile başa çıkabiliyorum.	18 (%15,2)	6,50 \pm 2,59	6,5 (2-11)		
Hemşirelerin gerekli bilgiyi verip vermediği					
Veriyor	62 (%52,1)	6,32 \pm 2,41	6 (1-11)	0,936	Z=-0,080
Vermiyor	57 (%47,9)	6,15 \pm 2,47	6 (0-12)		
Hemşirelik Bakımından Beklenti					
Güleryüz	35 (%29,4)	6,82 \pm 2,31	7 (3-11)	0,293	F=1,256
Daha fazla ilgi	42 (%35,3)	6,23 \pm 2,29	6 (2-12)		
Yaptıkları işlemler hakkında bilgi	20 (%16,8)	5,65 \pm 2,96	6 (0-10)		
Anlayış	22 (%18,5)	5,86 \pm 2,31	6 (2-11)		
Toplam	119 (%100)	6,24 \pm 2,43	6 (0-12)		

Tablo 4.6'da Olguların klinik ve hastalık özelliklerine göre HAD D Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları yer almaktadır. Olguların yattıkları servislere göre HAD D ölçek puan ortalaması nöroloji servisinde $6,69\pm 2,81$, kardiyoloji servisinde $5,55\pm 2,45$ olarak bulunmuştur. Solunum sistemiyle ilgili tanı alanların HAD D ölçek puanı $6,66\pm 2,22$, kalp damar hastalıklarıyla ilgili tanı alanların puanı $5,65\pm 2,38$ 'dir. Yatışlarının 6.-10. gününde olanların HAD D ölçek puanı $6,33\pm 2,61$, iki adet kronik hastalığı olanların $6,75\pm 2,08$ puan olarak saptanmıştır. Olguların hastalıklarından olumsuz yönde etkilenmediğini, kendisinin başa çıkabildiğini belirtenlerin HAD D ölçek puanı $5,21\pm 2,37$, hemşirelerin yaptıkları işlemler hakkında gerekli bilgiyi verdiğini söyleyenlerin $6,32\pm 2,41$, hemşirelik bakımından beklentisi güler yüz olanların $6,82\pm 2,31$ puan olarak bulunmuştur.

Olguların yattıkları servislere, aldıkları tanılara, yatışlarının kaçınıcı günü olduğuna, hastalıklarından etkilenme durumlarına, hemşirelerin gerekli bilgi verip vermeme durumuna, hemşirelik bakımından beklentilerine göre HAD D ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalık sayısı ile HAD D ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 4.7 Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre HHBAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

HHBAÖ Değişkenler	Sayı ve %	Ortalama ± S.S	Medyan (Min.-Max.)	p değeri	Test değeri
Yaş					
40 yaş altı	9 (%7,6)	46,66 ± 5,70	47 (39- 57)	0,925	F=0,223
41-50 yaş	19 (%16,0)	47,26 ± 4,75	47 (39-56)		
51-60 yaş	29 (%24,3)	46,48 ± 6,01	47 (33-57)		
61-70 yaş	27 (%22,7)	47,40 ± 6,62	47 (36-67)		
71 yaş üstü	35 (%29,4)	47,68 ± 4,28	48 (41-57)		
Cinsiyet					
Kadın	66 (%55,5)	47,43 ± 6,13	47 (33-67)	0,556	t=0,590
Erkek	53 (%44,5)	46,86 ± 4,42	47 (36-59)		
Medeni Durum					
Evli	103 (%86,6)	47,43 ± 5,33	47 (33-67)	0,200	t=1,290
Bekâr	16 (%13,4)	45,56 ± 5,86	44,50 (38-57)		
Meslek					
Emekli	42 (%35,3)	47,04 ± 4,34	46,50 (36-59)	0,805	F=0,218
Ev hanımı	57 (%47,9)	47,49 ± 6,46	48 (33-67)		
Çalışan	20 (%16,8)	46,60 ± 4,27	47 (37-55)		
Sağlık Güvencisi					
Var	111 (%93,3)	42,27 ± 5,51	47 (33-67)	0,457	Z=-0,744
Yok	8 (%6,7)	45,87 ± 4,01	46 (39-53)		
Kiminle yaşıyor					
Yalnız	14 (%11,8)	45,35 ± 4,98	44,5(38-55)	0,304	F=1,203
Eşiyle birlikte	55 (%46,2)	47,81 ± 5,39	48 (36-67)		
Eşi ve çocuklarıyla	50 (%42,0)	47,00 ± 5,54	46,5 (33-59)		
Eğitim Düzeyi					
Okuma yazma bilmiyor	6 (%5,0)	47,83 ± 5,91	45,50 (42-57)	0,129	KW=5,675
İlkokul mezunu	51(%42,9)	46,60 ± 5,75	47 (33-67)		
Ortaokul mezunu	36 (%30,3)	48,72 ± 4,35	48 (41-57)		
Lise mezunu+ Üniversite	26 (%21,8)	46,03 ± 5,77	45,50 (36-59)		
Gelir Durumu					
Geliri ve gideri eşit	47 (%39,5)	46,38 ± 5,55	45 (36-57)	0,162	Z=-1,397
Geliri giderinden az	72 (%60,5)	47,70 ± 5,31	47 (33-67)		
Mevcut Çalışma Durumu					
Çalışıyor	15 (%12,6)	46,00 ± 3,83	47 (37-51)	0,368	t=-0,904
Çalışmıyor	104 (%87,4)	47,35 ± 5,61	47 (33-67)		
Refakatçi Bulundurma Durumu					
Var	90 (%75,6)	47,32 ± 5,58	47 (33-67)	0,629	t=0,898
Yok	29 (%24,4)	46,75 ± 4,96	46 (39-57)		
Toplam	119 (%100)	47,18 ± 5,42	47 (33-67)		

Olguların sosyo-demografik özelliklerine göre HHBAÖ'den aldıkları puan ortalamaları Tablo 4.7'de verilmiştir. Çalışmada genel HHBAÖ puan ortalaması $47,18 \pm 5,42$ olarak saptanmıştır. Olguların yaş gruplarına göre HHBAÖ puan ortalaması 51-60 yaş grubunda $46,48 \pm 6,01$, 71 yaş ve üzerindeki grupta $47,68 \pm 4,28$ puan olarak bulunmuştur. Kadınlarda HHBAÖ puanı $47,43 \pm 6,13$, evlilerde $47,43 \pm 5,33$ ve ev hanımlarında $47,49 \pm 6,46$ puandır. Sağlık güvencesi olmayanlarda HHBAÖ puanı $45,87 \pm 4,01$ puan, eşiyile beraber yaşayanlarda $47,81 \pm 5,39$, ortaokul mezunlarında $48,72 \pm 4,35$ puandır. Geliri giderinden az olanların $47,70 \pm 5,31$, mevcut çalışma durumuna göre çalışanların $46,00 \pm 3,83$, refakatçi bulunduranlarda $47,32 \pm 5,58$ puan olarak saptanmıştır.

Olguların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, sağlık güvencesinin olup olmaması, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi ile gelir, mevcut çalışma ve refakatçi bulundurma durumu ile HHBAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4.8 Olguların klinik ve hastalık özelliklerine göre HHBAÖ ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları

HHBAÖ Değişkenler	Sayı ve %	Ortalama ± S.S.	Medyan (Min.-Max.)	p değeri	Test değeri
Servis					
Kardiyoloji	27 (%22,8)	47,03 ± 4,58	47 (36-57)	0,015	F=3,228
Nöroloji	23 (%19,3)	44,21 ± 4,68	43 (36-55)		
Nefroloji	23 (%19,3)	46,82 ± 5,61	45 (33-57)		
Göğüs hastalıkları	23 (%19,3)	49,30 ± 6,24	49 (41-67)		
Endokrin	23 (%19,3)	48,56 ± 4,94	48 (39-57)		
Aldıkları Tanılar					
Kalp damar hastalıkları	35 (%29,4)	46,54 ± 4,90	47 (36-57)	0,125	F= 1,848
Sinir sistemi hastalıkları	19 (%16,0)	45,21 ± 4,18	46 (38-55)		
Üriner sistem hastalıkları	20 (%16,8)	47,05 ± 5,62	46 (33-57)		
Solunum sistemi hastalıkları	21 (%17,6)	49,52 ± 6,47	49 (41-67)		
Endokrin sistem hastalıkları	24 (%20,2)	47,75 ± 5,47	47,50 (37-57)		
Yatışlarının Kaçınıcı Günü					
5. gün	27 (%22,7)	47,96 ± 5,66	47 (38-67)	0,894	KW=0,223
6.-10. gün	77 (%64,7)	47,03 ± 5,29	47 (33-59)		
11. gün ve üstü	15 (%12,6)	46,53 ± 5,86	48 (36-56)		
Var olan Kronik Hastalık Sayısı					
Bir	46(%38,7)	47,95 ± 5,62	47 (38-67)	0,414	F=0,888
İki	36(%30,3)	47,02 ± 5,46	47(36-57)		
Üç ve üzeri	37(%31,0)	46,37 ± 5,13	47 (33-57)		
Hastalığın Yaşamı Etkileme Durumu					
Evet, olumsuz bir şekilde etkiliyor.	78 (%65,5)	47,23 ± 5,91	47 (33-67)	0,991	F=0,009
Hayır, kendim hastalığımla başa çıkabiliyorum.	23(%19,3)	47,13 ± 5,00	47 (36-59)		
Hayır, ailemin desteği ile başa çıkabiliyorum.	18 (%15,2)	47,05 ± 3,62	47 (41-53)		
Hemşirelerin Gerekli Bilgiyi Verip Vermediği					
Veriyor	62 (%52,1)	48,41 ± 5,53	48 (39-67)	0,009	t=2,655
Vermiyor	57 (%47,9)	45,84 ± 5,01	46 (33-57)		
Hemşirelik Bakımından Beklenti					
Güleryüz	35 (%29,4)	47,62 ± 6,02	47 (38-67)	0,575	KW=1,987
Daha fazla ilgi	42 (%35,3)	46,66 ± 4,56	47 (36-57)		
Yaptıkları işlemler hakkında bilgi	20 (%16,8)	46,20 ± 6,15	45,50 (33-57)		
Anlayış	22 (%18,5)	48,36 ± 5,32	48 (38-57)		
Toplam	119 (%100)	47,18 ± 5,42	47 (33-67)		

Tablo 4.8'de olguların klinik ve hastalık özelliklerine göre HHBAÖ' den aldıkları puan ortalamaları verilmiştir. Olguların yattıkları servislere göre HHBAÖ puan ortalaması nöroloji servisinde $44,21 \pm 4,68$, göğüs hastalıkları servisinde $49,30 \pm 6,24$ bulunmuştur. Sinir sistemiyle ilgili tanı alanların $45,21 \pm 4,18$, solunum sistemi hastalıklarıyla ilgili tanı alanların $49,52 \pm 6,47$ 'dir. Yatışının 11. gün ve üzerinde olanların $46,53 \pm 5,86$, üç ve üzerinde kronik hastalığı olanların $46,37 \pm 5,13$ puan olarak saptanmıştır. Olguların HHBAÖ puanı; sahip oldukları hastalıkların olumsuz yönde etkilemediği, ailesinin desteğiyle başa çıkabildiğini belirtenlerin $47,05 \pm 3,62$, hemşirelerin yaptıkları işlemler hakkında gerekli bilgiyi vermediğini söyleyenlerin $45,84 \pm 5,01$, hemşirelik bakımından beklentisini yapılan işlemler hakkında daha fazla bilgi almak olarak belirtenlerin $46,20 \pm 6,15$ puan olarak bulunmuştur.

Olguların aldıkları tanıları, yatışının kaçınıcı günü olduğu, sahip oldukları kronik hastalık sayısı, hastalıklarından etkilenme durumları, hemşirelik bakımından beklentileri ile HHBAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Olguların yattıkları servislere ve hemşirelerin yapılan işlemler hakkında bilgi verip vermeme durumuna göre HHBAÖ puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tablo 4.9 Olguların HAD A ve HAD D ölçek puanlarıyla HHBAÖ' den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki

HAD A	HHBAÖ
r	-0,244
p	0,008
N	119
HAD D	HHBAÖ
r	-0,150
p	0,103
N	119

Tablo 4.9'da Olguların HAD A ve HAD D Ölçek puanlarıyla HHBAÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Olguların HAD A ölçek puan ortalaması ile HHBAÖ puanı arasında çok zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p = 0,008$).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı, hastanede yatan kronik hastalıkları olan olguların anksiyete ve depresyon puanları ile bakım algısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Olguların sosyo-demografik, klinik ve hastalık özelliklerine göre HAD A, HAD D ve HHBAÖ puanlarının karşılaştırılması aşağıda verilmiştir.

5.1. Olguların Sosyo-demografik, Klinik ve Hastalık Özelliklerine Göre HAD A Puanlarının Karşılaştırılması

Araştırmamızda olguların HAD A ölçek puan ortalaması eşik puanının altında ve anksiyete düzeyleri düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3). Yapılan diğer çalışmalarda, bizim çalışmamızdan yüksek puan alanların puanları $8,10 \pm 5,0$ ile $11,80 \pm 4,30$ arasında değişmektedir (Altan vd 2004, Okanlı vd 2006, Bahar ve Taşdemir 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Koç ve Sağlam 2011, Afşar vd 2012, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014, Aydemir vd 2015). Çalışmamızdan daha düşük puan ortalaması olan çalışmalar ise $6,8 \pm 4,60$ ile $8,04 \pm 4,10$ puan arasındadır (Gülseren vd 2001, Oflaz ve Varol 2010, Kocaman Yıldırım vd 2013, Günalay vd 2016). Ayrıca Tip 2 DM'li hastaların %21,8'nin (Sönmez ve Kasım 2013), kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin %25,3'ünün (Yetişkin 2008) anksiyete riski taşıdığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Çalışmamızda HAD A ölçek puanının eşik değerinin altında olmasının nedeni olarak, örneklemimizin çoğunluğunun yaşlı bireylerden oluşması ve %75,6'sının yanında refakatçisinin kalmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Yaşlı bireylerin refakatçilerinden aldığı duygusal destekten dolayı, hastalığın ve hastaneye yatma sürecinin oluşturduğu anksiyete ile daha kolay başa çıkabildikleri düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların yaş grupları ile HAD A ölçek puanı karşılaştırıldığında, 40 yaş altı bireylerden 70 yaşına kadar HAD A ölçek puanının yükseldiği fakat anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Benzer şekilde dahili servislerinde yatan hastalarda yapılan çalışmalarda da yaş ile HAD A puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Korkmaz ve Tel 2010, Koç ve Sağlam 2011, Kocaman Yıldırım vd 2013, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014). Dahili ve cerrahi servislerinde yapılan bazı çalışmalarda da yaş ile HAD A puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark

saptanmamıştır (Okanlı vd 2006, Oflaz ve Varol 2010). Bazı çalışmalarda yaş arttıkça HAD A puanının da anlamlı şekilde arttığı belirtilirken (Yüksel 2007, Bahar ve Taşdemir 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Aydemir vd 2015); bazılarında yaş arttıkça HAD A puan ortalamasının azaldığı belirtilen sonuçlar da bulunmaktadır (Gülseren vd 2001, Sönmez ve Kasım 2013). KOAH'lı bireylerde yapılan bir çalışmada da 60 yaş ve üstü bireylerin %47,1'sinin HAD A ölçeğinden eşik üstü puan aldığı ifade edilmiştir (Afşar vd 2012).

Cinsiyetin HAD A puanlarıyla ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3). Çalışmamızı destekler şekilde, cinsiyet ile HAD A puan ortalaması arasında, hemodiyaliz hastalarında (Kocaman Yıldırım vd 2013); dahili birimlerde yatanlarda (Oflaz ve Varol 2010); KOAH'lı hastalarda (Korkmaz ve Tel 2010, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014); kronik solunum yolu ve kalp hastalığı olanlarda (Aydemir vd 2015) anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir. Buna karşın kronik hastalığı olan diğer bireylerle yapılan çalışmalarda HAD A puan ortalamasının kadınlarda anlamlı ve yüksek olduğu belirtilmektedir (Gülseren vd 2001, Bahar ve Taşdemir 2008, Yetişkin 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Sönmez ve Kasım 2013, Günalay vd 2016). KOAH'lı bireylerle yapılan bir diğer çalışmada ise kadınların %50'sinin HAD A ölçeğinden eşik üstü puan aldığını belirtilmiştir (Afşar vd 2012).

Evli olanların HAD A ölçek puanı, bekâr hastalara göre daha düşük bulunmasına rağmen anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3). Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda evlilerde anksiyete puanı daha düşük olmasına rağmen anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir (Okanlı vd 2006, Yetişkin 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Oflaz ve Varol 2010, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014) ve bu çalışmalar bulgularımızı desteklemektedir. Bulgularımızın aksine, KOAH'lı bireylerde, evlilerin bekârlara göre daha yüksek anksiyete puanının olduğu çalışmalar olduğu gibi Afşar vd (2012); dahili ve cerrahi servislerindeki hastalarda dul olan bireylerin daha yüksek HAD A puanı aldığı saptanan çalışmaları da bulunmaktadır (Bahar ve Taşdemir 2008).

Olguların mesleklerine göre HAD A puanları karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.3). Bulgularımızın aksine dahili ve cerrahi servislerde yatan hastalarda yapılan çalışmalarda HAD A puanını, ev hanımlarında diğer gruplara göre anlamlı ve daha yüksek bulunurken (Okanlı vd 2006, Bahar ve Taşdemir 2008); bir diğerinde ise serbest meslek sahiplerinde en düşük ve anlamlı bulunmuştur (Okanlı vd 2006).

Olguların sağlık güvencesi ile HAD A ölçek puanları karşılaştırıldığında, sağlık güvencesi olmayanların anksiyete puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Bulgularımızın aksine, sağlık güvencesi ile HAD A puanı arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilen

çalışmalar bulunmaktadır (Okanlı vd 2006, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014). Sağlık güvencesi olmayan olguların, hastaneye yatış ve tedavi masraflarının aile bütçesini olumsuz etkileyerek anksiyete puanlarını arttırdığı düşünülmektedir.

Olguların kiminle yaşadığına göre HAD A ölçek puanı incelendiğinde, en yüksek puana ($8,71 \pm 2,52$) yalnız yaşayanların, en düşük puana ($7,81 \pm 2,69$) eşiyile yaşayanların sahip olduğu saptanmasına rağmen aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.3). Benzer şekilde dahili birimlerde yatan hastaların kiminle yaşadığının HAD A puanını etkilemediği bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2011, Kocaman Yıldırım vd 2013). Bulgularımızın aksine, KOAH'lı hastalarda yapılmış olan çalışmalarda, anne ve babalarıyla yaşayanlarda (Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014) ve geniş ailede yaşayanlarda (Korkmaz ve Tel 2010) HAD A puanı diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Olguların eğitim düzeyine göre HAD A ölçek puanı incelendiğinde ilkökul mezunlarının puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmasına rağmen anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.3). Bulgularımızı destekler şekilde; yapılan çalışmalarda dahili birimlerde yatan hastalarda eğitim düzeyi ile HAD A puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Yetişkin 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Koç ve Sağlam 2011, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014). Farklı dahili birimlerde yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça HAD A puanının anlamlı bir şekilde azaldığı belirtilirken (Okanlı vd 2006, Bahar ve Taşdemir 2008, Oflaz ve Varol 2010, Aydemir vd 2015); KOAH'lı bireylerle yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça HAD A puanının arttığı belirtilmektedir (Afşar vd 2012).

Olguların gelir durumuna göre HAD A ölçek puan ortalaması geliri giderinden az olanlarda daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.3) Benzer şekilde kronik hastalığı olan bireylerde yapılan bir çalışmada da geliri giderinden az olanlarda HAD A puan ortalaması daha yüksek fakat anlamlı bir fark bulunmamıştır (Hacıhasanoğlu vd 2010). Gelir durumunun HAD A puanını etkilemediği başka çalışmalar da mevcuttur (Bahar ve Taşdemir 2008, Kocaman Yıldırım vd 2013, Sönmez ve Kasım 2013, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014). Gelir durumunun gider düzeyine göre daha az olduğunu belirten olguların, hastaneye yatış ve tedavi masraflarının bütçelerine getirmiş olduğu yükün aksiyetelerini arttırmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların çalışma durumu ile HAD A ölçek puanı arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalar sonucumuzu desteklemektedir. (Hacıhasanoğlu vd 2010, Sönmez ve Kasım 2013, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014, Aydemir 2015).

Refakatçisi olmayan olguların, HAD A ölçek puanının daha yüksek bulunmuş fakat anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.3). Olguların yattıkları servislere göre HAD A ölçek puanı incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.4). Yapılan çalışmalarda cerrahi kliniklerde yatan hastaların dahili birimlerde yatan hastalara göre HAD A puanını anlamlı derecede düşük olduğunu belirtilmektedir (Bahar ve Taşdemir 2008, Oflaz ve Varol 2010).

Olguların yattıkları servislerde aldıkları tanılara göre HAD A ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.4). Çalışmamızı destekler şekilde kronik hastalığı olan hastalarda hastalık türü ile HAD A puanı arasında anlamlı bir fark belirtilmemiştir (Hacıhasanoğlu vd 2010). Kronik solunum yolu hastalığı ve kalp hastalığı olan hastaların karşılaştırıldığı bir çalışmada ise, kronik kalp yetmezliği olan hastaların HAD A puanı anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur (Aydemir vd 2015).

Hastanede yatışının 5. gününde olanların HAD A ölçek puan ortalaması $8,18 \pm 2,35$ iken, 6.-10. gün arasında olanların puan ortalamasının $7,70 \pm 2,54$ ' e düştüğü ve 11. gün ve üzerinde ise $9,60 \pm 1,45$ puan ile yükseldiği ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4.4). Bulgularımızın aksine yatış günü ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Bahar ve Taşdemir 2008, Oflaz ve Varol 2010). Çalışmamızdaki olgularda ilk günlerde hastalık ve hastaneye yatmanın bilinmezliği anksiyete puanının yükselmesine, yatış günü arttıkça servisin işleyişine ve bakım aldığı hemşirelerle iletişimin kolaylaştığından anksiyete puanlarının azalmasına, yatış gününün 11. gün ve üzerinde olanların ise ailelerine, alışmış oldukları çevreye geri dönme isteğinin artması, tedavi sürecinin uzaması nedeniyle anksiyete puanlarının artmış olduğu düşünülebilir.

Kronik hastalık sayısına göre HAD A ölçek puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.4). Benzer şekilde hemodiyaliz hastalarında (Kocaman Yıldırım vd 2013), diyabet hastalarında (Gülseren vd 2001) yapılan çalışmalarda da bu hastalıklara eşlik eden ilave bir kronik hastalığın olmasının HAD A puanlarını etkilemediği ifade edilmiştir. Buna karşılık KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada, başka bir hastalığı daha bulunanlarda anksiyete anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur (Korkmaz ve Tel 2010).

Kronik hastalığı ile kendisinin başa çıkabildiğini ifade edenlerde HAD A puan ortalaması daha düşük bulunmasına rağmen diğer gruplar ile arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.4). Bulgularımızın aksine hastalıkları ile ilgili endişeleri olan hastaların anksiyete puanlarının anlamlı ve daha yüksek bulunduğu çalışmalar da bulunmaktadır (Bahar ve Taşdemir 2008). KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada,

hastalığın ruh sağlığını etkilediğini ifade edenlerde anksiyete puanları anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur (Korkmaz ve Tel 2010).

Çalışmamızda olguların %47,9'nun hemşirelerin kendilerini tam olarak bilgilendirmemesinin HAD A ölçek puanını anlamlı olarak etkilemediği saptanmıştır (Tablo 4.4). Hastalıklarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirten hastaların anksiyete riskinin azaldığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Bahar ve Taşdemir 2008, Kocaman Yıldırım vd 2013). Hemşirelerin gerekli bilgiyi vermediğini belirten olguların HAD A ölçek puanının daha yüksek olması, merak ettikleri sorulara cevap bulamadıklarında daha fazla anksiyete yaşadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda olguların %35,3'ü hemşirelik bakımından beklentisinin daha fazla ilgi olduğunu belirtmiş ve HAD A ölçek puan ortalaması en düşük bu grupta saptanmış ve diğer gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.4). Hemşirelik bakımından beklentisinin kendilerine yapılan işlemler hakkında bilgi verilmesi olduğunu bildiren hastaların HAD A puan ortalaması en yüksek bulunmuş fakat gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.4). Dahili ve cerrahi servisinde yatan hastalarda, hastalıkları ile ilgili endişesi olanların HAD A puanı daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (Bahar ve Taşdemir 2008). Hemşirelik bakımından beklentisinin yapılan işlemler hakkında daha fazla bilgi almak olduğunu belirtenlerin HAD A ölçek puan ortalamasının daha yüksek olması, olguların hastalıkları ve tedavi süreçleri ile ilgili merak ettiklerini sorma ve öğrenme fırsatı verildiğinde ruhsal olarak rahatlayabileceklerini düşündürmektedir.

5.2. Olguların Sosyo-demografik, Klinik ve Hastalık Özelliklerine Göre HAD D Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Araştırmamızda olguların HAD-D' den aldıkları puan ortalaması (6,24 ± 2,43) eşik değerinin altında bulunmuştur (Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızdan yüksek puan alanların puanları 6,50±3,87 ile 14,5±3,6 arasında değişmektedir (Altan vd 2004, Okanlı vd 2006, Bahar ve Taşdemir 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Ofraz ve Varol 2010, Koç ve Sağlam 2011, Afşar vd 2012, Kocaman Yıldırım vd 2013, Akın 2013, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014, Aydemir vd 2015, Günalay vd 2016). Başka bir çalışmada DM'li hastalar bizim çalışmamızdan daha düşük puan (6,1±4,4) almıştır (Gülseren vd 2001). Ayrıca diğer çalışmalarda hemodiyaliz hastalarının %35,7'sinin (Yetişkin 2008); DM'li hastaların %42,0'sinin depresyon riski taşıdığı belirtilmektedir (Sönmez ve Kasım 2013).

Çalışmamızda olguların yaş gruplarıyla HAD D ölçek puanları yaş arttıkça yükselme göstermiş fakat anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5). Çalışmamızı destekler şekilde cerrahi kliniğinde yatan hastalarda (Okanlı 2006); KOAH'lı hastalarda (Tutuk 2014) yaş arttıkça az da olsa puan artışı olmasına rağmen anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir. Benzer şekilde dahili servislerde yatan hastalarda da yaş ile HAD D puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı ifade edilmektedir (Korkmaz ve Tel 2010, Koç ve Sağlam 2011, Uysal ve Akpınar 2013, Sönmez ve Kasım 2013). Çalışmamızın aksine dahili (Bahar ve Taşdemir 2008, Aba ve Tel 2012, Kocaman Yıldırım vd 2013, Aydemir vd 2015) ve cerrahi servisinde yatan hastalarda (Bahar ve Taşdemir 2008) hastalarda yaş arttıkça HAD D puanının anlamlı şekilde arttığı ifade edilmiştir. KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada ise 60 yaş ve üstü bireylerin %70,6'sının HAD D ölçeğinden eşik üstü puan aldığı belirtilmiştir (Afşar vd 2012). Dahili ve cerrahi servisinde yatan yaşlılarda yapılan bir çalışmada, hastaların %45,5'inde depresyon belirtisi saptanmıştır (Altay ve Üstün 2012).

Cinsiyetin HAD D puanlarıyla ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda da; kronik hastalığı olup dahili (Bahar ve Taşdemir 2008, Yetişkin 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Oflaz ve Varol 2010 Kocaman Yıldırım vd 2013, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014, Günalay vd 2016) ve cerrahi birimlerde yatan hastalarda (Bahar ve Taşdemir 2008, Oflaz ve Varol 2010) cinsiyetle HAD D puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulguların aksine, kronik hastalığı olan kadınlarda HAD D puanı daha yüksek ve anlamlı bulunmuştur (Gülseren vd 2001, Sönmez ve Kasım 2013, Aydemir vd 2015).

Çalışmamızda medeni durum ile HAD D ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.5). Çalışmamıza benzer şekilde kronik hastalığı olanlarda medeni durum ile HAD D puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Yetişkin 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Korkmaz ve Tel 2010, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014). Buna karşılık, dahili ve cerrahi birimlerdeki hastalarla yapılan bir çalışmada dul olanların (Bahar ve Taşdemir 2008), bir diğerinde bekarların (Oflaz ve Varol 2010), ve evli olanların (Aydemir vd 2015) diğer gruplara göre HAD D puanı anlamlı ve yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda meslek durumu ile HAD D ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5). Dahili ve cerrahi birimlerdeki (Bahar ve Taşdemir 2008) ve KOAH'lı hastalarda (Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014) yapılan çalışmalarda da meslek durumunun HAD D puanını etkilemediği belirtilmiştir. Buna karşılık, cerrahi kliniklerinde yatan hastalarda yapılan bir çalışmada, ev hanımı

olanların diğer gruplara göre puanlarının anlamlı ve daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (Okanlı vd 2006).

Çalışmamızda sağlık güvencesi olmayan olguların HAD D puanı anlamlı ve daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.5) . Çalışmamızı destekler şekilde, dahili birimlerdeki hastalarda yapılan bir çalışmada HAD D puanı sağlık güvencesi olmayan bireylerde anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2011). KOAH'lı hastalarda yapılan bir çalışmada ise sağlık güvencesi türünün HAD D puanını anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur (Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014). Çalışmaların aksine cerrahi birimlerdeki hastaların sağlık güvencesi varlığının HAD D puanını etkilemediği belirtilmektedir (Okanlı vd 2006). Sağlık güvencesi olmayan olguların hastaneye yatış ve tedavi süreçlerinde maddi açıdan kendilerini yetersiz hissetmelerinden dolayı depresyon düzeylerinin daha yüksek olabileceği düşünülmüştür.

Yalnız yaşayan hastaların HAD D puanı diğer gruplara göre daha yüksek bulunmasına rağmen anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5). Benzer şekilde KOAH'lı hastalarda yalnız yaşayanların HAD D puanı daha yüksek fakat anlamlı bulunmamıştır (Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014). Dahiliye servislerinde yatan yaşlı hastalarda da hastanın kiminle yaşadığının HAD D puanını etkilemediği belirtilmektedir (Koç ve Sağlam 2011). Bulgularımızın aksine KOAH'lı hastalarda, geniş ailede yaşayanların çekirdek ailede yaşayanlara göre depresyon puanları anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur (Korkmaz ve Tel 2010).

Eğitim düzeyi yükseldikçe HAD D puanı azalmış ancak gruplar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.5). Dahili birimlerde yatan hastalarda yapılan çalışmalarda da eğitim düzeyinin HAD D puanını anlamlı bir şekilde etkilemediği bulunmuştur (Koç ve Sağlam 2011, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014). Eğitim düzeyi ile HAD D puanlarının karşılaştırıldığı çalışmaların bazılarında eğitim düzeyi arttıkça depresyon puanı anlamlı bir şekilde azalırken (Bahar ve Taşdemir 2008, Hacıhasanoğlu vd 2010, Oflaz ve Varol 2010, Sönmez ve Kasım 2013, Akın 2013, Aydemir vd 2015); diğer bir çalışmada ise eğitim düzeyi yükseldikçe HAD D puanının arttığı belirtilmiştir (Afşar vd 2012).

Geliri giderinden az olan olguların HAD D puanı daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.5). Çalışmamıza benzer şekilde, dahili ve cerrahi servisinde yatan (Bahar ve Taşdemir 2008) ve kronik hastalığı olanlarda (Hacıhasanoğlu vd 2010, Kocaman Yıldırım vd 2013, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014) hastalarda gelir durumu ile HAD D puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgularımızın aksine DM'li hastalarda yapılan bir çalışmada gelir

düzeyinde azalmanın HAD D puanını anlamlı şekilde arttırdığı belirtilmiştir (Sönmez ve Kasım 2013).

Çalışma durumu ile HAD D puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.5). Yapılan çalışmalarda da kronik hastalığı olanlarda çalışma durumunun HAD D puanını etkilemediği belirtilmiştir (Hacıhasanoğlu vd 2010, Aydemir vd 2015, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014).

Refakatçi bulundurma durumunun HAD D puanı ile arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.5). Olguların yattıkları servislere göre HAD D puanı karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.6). Dahili ve cerrahi servislerindeki hastalarda HAD D puanı dahili birimlerde yatanlarda anlamlı ve daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Bahar ve Taşdemir 2008, Oflaz ve Varol 2010).

Olguların yattıkları servislere göre HAD D ölçek puanı incelendiğinde anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.6). Çalışmamızı destekler şekilde kronik hastalığı olan hastalarda hastalık türü ile HAD D puanı arasında anlamlı bir fark belirtilmemiştir (Hacıhasanoğlu vd 2010). Bir başka çalışmada ise, kronik kalp hastalığı olanlarda HAD D puanı anlamlı ve daha yüksek olduğu bulunmuştur (Aydemir vd 2015).

Olguların yatış günleri ile HAD D puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.6). Bulgularımızın aksine yapılan bazı çalışmalarda dahili ve cerrahi servislerinde yatan hastalarda yatış günü arttıkça HAD D puanı anlamlı olarak yükseldiği saptanmıştır (Bahar ve Taşdemir 2008, Oflaz ve Varol 2010).

Çalışmamızda iki tane kronik hastalığı olan olguların HAD D puanlarının anlamlı ve daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6). Yapılan başka çalışmalarda dahili ve cerrahi servisinde yatanlarda kronik hastalığı olanların HAD D puanı anlamlı ve yüksek bulunmuştur (Bahar ve Taşdemir 2008, Yetişkin 2008, Koç ve Sağlam 2011). Bir başka çalışmada da DM hastalığına ek olarak hipertansiyonu olan olguların %50,5'nin HAD D puan ortalamasının eşik üstü olduğu belirtilmiştir (Sönmez ve Kasım 2013). Bulgularımızın aksine DM'li (Gülseren vd 2001); hemodiyaliz (Kocaman Yıldırım vd 2013) ve KOAH'lı hastaların (Korkmaz ve Tel 2010, Mehel Tutuk ve Şahin Altun 2014) hastalığına ek kronik hastalığı bulunanlarla HAD D puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sahip olduğu kronik hastalık sayısı 2 tane olan olguların, depresyon puanının daha yüksek saptanmış olmasının nedeni, hastalık türü ve hastalıklara uyum sürecinin farklılıklarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Mevcut kronik hastalıklarıyla kendisinin başa çıkabildiğini ifade edenlerin HAD D puanı daha düşük fakat istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.6). Yapılan çalışmalarda dahili ve cerrahi servisinde yatanların hastalıkları ile

ilgili endişeleri olanların (Bahar ve Taşdemir 2008) daha yüksek HAD D puanı aldıkları belirtilmiştir. Benzer şekilde KOAH'lı hastalarda, hastalığın ruh sağlığını etkilediğini ifade edenlerde depresyon puanları anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur (Korkmaz ve Tel 2010). Dahiliye servisinde yatanlarda hastaların % 97,4'nün sahip oldukları kronik hastalıkların günlük yaşam aktivitelerini etkilediği ve hastalığını kabullenenlerde anlamlı ve daha yüksek HAD D puanı aldıkları belirtilmiştir (Koç ve Sağlam 2011).

Hemşirelerin hastalara bilgi verme durumu hakkındaki düşünceleri ile HAD D puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.6). Hemodiyaliz hastalarında yapılan bir çalışmada hastalıklarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu belirtenlerin depresyon riskinin daha az olduğu belirtilmiştir (Kocaman Yıldırım vd 2013).

Hemşirelik bakımından beklentilerinin gülyüz olduğunu ifade eden olguların HAD D puanı daha yüksek bulunmuş fakat diğer gruplarla arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.6). Yapılan bir çalışmada dahiliye servisinde yatanların, aldıkları tıbbi tedaviden memnun olma düzeyi ile HAD D puanları arasında anlamlı bir fark saptanmazken (Koç ve Sağlam 2011); bir başka çalışmada, dahili ve cerrahi servisinde yatanlarda, hemşirelerle olan iletişimden memnun olmadığını belirtenlerin HAD D puanının anlamlı ve daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Oflaz ve Varol 2010). Hemşirelerden beklentisinin gülyüz olduğunu belirten olguların HAD D ölçek puanının daha yüksek olması, bu bireylerin öncelikle duygusal destek beklentisi içinde olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda olgularımızın yaşı arttıkça kronik sağlık sorunlarının artmasına bağlı olarak, günlük aktivitelerinde sağlık personeline bağımlı ve kendilerini yetersiz hissetmeleri nedeniyle depresyon puanının artmış olabileceği; eğitim düzeyi yükseldikçe hastalıkları hakkında daha fazla bilgi sahibi olduklarından, hastalık ve tedavileriyle ilgili bilinmezliklerle daha kolay başa çıkıp anksiyete puanının azalmasını sağlayabileceği düşünülmektedir. Olgularımızın sağlık güvenci olmayanların depresyon puanının daha yüksek çıkması, tedavi ve bakım masraflarının kısıtlı olan aile bütçesine olumsuz etkisi sebebiyle bireylerin kendilerini yük olarak hissetmelerine, depresyon puanlarının yükselmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

5.3. Olguların Sosyo-demografik Özelliklerine, Klinik ve Hastalık Özelliklerine Göre HHBAÖ Ölçeğinden Aldıkları Puanların Tartışılması

Araştırmamızda olguların HHBAÖ' den aldıkları puan ortalaması $47,18 \pm 5,42$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.7). HHBAÖ kullanılarak yapılan çalışmalarda bizim

çalışmamızın aksine dahili ve cerrahi servisinde yatanlarda kesme puanının üzerinde daha yüksek puan almışlardır (Arslan vd 2012, Şişe 2013, Aydın 2014). Hemşirelik bakım algısına yönelik farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalarda Şendir ve ark. (2012) 100 puan üzerinden $76,52 \pm 20,38$, Yıldız (2014) 170 puan üzerinden hastaların toplam memnuniyet puanı ortalaması ise $146,1 \pm 18,5$ olarak tespit etmişlerdir. Çalışmamızda kullandığımız ölçekten en düşük 15, en yüksek 75 puan alınabildiği ve kesme puanının 45 puan kabul edildiğinde, olguların hemşirelik bakımından ortalama düzeyde memnun olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda olguların yaş gruplarıyla hemşirelik bakımını algılayış düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 4.7). Yapılan diğer çalışmalarda da dahili ve cerrahi servisinde yatanlarda yaş gruplarıyla HHBAÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Al-Kandari ve Ogundeyin 1998, Çoban 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008, Şişe ve Cihan Altinel 2012, Aydın 2014, Göktaş vd 2015). Bulgularımızın aksine dahili ve cerrahi servislerinde yatanlarda yapılan bazı çalışmalarda 60 yaş ve üzeri olan hastalarda HHBAÖ puanı anlamlı ve daha yüksek bulunmuştur (Kaya 2011, Yiğitbaş ve Deveci 2014). Benzer şekilde yaşlıların bakım algısının gençlere göre daha yüksek olduğu belirtilen başka çalışmalar da mevcuttur (Thomas vd 1996, Johansson vd 2002, Alasad ve Ahmad 2003, Akın ve Erdoğan 2007, Apay ve Arslan 2009, Karaman Özlü vd 2010, Fındık vd 2010, Şişe 2013, Alasad vd 2015, Göktaş vd 2015, Kayrakçı ve Özşaker 2014). Araştırmamızda, olguların yaş durumunun HHBAÖ puanını istatistiksel olarak etkilemediği tespit edilmiş olmasına rağmen 71 yaş ve üstü bireylerde daha yüksek puan bulunmuştur. Bu sonuç, yaşlı bireylerin almış oldukları hemşirelik bakımı hizmetini, geçmişteki hastane deneyimleri ile karşılaştırdığı ve meydana gelen değişimleri daha çok gözlemlene fırsatı deneyimlemelerinden kaynaklanabilir.

Olguların cinsiyetleri ile hemşirelik bakım algısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.7). Bulgularımıza benzer şekilde, dahili ve cerrahi servisinde yatanlarda cinsiyetin HHBAÖ puanını anlamlı şekilde etkilemediği belirtilmiştir (Al-Kandari ve Ogundeyin 1998, O'Connell vd 1999, Çoban 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008, Karaman Özlü vd 2010, Arslan vd 2012, Şişe ve Cihan Altinel 2012, Aydın 2014, Kayrakçı 2014, Göktaş vd 2015). Bazı çalışmalarda ise kadınlarda hemşirelik bakımı algısının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Akın ve Erdoğan 2007, Apay ve Arslan 2009, Şişe 2013, Alasad vd 2015). Çalışmamızda kadınların HHBAÖ puanının daha yüksek olması, kadınların erkeklere göre daha çok bakım ve yardım etme duygularının geliştiği ve hemşirelerin çoğunluğunun kadın olmasından dolayı kadın hastaların hemşirelerle daha kolay iletişim kurabildiklerini düşündürmektedir.

Olguların medeni durumu ile HHBAÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.7). Yapılan çalışmalar incelendiğinde de dahili ve cerrahi servisinde yatanlarda medeni durum ile HHBAÖ puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Çoban 2006, Karaman Özlü vd 2010, Kaya 2011, Arslan vd 2012, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014, Kayrakçı ve Özşaker 2014, Göktaş vd 2015). Bulgularımızın aksine bir başka çalışmada bekârlarda HHBAÖ puanı anlamlı ve daha düşük bulunmuştur (Şişe ve Cihan Altinel 2012).

Çalışmamızda mesleklere göre HHBAÖ puanlarına bakıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.7). Benzer şekilde dahili ve cerrahi servisinde yatanlarda meslek ile HHBAÖ puanları arasında anlamlı bir fark saptanmaması bulgularımızı desteklemektedir (Şişe ve Cihan Altinel 2012, Arslan vd 2012, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014).

Olguların sağlık güvencesinin varlığı ile HHBAÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.7). Yapılan çalışmalarda da dahili ve cerrahi servisinde yatanlarda sağlık güvencesinin HHBAÖ puanını anlamlı bir şekilde etkilemediği belirtilmiştir (Şişe ve Cihan Altinel 2012, Aydın 2014).

Çalışmamızdaki olguların kiminle yaşadığı incelendiğinde HHBAÖ puanını yalnız yaşayanlarda daha düşük ($45,35 \pm 4,98$) bulunmasına rağmen, anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.7). Yalnız yaşayan olguların hastalıkları ile başa çıkabilmede sosyal desteklerinin yetersiz olmasından dolayı hemşirelerden beklentilerinin artmasına, dolayısıyla kendilerini hemşirelere daha bağımlı hissetmelerine ve hemşirelik bakım algılarının bu durumdan olumsuz etkilenmesine bağlı olabilir.

Olguların eğitim düzeyleri ile HHBAÖ puanı arasındaki ilişki incelendiğinde, $48,72 \pm 4,35$ ile en yüksek puan ortaokul mezunlarında, ilkokul ($46,60 \pm 5,75$) ile lise ve üniversite ($46,03 \pm 5,77$) mezunlarında birbirine yakın ve düşük puan olarak saptanmıştır (Tablo 4.7). Literatürde de eğitim düzeyleri ile HHBAÖ puanı arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır (Kaya 2011, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014, Alasad vd 2015, Göktaş vd 2015). Aksine eğitim düzeyi yükseldikçe HHBAÖ puanının düştüğünü gösteren çalışmalar da vardır (Çoban 2006, Şişe ve Cihan Altinel 2012, Arslan vd 2012).

Çalışmamızda gelir durumu ile HHBAÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.7). Benzer şekilde gelir durumunun bakım algısını etkilemediği çalışmalar mevcuttur (Özlü 2006, Karaman Özlü vd 2010, Kaya 2011, Şişe ve Cihan Altinel 2012, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014). Bir çalışmada geliri giderinden az olanların HHBAÖ puanını daha düşük (Arslan vd 2012) bulunurken; diğer bir çalışmada

geliri giderinden fazla olanların HHBAÖ puanı daha düşük bulunmuştur (Çoban ve Kaşıkçı 2008).

Çalışma durumu ile HHBAÖ puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.7). Benzer şekilde farklı çalışmalarda da çalışma durumunun bakım algısını etkilemediği ifade edilmiştir (Arslan vd 2012, Şişe 2013, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014).

Olguların yanında refakatçi bulundurma durumları ile HHBAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.7). Bulgularımızı destekler şekilde refakatçi bulundurma durumunun HHBAÖ puanını etkilemediğini belirten çalışmalar da vardır (Özlü 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008, Karaman Özlü vd 2010, Şişe 2013, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014, Kayrakçı ve Özşaker 2014, Çevik ve Eşer 2014). Aksine Çoban (2006) da ise refakatçisi olmayanların HHBAÖ puanının daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Olguların yattıkları servisler ile HHBAÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 4.8). Yapılan bazı çalışmalarda cerrahi ve dahili birimlerde yatan hastalarda hemşirelik bakım kalitesi algısı arasında anlamlı bir fark bulunmazken (Al-Kandari ve Ogundeyin 1998); aksine cerrahi birimlerde yatan hastalarda bakım algısının daha yüksek bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (Alasad ve Ahmad 2003, Bolton vd 2003, Resnick vd 2008, Fındık vd 2010, Kayrakçı ve Özşaker 2014). Bir başka çalışmada ise cerrahi servislerinde yatan hastalarda hemşirelik bakım algısının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Göktaş vd 2015). Çalışmamızdaki bu farkın nöroloji servisinde yatan hastalardan kaynaklandığı ve bu grubun HHBAÖ puanının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu serviste yatan hastaların hemşirelik bakımına daha bağımlı olmaları, servislerde genel olarak az sayıda hemşirenin çalışıyor olması nedeniyle istedikleri bakımı tam olarak almadıklarından kaynaklanabilir.

Olguların tanıları ile HHBAÖ puanı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.8). Çalışmamıza alınan olgular kronik hastalıkların eşit ya da birbirine yakın sayılarda alınmaması nedeniyle tanıların bakım algısını etkileme durumunun incelenemediği düşünülmektedir.

Olguların hastanede yatışının kaçınıcı günü olduğuyla HHBAÖ arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.8). Benzer şekilde yatış gününün HHBAÖ puanını etkilemediği saptanan çalışmalar bulunmaktadır (O'Connell vd 1999, Arslan vd 2012, Aydın 2014, Yiğitbaş ve Deveci 2014, Kayrakçı ve Özşaker 2014). Aksine Şişe (2013) ise yatış gününün HHBAÖ puanını istatistiksel olarak etkilediği sonucuna ulaşmış ve bir ay ve daha fazla süredir hastanede yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin

diğerlerine göre düşük olduğunu ifade etmektedir. Çalışmamızda olgularımızda en fazla yatış süresinin (%64,7) 6-10 gün arasında olduğu görülmektedir. Sonuçlarımız olgularımızda yatış süresinin kısa olmasından etkilenmiş olabilir.

Olguların sahip oldukları kronik hastalık sayısı ile HHBAÖ puanı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.8). Yapılan çalışmalarda kronik hastalığı bulunan hastaların HHBAÖ puan ortalaması daha yüksek bulunmuşken Aydın (2014); aksine kronik hastalığı olmayanlarda HHBAÖ puanının daha yüksek olduğunu belirtilen araştırmalar da vardır (Çoban 2006, Çoban ve Kaşıkçı 2008). Çoban (2008) çalışmasında hastaların %39,7 sinde kronik hastalık bulunmamakta ve HHBAÖ puanları çalışmamızdaki puanlardan düşüktür. Çalışmamızın HHBAÖ puan ortalamasının düşük olması, olgularımızın tamamında en az bir tane kronik hastalığın bulunuyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Aydın (2014)'in çalışması da bulgularımızı desteklemektedir.

Çalışmamızda olguların %65,5'i kronik hastalıklarının yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini belirtmelerine rağmen; hastalıklarının yaşamlarını etkileme durumu ile hemşirelik bakım algısı arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.8).

Çalışmamızda hemşirelerin gerekli bilgiyi vermediğini ifade eden olguların HHBAÖ puanı anlamlı ve daha düşük olarak bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4.8). Çalışmamızda olguların %47,9'u kendilerine gerekli bilgi verilmediğini belirtirken, bu bulgumuzu destekler nitelikte, hemşirelik bakımından beklentisinin yapılan işlemler hakkında daha fazla bilgilendirme olduğunu belirtenlerin HHBAÖ puanı da daha düşük bulunmuştur (Tablo 4.8). Benzer şekilde Aydın (2014) genel olarak aldıkları bakımı kötü olarak değerlendiren hastaların, kendilerine bilgi verilmemesi nedeniyle kötü olarak değerlendirdiklerini belirtmektedir. Hastalıkları ve tedavi süreçleri konusunda merak ettikleri soruların cevaplarını hemşirelerden alamayan olgular, hemşirelik bakımını olumsuz olarak değerlendirdikleri sonucuna varılmıştır.

Olguların HAD A ölçek puan ortalaması ile HHBAÖ puanı arasında çok zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,008$) (Tablo 4.9). Çalışmamızda olguların anksiyete puanı arttıkça hemşirelik bakım algısı olumsuz yönde etkilenmektedir. Bireylerin sosyal ve psikolojik yaşantısını etkileyen kronik hastalıkların etkisi yaşa ve bireysel özelliklere göre değişiklik göstermektedir. Hastanın psikolojik durumu, hastalığın seyrini önemli ölçüde etkilemektedir (Gültekin ve Baran 2005). Bu nedenle, hemşireler bireylere bakım hizmeti verirken, olguların anksiyete düzeylerini azalttıklarında, aldıkları bakımı daha iyi algılayabilecekleri ve olguların memnuniyet düzeylerinin de artacağı düşünülebilir.

6.SONUÇLAR

6.1. Sonuçlar

Kronik Hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeylerinin hemşirelik bakımı algısıyla ilişkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonuçları aşağıda verilmiştir.

1. Olguların sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, %29,4'ü 71 yaş ve üzerinde ve %55,5'ini kadınlar oluşturmaktadır. Olguların %86,6'sı evli, %47,9'u ev hanımıdır. Bireylerin %93,3'ünün sağlık güvencesi bulunmaktadır. Olguların %42,9'u ilkokul mezunu, %60,5'i geliri giderinden azdır. Olguların %87,4'ü şu an herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 4.1).

2. Olguların klinikleri ve hastalıkları ile ilgili tanımlayıcı bilgileri incelendiğinde, aldıkları tanılarının %29,4'ü kalp damar hastalıkları, %20,2'si endokrin hastalıklardır. Yatışlarının 6.-10. gününde olan %64,7'lik kısmı oluşturan olguların, %38,7'sinde bir tane, %30,3'ünde iki tane kronik hastalık bulunmaktadır. Olguların %65,5'i sahip oldukları kronik hastalıklardan olumsuz yönde etkilendiğini, %19,3'ü hastalığıyla kendisinin başa çıkabildiğini belirtmiştir. Hemşirelerin yaptıkları işlemler hakkında gerekli bilgiyi vermediğini söyleyenlerin oranı %47,9'dur. Olguların %35,3'ünün hemşirelik bakımından beklentisi daha fazla ilgi, %29,4'nün gülyüz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

3. Olguların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, sağlık güvencesinin olup olmaması, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, gelir durumu, mevcut çalışma durumu ve refakatçi bulundurma durumu ile HAD A puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3).

4. Olguların yattıkları servislere, aldıkları tanılara, sahip oldukları kronik hastalık sayısına, hastalıklarından etkilenme durumlarına, hemşirelerin gerekli bilgiyi verip vermeme durumuna, hemşirelik bakımından beklentilerine göre HAD A ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Olguların yatışlarının kaçınıcı gününde olduklarına göre, 6.-10. gün ve 11. gün ve üzerinde olan grup arasında HAD A ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.4).

5. Olguların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi, gelir durumu, mevcut çalışma durumu ve refakatçi bulundurma durumu ile HAD D puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık güvencesi varlığı ile HAD D puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ve sağlık güvencesi olmayanlarda HAD D puanı daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.5).

6. Olguların yattıkları servislere, aldıkları tanılara, yatışlarının kaçınıcı günü olduğuna, hastalıklarından etkilenme durumlarına, hemşirelerin gerekli bilgiyi verip vermeme durumuna, hemşirelik bakımından beklentilerine göre HAD D ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kronik hastalık sayısı ile HAD D ölçek puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.6).

7. Çalışmada genel HHBAÖ puan ortalaması $47,18\pm 5,42$ olarak saptanmıştır. Olguların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği, sağlık güvencesinin olup olmaması, kiminle yaşadığı, eğitim düzeyi ile gelir, mevcut çalışma ve refakatçi bulundurma durumu ile HHBAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.7).

8. Olguların aldıkları tanılar, yatışının kaçınıcı günü olduğu, sahip oldukları kronik hastalık sayısı, hastalıklarından etkilenme durumları, hemşirelik bakımından beklentileri ile HHBAÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Olguların yattıkları servislere ve hemşirelerin yapılan işlemler hakkında bilgi verip vermeme durumuna göre HHBAÖ puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

9. Olguların HAD A ölçek puan ortalaması ile HHBAÖ puanı arasında çok zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,008$) (Tablo 4.9).

6.2. Öneriler

Hemşireler tarafından, hastaların sosyo-demografik ve yattıkları klinik ile hastalık özellikleri göz önünde bulundurularak sorularına yanıt verilmesi,

Hemşirelik bakım algısını arttırmak için öncelikle olguların anksiyete ve depresyon düzeyinin tanılanması,

Uzun süre yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyinin göz önünde bulundurulması,

Hemşirelerin, kronik hastalıkların bireylerin emosyonel durumu üzerinde oluşturduğu etkiyi fark ederek profesyonel iletişim yöntemleri kullanması,

Hastaların anksiyetesi yüksek olduğunda bakım algısı azaldığı için, hemşireler tarafından bakım girişimlerinde olguların anksiyete düzeylerini azaltmaya yönelik girişimlerde bulunulması,

Hastaların, hemşirelik bakım algısının farklı değişkenlerle ilişkisi araştırılıp, daha büyük örneklerde çalışmaların tekrarlanması,
önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Aba N, Tel H. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve özbakım gücü. **Cumhuriyet Hem Derg** 2012; 1: 18-23.
- Acaroğlu R. Bakımda etik. **II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı**, İstanbul, 2003, s.130-139.
- Acehan O. Hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi. Uzmanlık Tezi, **Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi**, Adana, 2010, s.1-2.
- Afşar BB, Yalçınsoy M, Yakar Hİ, Bilgin B, Akkaya E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi. **Cumhuriyet Tıp Derg** 2012; 34: 260-267.
- Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, **Vehbi Koç Vakfı Sanerc Yayın** İstanbul, 2003, s.193-197.
- Akgün HS, Bakar C, Budakoğlu İİ. Başkent Üniversitesi sağlık kuruluşlarında tedavi görmüş 65 yaş üstü hastaların fiziksel ve ruhsal sorunları ile günlük yaşam aktivite durumlarının değerlendirilmesi. **Türk J Geriatr** 2004; 7 (3): 133-138.
- Akın S, Erdoğan S. The Turkish version of the Newcastle Satisfaction with Nursing Care Scale used on medical and surgical patients. **J Clin Nurs** 2007; 16(4):646-653.
- Akın İA. Tip 2 diyabet hastalarında yaşam kalitesi, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi, hastalık algısı, stresle başa çıkma ve depresyon. Yüksek lisans Tezi, **Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul, 2013.
- Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. **Anadolu Psikiyatri Derg** 2004; 5:76-84.
- Alasad JA, Ahmad MM. Patients' satisfaction with nursing care in Jordan. **Int J Health Care Qual Assur** 2003;16(6): 279-285.
- Alasad JA, Ahmad MM. Predictors of patients' experiences of nursing care in medical-surgical wards. **Int J Nurs Pract** 2004 10: 235–241.
- Alasad J, Tabar NA, Aburuz ME. Patient satisfaction with nursing care: measuring outcomes in an international setting. **JONA** 2015; 45(11): 563-568.
- Algier L, Abbasoğlu A, Hakverdioğlu G, Ökdem Ş, Göçer S. Hastaların ve hemşirelerin, hemşirelik girişimlerinin önemini algılamaları. **C.Ü. Hemşirelik Derg** 2005, 9 (1): 33-40.

Al-Kandari F, Ogundeyin W. Patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing care in Kuwait. **J Adv Nurs** 1998; 27: 914-921.

Altan L, Bingöl Ü, Sağırkaya Z, Sarandöl A, Yurtkuran M. Romatoid artritli hastalarda anksiyete ve depresyon. **Romatizma** 2004;19 (1): 7-13.

Altay B, Üstün G. Bir Üniversite hastanesinde yatan yaşlı hastalarda depresyon riski ve bazı sosyo-demografik özelliklerin etkisi. **ACU Sağlık Bil Derg** 2012; 3 (2):108-116.

Apay SE, Arslan S. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların tatmin olma düzeyleri. **TAF Prev Med Bull** 2009; 8(3):239-244.

Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2006,9:68-75.

Arslan Ç. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörlerin incelenmesi. Yüksek lisans Tezi, **Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Sivas, 2009, 4-20.

Arslan S, Nazik E, Tanrıverdi D, Gürdil S. Hastaların sağlık hizmetlerinden ve hemşirelik bakımından memnuniyetlerinin belirlenmesi **TAF Prev Med Bull** 2012;11(6):717-724.

Aslan M, Hocaoğlu Ç. Yaşlılarda intihar davranışı. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2014; 6(3):294-309.

Aslan S, Candansayar S, Coşar B, Işık E. Bir üniversite hastanesinde bir yıl süresince gerçekleştirilen psikiyatri konsültasyon hizmetlerinin değerlendirilmesi. **Yeni Symposium** 2003; 41: 31-38.

Atar NY. Hemşirelik öğrencilerinin hemşire-hasta etkileşimine yönelik tutum ve davranışları. Doktora Tezi, **İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2012, s.2-3.

Aştı N. Bilgi, bilim, hemşirelik üzerine dünden bugüne görüşler **F.N. Hem. Derg** 2002; 12(48):1-8.

Ay FA. Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. **İstanbul Medikal Yayıncılık**, İstanbul, 2008, s.11-12.

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. **Hekimler Yayın Birliği**, Ankara, 2000, s.138-139.

Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu EÖ, Gündüz H. Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. **Sakarya Med J** 2015;5(4):199-203.

Aydın M. Bir üniversite hastanesindeki hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. Yüksek lisans Tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2014.

Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K. Hipertansiyon hastalarında anksiyete bozukluğu. **Konuralp Tıp Dergisi** 2012;4(2):1-5.

Aytar G, Yeşildal N. Yatan hasta memnuniyeti. **Düzce Tıp Fakültesi Dergisi** 2004; 3: 10-14.

Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve evde bakım. **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi** 2007; 2 (4):32-39.

Bahar A, Taşdemir HS. Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2008; 11 (2):9-17.

Barsky AJ. Amplification, somatization, and the somatoform disorders. **Psychosomatics** 1992; 33 (1): 28-34.

Başar G. Hemşirelerde ve hemşirelik öğrencilerinde problem çözme ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans Tezi, **İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2011.s.4-5.

Başkale H, Serçekuş P, Günüşen N. Kanser hastalarının bilgi kaynakları, bilgi gereksinimleri ve sağlık personelinden beklentilerinin incelenmesi. **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi** 2015; 6 (2): 65-70.

Baykara ZG. Hemşirelik bakımında hemşirenin mesleki özerkliğinin değerlendirilmesi: niteliksel bir çalışma. Doktora Tezi, **Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2010, s.8-9-24-27.

Beaglehole R, Jordan JA, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Kidd M, Haines A. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries:a priority for primary health care. **Lancet** 2008; 372: 940-949.

Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. **Toplum Hekimliği Bülteni** 2006; 25 (3): 1-6.

Bolton LB, Aydın CE, Donaldson N, Brown DS, Nelson MS, Harms D. Nurse staffing and patient perceptions of nursing care. **JONA** 2003; 33 (11): 607-614.

Boult C, Karm L, Groves C. Improving chronic care: The "Guided Care" Model **Perm J** 2008; 12 (1): 50-54.

Boztaş MH, Arısoy Ö. Tıbbi hastalıklarda depresyon: Tanısal sorunlar. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar** 2010; 2 (3): 318-332.

Bölükbaş N, Türköz Z. Hastanede yatan hastaların hemşirelerden beklentileri. **Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi** 2002; 5 (2): 1-11.

Canan F, Koçer E, İçmeli C, Özçetin A, Ataoğlu A. Bir üniversite hastanesinde yatan hastalar için istenen psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. **Düzce Tıp Fakültesi Dergisi** 2008;1: 22-27.

Cavanaugh SVA, Furlanetto LM, Creech SD, Powell LH. Medical illness, past depression, and present depression: A predictive triad for in-hospital mortality. **Am J Psychiatry** 2001; 158: 43-48.

Cerit B. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi. **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi** 2016; 27-36.

Christopher KA, Hegedus K. Oncology patients' and oncology nurses' perceptions of nurse caring behaviours. **Eur J Oncol Nurs** 2000; 4 (4): 196-204.

Coşkun H, Akbayrak N. Hastaların kliniklere kabul ve taburculuklarında hemşirelik yaklaşımlarının belirlenmesi. **Cumhuriyet Hem Derg** 2001; 5 (2): 63-68.

Craven RF, Hirnle C, Jensen S. "Hemşirelik Esasları İnsan Sağlığı Ve Fonksiyonları", 5. Bölüm Hemşire-Hasta Arasındaki İletişim, (Edt.) Uysal N, Çakırcalı E, **Palme Yayıncılık**, Ankara, 2015, s.75.

Çakırcalı E. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. **İzmir Güven Nobel Tıp Kitapevi**, İzmir, 2000, s.1-3.

Çarşıbaşı Ç. Bakım sürecini hukuki olarak görünür kılmak. **3.Temel Hemşirelik Bakım Kongresi**, Antalya, 2014, s.67.

Çelik F. Sağlık kurumlarında iletişim; hasta ile sağlık personeli iletişimi üzerine bir araştırma, Yüksek lisans Tezi, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Konya, 2008, s.4.

Çevik K, Eşer İ. Nöroşirurji kliniğinde yatan hastaların bağımlılık düzeylerinin hemşirelik bakım kalitesini algılamalarına etkisi. **F.N. Hem Derg** 2014; 22 (2): 76-83.

Çevik Y, Özcan BE, Çiçekoğlu P, Kuzu A, Yıldırım KN, Ünsal G. Tüberküloz hastalarının hastalık algısı ile kişilik özellikleri ve kontrol odağı inançları arasındaki ilişki. **III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi**, Düzce, 2009, s.115-116.

Çınar İÖ, Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. **TAF Prev Med Bull** 2008; 7 (5): 399-404.

Çoban Gİ. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Yüksek lisans Tezi **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2006, s.12-14-16-17-34.

Çoban Gİ, Kaşıkçı M. Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. **F.N. Hem Derg** 2008; 16 (63): 165-171.

Çoban Gİ, Kaşıkçı M. Reliability and validity of the scale of patient perception of hospital experience with nursing care in a Turkish population. **J Clin Nurs** 2010;19, 1929-1934.

Demir C, Kayahan C, Çimen M ve ark. GATA Eğitim Hastanesi genel cerrahi kliniği'nde yatarak tedavi gören hastaların tatmin düzeyinin hesaplanması. **Gülhane Tıp Dergisi** 2000; 42(1): 65-71.

Dinç L. Hemşirelik hizmetlerinde etik yükümlülükler. **Hacettepe Tıp Dergisi** 2009; 40 (2):113-119.

Dinç L. Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi** 2010; 74-82.

Dozier AM, Kitzman HJ, Ingersoll GL, Holmberg S, Schultz AW. Development of an instrument to measure Patient Perception of the Quality of Nursing Care. **Res Nurs Health** 2001; 24: 506-517.

Durna Z, Akın S. Kronik Hastalıklar ve Bakım, **Nobel Tıp Kitabevleri**, İstanbul, 2012, s.1.

Erdal E. Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar, **Dağışan Ofset**, İzmir,1993, s.33.

Eriksen LR. Patient satisfaction with nursing care: concept clarification. **J Nurs Manag** 1995; 3: 59-76.

Ertem UT, Ay FA. "Hasta Kabulü Taburculuk ve Yatak Yapımı", Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar, Ay FA (Ed), **İstanbul Medikal Yayıncılık**, İstanbul, 2008, s.131-142.

Fadıloğlu Ç, Tokem Y. Geriatrik rehabilitasyonda hemşirenin rolü. **Turk J Geriatr** 2004; 7 (4): 241-246.

Fesci H, Doğan N, Pınar G. İç hastalıkları kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta bakımında karşılaştıkları güçlükler ve çözüm önerilerinin belirlenmesi. **Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences** 2008; 11 (3): 40-50.

Findik UY, Unsar S, Sut N. Patient satisfaction with nursing care and its relationship with patient characteristics. **Nurs Health Sci** 2010; 12: 162-169.

Fletcher K. Image: changing how women nurses think about themselves. **J Adv Nurs** 2007;58 (3): 207-215.

Foss C. Gender bias in nursing care? Gender-Related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. **Scand J of Caring Sci** 2002;16(1): 19-26.

Fröjd C, Swenne CL, Rubertsson C, Gunningberg L, Wadensten B. Patient information and participation still in need of improvement: evaluation of patients' perceptions of quality of care. **J Nurs Manag** 2011; 19: 226-236.

Glarcher M, Schumacher P, Fritz E. Care quality instruments. **Int J Health Care Qual Assur** 2015; 28 (5): 532-559.

Goktas SB, Yıldız T, Nargiz SK. The evaluation of nursing care satisfaction and patient learning needs in day case surgery. **Indian J Surg** 2015; 77 (3): 1172-1179.

Güler G, Güler N, Kocataş S, Akgül N. Yaşlıların sağlık bakım gereksinimleri. **Cumhuriyet Tıp Derg** 2009; 31: 367-373.

Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes Mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. **Türk Psikiyatri Dergisi** 2001; 12 (2): 89-98.

Gültekin G, Baran G. Hastalık ve çocuk. **Aile ve Toplum**, 2005; 2 (9):1-8.

Günelay S, Taşkiran E, Demir B, Erdem S, Mergen H, Akar H. Tip 2 Diyabetes Mellitus hastalarında tedavi yöntemleri, glisemik kontrol ve diyabet komplikasyonları ile depresyon ve anksiyete riski arasındaki ilişki. **FNG & Bilim Tıp Dergisi** 2016; 2 (1):16-19.

Gündüz F. Tip II Diyabetes Mellituslu hastalarda hastalık algısı, psikososyal uyum ve glisemik kontrolün değerlendirilmesi. Yüksek lisans Tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum,2014, s.2-3.

Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. **TAF Prev Med Bull** 2010; 9(3): 209-216.

Hançerlioğlu S. Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ve Uyum Soru Formu'nun Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliği, Yüksek lisans Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir,2014, s.9.

Hegedus KS. Providers' and consumers' perspective of nurses' caring behaviours. **J Adv Nurs** 1999;30 (5):1090-1096.

Heung YYJ, Frances Wonng KY, Enid Kwong WY, Tany To SS, Daniel Wong HC. Severe acute respiratory syndrome outbreak promotes a strong sense of professional identity among nursing students. **Nurse Educ Today** 2005; 25(2):112-118.

Hochlehnert A, Niehoff D, Herzog W and fri. Elevated costs of treatment in medical inpatients with psychiatric comorbidity are not reflected in the German DRG-system. **Psychother Psychosom Med Psychol** 2007,57: 70-75.

Hwang JI, F Lou F, Han SS, Cao F, Kim WO, Li P. Professionalism: The major factor influencing job satisfaction among Korean and Chinese nurses. **Int Nurs Rev** 2009;56(3):313-318.

Irurita V. Factors affecting the quality of nursing care: the patient's perspective. **Int J Nurs Prac** 19995(2): 86-94.

İbrahim N, Desa A, Tong NKC. Illness perception and depression in patients with end-stage renal disease on chronic haemodialysis. **The Soc Sci** 2011; 6 (3): 221-226.

Jeffer L, Beswick S, Martin K, Campbell H, Rose DN, Ferris E. Quality nursing care and opportunities for improvement insights from patients and family members. **J Nurs Care Qual** 2013; 28 (1): 76-84.

Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. **Scand J Caring Sci** 2002; 16; 337-344.

Kaplan G, Dedeli Ö. Teoriden Uygulamaya Temel İç Hastalıkları Hemşireliği Kavram ve Kuramlar, **İstanbul Tıp Kitabevi**, İstanbul, 2012, s.1.

Karabulutlu EY, Okanlı A. Hemodiyaliz hastalarında hastalık algısının değerlendirilmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2011; 14 (4): 25-31.

Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, **Akademisyen Tıp Kitabevi**, Ankara, 2014, s.96.

Karagözoğlu Ş. Bilimsel bir disiplin olarak hemşirelik. **Cumhuriyet Hem Derg** 2005; 9 (1): 6-14.

Kaya F. Hemşirelerin iletişim ve empatik beceri düzeyleri ile hastaların hemşirelik bakımını algılayışlarının karşılaştırılması, Yüksek lisans Tezi, **Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Mersin, 2011, s.2-10-61.

Kayrakçı F, Özşaker E. Cerrahi hastalarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi. **F.N. Hem Derg** 2014; 22 (2): 105-113.

Kıvanç MM. "Hemşirelik Uygulamalarında Bakım Kavramı." Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Cilt.1, (Ed). Atabek, A. T. ve Karadağ, A. **Akademi Basın ve Yayıncılık**, İstanbul, 2013, s.219-225.

Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve genel hastanede psikososyal bakım. **J Int Med Sci** 2006; 2(47):97-107.

Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. **Anadolu Psikiyatri Derg** 2007; 8: 271-280.

Kocaman Yıldırım N, Okanlı A, Yılmaz Karabulutlu E, Karahisar F, Özkan S. Hemodiyaliz hastalarının anksiyete ve depresyon belirtilerine hastalık algısının etkisi: çok merkezli bir çalışma. **Anadolu Psikiyatri Derg** 2013;14: 252-259.

Koç Z, Sağlam Z. Hastanede yatan yaşlı hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi** 2011; 3: 42-52.

Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2010; 13 (2): 79-86.

Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y. The quantitative measurement of nursing care quality: a systematic review of available instruments. **Int Nurs Rev** 2016; 63(3): 490-498.

Köşgeroğlu N, Acat MB, Karatepe Ö. Kemoterapi Hastalarında Hemşirelik Bakımı Memnuniyet Ölçeği. **Anadolu Psikiyatri Dergisi** 2005; 6: 75-83.

Kumcağız H, Yılmaz M, Çelik SB, Avcı İA. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. **Dicle Tıp Dergisi** 2011; 38 (1): 49-56.

Lauri S, Lepistö M, Kappeli S. Patients' needs in hospital: nurses' and patients' views, **J Adv Nurs** 1997; 25: 339-346.

Mehel Tutuk SP, Altun ÖŞ. KOAH tanısı ile hastaneye sık başvuran hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. **Sted** 2014; 23 (6): 216-224.

Mako T, Svanäng P, Bjerså K. Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: a grounded theory study. **BMC Nursing** 2016; 15 (1): 47.

- Mollaoğlu M. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesi ve hemşirelik. **2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi**, İzmir 2007, s.9-11.
- Negarandeh R, Bahabadi HA, Mamaghani JA. Impact of regular nursing rounds on patient satisfaction with nursing care. **Asian Nurs Res** 2014; 8(4): 282-285.
- Niedz BA. Correlates of Hospitalized patients' perceptions of service quality. **Res Nurs Health** 1998; 21(4): 339-349.
- O'Connell B, Young J, Twigg D. Patient satisfaction with nursing care: a measurement conundrum. **Int J Nurs Pract** 1999; 5 (2): 72-77.
- Oflaz F, Varol H. Yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. **S.D.Ü. Tıp Fak Derg** 2010; 17(1): 1-7.
- Okanlı A, Özer N, Akyıl RÇ, Koçkar Ç. Cerrahi kliniklerinde yatan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2006; 9 (4): 38-44.
- Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar, **Çukurova Nobel Tıp Kitabevi**, Adana, 2016, s. 590-591- 599.
- Özakkaş T. Anksiyete Bozuklukları ve Tedavisi. **Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 19**, 2014, s.1.
- Özcan A. Hemşire- Hasta İlişkisi ve İletişim, **Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ltd. Sti.** Ankara, 2006, s.112.
- Özcan H. Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 2012; 1 (2): 60-68.
- Özer M. Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların öz bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi, Yüksek lisans Tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2001.s. 11.
- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsultasyon Liyezon Psikiyatrisi, **Roche İlaç Sanayi A.Ş.** İstanbul,1993,1-16.
- Özkan S. Genel Tıpta Depresyon. **Hümanite Psikiyatrisi**, www.humanitepsikiyatrisi.com. Erşim Tarihi: 17.11.2016.
- Özlu ZK. Erzurum ilinde farklı hastanelerdeki cerrahi kliniklerde yatmış olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi**, Erzurum, 2006.s.31-32.
- Özlu ZK, Özer N, Arslan, S, Cantekin I. Satisfaction of patients staying in day surgery clinic from nursing services. **Pak J Med Sci** 2010; 26(2): 438-443.
- Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, **Hekimler Yayın Birliği**; Ankara, 2002, s.293.

Quintana JM, González N, Bilbao A, Aizpuru F, Escobar A, Esteban C, San-Sebastian JA, De-La Sierra E, Thompson A. Predictors of patient satisfaction with hospital health care. **BMC Health Serv Res** 2006; 6 (102): 1-9.

Radwin LE. Cancer patients' demographic characteristics and ratings of patient-centered nursing care. **J Nurs Scholarsh** 2003;35 (4): 365-370.

Resnick AS, Disbot M, Wurster A, Mullen JL, Kaiser LR, Morris JB. Contributions of surgical residents to patient satisfaction: Impact of residents beyond clinical care. **J Surg Educ** 2008; 65 (3): 243-252.

Sabancıoğulları S, Doğan S. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonel benlik gelişim düzeyleri ve etkileyen faktörler. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2014;17 (1): 15-22.

Sayar K, Ak İ. The predictors of somatization: A review. **Bull Clin Psychopharmacol** 2001;11 (4): 266-271.

Sayıl I, Berksun OE, Palabıyıköğlü R, Devrimci Özgüven H, Soykan Ç, Haran S. Kriz ve Krize Müdahale, **Damla Yayınevi**, Ankara, 2000, s.104-106-138.

Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S. How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. **Health Affairs** 2010; 29 (12): 2323-2334.

Sönmez B, Kasım İ, Diabetes Mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. **Türk Aile Hek Derg** 2013;17(3):119-124.

Şahin ZA, Özdemir FK. Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. **G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN** 2015;1(1):1-7.

Şen HT, Yılmaz FT, Ünüvar ÖP. Hizmet içi eğitim hemşirelerinin iletişim beceri düzeyleri. **Psikiyatri Hemşireliği Dergisi** 2013;4(1): 13-20.

Şendir M, Büyükyılmaz F, Yazgan İ, Bakan N, Mutlu A, Tekin F. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının hemşirelik bakımına ilişkin deneyim ve memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. **F.N. Hem Derg** 2012; 20(1): 35-42.

Şişe Ş, Altinel EC. Bir üniversite hastanesinde yatan hasta memnuniyeti. **Selçuk Tıp Derg** 2012; 28(4): 213-218.

Şişe Ş. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. **Kocatepe Tıp Dergisi** 2013;14 (2):69-75.

Tamam L, Öner S, Yaşlılık çağı depresyonları. **Demans Dergisi** 2001;1: 50-60.

Tekin A. Sağlık-hastalık olgusu ve toplumsal kökenleri (Burdur örneği), Yüksek lisans Tezi, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Isparta, 2007, s.170.

Tel H, Tay BN, Canbay M, Akaya İ, Yalçınkaya S. Kronik fiziksel hastalıklı yaşlılarda yeti yitimi ve depresyon. **F.N. Hem Derg** 2014; 22 (2): 69-75.

Temel AB. Kültürlerarası (çok kültürlü) hemşirelik eğitimi. **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2008; 11 (2): 92-101.

Terakye G. Hasta-Hemşire İlişkileri, **Zirve Ofset**, Ankara,1998, s.32.

Thiedke CC. What do we really know about patient satisfaction? **Fam Pract Manag** 2007;14(1): 33-36.

Thomas LH, McColl E, Priest J, Bond S, Boys RJ. Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: an instrument for quality assessments of nursing care. **Qual Health Care** 1996; 5 (2): 67-72.

Tunçay GY, Uçar H. Hastaların yoğun bakım ünitesinin fiziksel ortam özelliklerine ilişkin görüşleri. **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi** 2010; 33-46.

Turgay AS. “Hasta Kabul-Nakil ve Taburculuk Süreci”, Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, (Ed.) Türkinaz Atabek Aştı, Ayişe Karadağ **Akademik Basın ve Yayıncılık**, İstanbul, 2013, s.388-389.

Tutuk A, Al D, Doğan S. Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. **Cumhuriyet Hem Der** 2002; 6(2):36-41.

Tükel B, Acuner MA, Önder ÖR, Üzgül A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti (Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği). **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası** 2004; 57(4): 205–214.

Ulusoy MF, Görgülü RS. Hemşirelik Esasları Temel Kuram, Kavram İlke ve Yöntemler. **72.TDFO Ltd. Şti**. Ankara, 2001, s.1-32.

Uyer B, Gürgen F. Bir üniversite hastanesinde psikiyatri konsültasyonlarının değerlendirilmesi. **Klinik Psikiyatri** 2015;18: 24-28.

Uysal Y, Akpınar E. Tip 2 Diyabetli hastalarda hastalık algısı ve depresyon. **Ç.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi** 2013; 38(1):31-40.

Uzuntaş A. Etkili iletişim: anlatabilmek ve anlayabilmek. **Kastamonu Eğitim Dergisi** 2013; 21 (1): 11-30.

Von Essen L, Sjoden PO. Patient and staff perceptions of caring: review and replication. **J Adv Nurs** 1991; 16: 1363-1374.

Von Essen L, Sjoden PO. Perceived occurrence and importance of caring behaviors among patients and staff in psychiatric, medical and surgical care. **J Adv Nurs** 1995;21: 266-276.

Walker J, Brooksby A, McInerney J, Taylor A. Patient perceptions of hospital cared: building confidence, faith and trust. **J Nurs Manag** 1998; 6 (4):193-200.

Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. **AM Psychiatry** 1988; 145 (8):976-981.

Wichowski HC, Kubsch SM, Ladwig J, Torres C. Patients' and nurses' perceptions of quality nursing activities. **Br J Nurs** 2003; 12 (19): 1122-1129.

White MB. Importance of selected nursing activities, **Nurs Research** 1972; 21(1): 4-14.

Williams AM. The delivery of quality nursing care: a grounded theory study of the nurse's perspective. **J Adv Nurs** 1998; 27: 808-816.

Williams B, Healy D. Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: "explanatory model" or "exploratory map"? **Soc Sci Med** 2001;53: 465-476.

Yazıcı K, Tot Ş, Yazıcı A, Erdem P, Buturak V, Okyay Y, Şimşek Y. Bedensel hastalığı olan kişiler arasında psikiyatrik yardıma ihtiyacı olanlar tanınabiliyor mu? **Klinik Psikiyatri** 2003; 6: 27-31.

Yetişkin Ş. Hemodiyaliz hastalarının yeti yitimi, anksiyete ve depresyon yönünden değerlendirilmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, **İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi**, İstanbul,2008,s.80.

Yıldız T, Önler E, Başkan B, Koluçak B, Malak A, Özdemir A, Aydınıl H. Cerrahi birimlerde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin belirlenmesi. **Int J Basic Clin Med** 2014;2(3):123-130.

Yılmaz M. Ameliyat öncesi öğretimin ameliyat sonrası komplikasyonlara ve hasta memnuniyetine etkisi. **Hemşirelik Araştırma Dergisi** 2002; 4 (1): 40-51.

Yiğitbaş Ç, Deveci SE. A group of patients' perceptions of satisfaction on nursing care. **Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi** 2014; 2 (2):2-10.

Yücel ŞÇ. Bilinci kapalı hastanın psikososyal gereksinimlerini karşılamada hemşirenin rolü. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi** 2011; 4 (1):174-181.

Yüksel S. Tip 1 ve Tip 2 Diyabetik hastaların uyku kalitesi, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Yüksek lisans Tezi, **Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Afyon, 2007,s.39.

Yürümezoğlu HA. Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin iş doyumları ve hastaların hemşirelik hizmetinden memnuniyeti, Yüksek lisans Tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2007, s.15-16-17.




Zhao SH. Quality nursing care as perceived by nurses and patients in a Chinese hospital. **J Clin Nurs** 2008; 18: 1722-1728.

8. ÖZGEÇMİŞ


1991 yılında Eskişehir'de doğdu. İlk ve orta öğretimini Bandırma'da, lise öğretimini Eskişehir'de tamamladı. 2013 yılında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2014 yılından beri Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında, ÖYP Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktadır. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Hemşirelik Esasları bölümünde yüksek lisans eğitimine devam etmektedir.

9. EKLER


Ek-1. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Merkez Müdürlüğünden kurum izni

	<p>T.C. PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü</p>	 
Sayı :65124556-044/ Konu :Arş. Gör. Özge BULDAN Araştırma İzni Hk.	Evrak Tarih ve Sayısı: 08/10/2015-58012	
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE		
İlgi :15/09/2015 tarihli, 53498 sayılı yazı		
İlgide kayıtlı yazınıza istinaden Arş. Gör. Özge BULDAN 'ın "Kronik Hastalığı Olan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki" konulu araştırma yapma isteğine ilişkin ilgili bölümlerin yazıları ekte sunulmuştur. Gereğini bilgilerinize rica ederim.		
Prof. Dr. Ali İhsan BOZKURT Merkez Müdürü		
EK : Yazı (7 Sayfa)		
<hr/>		
Pamukkale Üniversitesi Hastaneleri 20070 Kinikli, DENİZLİ Tel: 0 (258) 296 60 00 E-Posta: infohastane@psu.edu.tr	Ayrıntılı bilgi için iribot : Meral KAPLAN Faks: 0 (258) 296 60 01 Elektronik Ağ: http://psu.edu.tr/hastane	
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.		

Ek -2. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul onayı



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu



8 8 0 0 3 7 7 8 1 4

Sayı :60116787-020/54982
Konu :Başvurunuz hk.

29/09/2015


Sayın Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN

İlgi :11.09.2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Hastanede Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyonunun Hemşirelik Bakımı Algısıyla İlişkisi**" konulu çalışmanız 17.09.2015 tarih ve 16 sayılı kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.



Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Tıp Fakültesi Dekanlığı Kınıklı/Denizli
Tel: 0 258 296 16 04
E-Posta: tibbietik@pau.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Aysel ÖZKAN
Faks: 0 (258) 296 17 65
Elektronik Ağ:http://www.pau.edu.tr

Ek-3. Tez isim değişikliği ilgili Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Tıbbi Etik Kurul onayı



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu



Sayı :60116787-020/60216
Konu :Başvurunuz hk.

19/10/2015


Sayın Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN

İlgi :07.10.2015 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Hastanede yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyonunun Hemşirelik Bakımı Algısıyla Arasındaki İlişkisi**" konulu çalışmanızda istenilen değişiklikleriniz **13.10.2015 tarih ve 17 sayılı kurul toplantımızda** görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın adının "**Kronik Hastahęı olan Olguların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki**" olarak değiştirilmesinde **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek- 4. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Tez Onayı Yönetim Kurulu Kararı

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

TOPLANTI TARİHİ : 13.10.2015
TOPLANTI SAATİ : 13.30
TOPLANTI SAYISI : 2015 / 17

KARAR _____ :

- 6- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özge BULDAN' ın "Kronik Hastalığı Olan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki" konulu tez önerisi görüşülmüştür;

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özge BULDAN' ın "Kronik Hastalığı Olan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ile Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans tez önerisinin kabul edilmesine ve danışmanlığına Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN' ın atanmasının uygun olduğuna katılanların oy birliğiyle karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR
Burhanettin GÖZEN
Enstitü Sekreteri

**Ek- 5. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Tez İsim Değişikliği Tez Onayı
Yönetim Kurulu Kararı**

T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU

TOPLANTI TARİHİ : 13.10.2015
TOPLANTI SAATİ : 13.30
TOPLANTI SAYISI : 2015 / 17

KARAR :

06- Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özge BULDAN' ın **“Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri İle Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki”** konulu tez önerisi görüşülmüştür;

Hemşirelik Anabilim Dalı Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özge BULDAN' ın **“Kronik Hastalığı Olan Olguların Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri İle Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki”** konulu yüksek lisans tez önerisinin kabul edilmesine ve danışmanlığına Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN' ın atanmasının uygun olduğuna katılanların oy birliğiyle karar verilmiştir.


ASLIĞIBİDİR
Burhanettin GÖZEN
Enstitü Sekreteri

Ek- 6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

'Kronik Hastalığı Olan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri İle Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

a. Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu çalışma "Kronik Hastalığı Olan Hastaların Anksiyete Ve Depresyon Düzeyleri İle Hemşirelik Bakımı Algısı Arasındaki İlişki"yi belirleyerek, bu durumun hemşirelik bakımını algılayışlarını nasıl etkilediğini incelemek için yapılacaktır.

b. Bu çalışmaya katılmamalı mıyım?

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

c. Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?

Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, size üç bölümden oluşan soru formu uygulanacaktır. İlk bölümde kişisel özellikleri belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölüm; Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinden oluşmaktadır. Son bölümde Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği'ni içermektedir. Ölçeğin uygulaması toplamda 15 dk sürmektedir. Soru formunda üç bölüme de verdiğiniz cevaplar tamamen gizli tutulacak, kimliğiniz açığa çıkaracak herhangi bir bilgi açıklanmayacak ve bilgiler gerekli istatistiksel yöntemler ile değerlendirilmesinin ardından bilimsel yayın organlarında yayınlanacaktır.

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Bu çalışmada yer almanın size kişiye özel bir yarar sağlaması söz konusu değildir. Çalışmadaki sorulara verdiğiniz yanıtlar tamamen gizli tutulacaktır. Çalışma sonucu elde edilen veriler ve bilgiler, bilimsel yayın organlarında paylaşarak ilgili literatüre katkı sağlanacaktır.

ç. **Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?

Araştırmamız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırmamız tarafından gizli tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Özge BULDAN

GÖREVİ : Ar. Gör.

TELEFON : 0 258 296 43 62

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

Denizli Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında / Kliniğinde, Ar.Gör. Özge BULDAN tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

1. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
2. Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).*
3. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmali nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
4. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
5. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
6. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için gerekli düzenlemeler yapılarak veli veya vasisinin onamı alınacaktır. Psikiyatrik ve Pediatrik çalışmalarda bu formdaki "Görüşme tanığı" kısmının doldurulması zorunludur. Bu örnek form araştırmacılara fikir vermek için formda bulunması gereken asgari bilgileri içermektedir, gerektiğinde eklemeler ve düzenlemeler yapılabilir (örn. bu paragraf, metindeki noktalı kısımlar ve kırmızı ile yazılmış kısımlar çıkarılmalı ve uygun şekilde düzenlenmelidir). Araştırmacı dikkat çekmek istediği hususları açıkça vurgulamalıdır. Gönüllünün beyanı ve imzası aynı sayfada yer almalı; kesinlikle FARKLI sayfalarda OLMAMALIDIR.

EK-7 Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu

Tedavi Olduğu Klinik:.....

Hastalık Tanısı :.....

Bu Tanıyı Ne Zaman Aldınız? :Ay/Yıl Önce

Hastanede yatışınızın kaçınıcı günü :

1. Yaşınız:

2. Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek

3. Medeni Durumunuz:

a) Evli

b) Bekar

c) Boşanmış

d) Eşinden ayrı yaşıyor

e) Dul

4. Mesleğiniz:.....

5. Sağlık Güvenceniz var mı?

a) Evet b) Hayır

6. Evinizde kimlerle yaşamaktınız?

a) Yalnız

b) Eşiniz ve siz

c) Eşiniz ve çocuklarınız

d) Anne ve babanız

e) Diğer

7. Eğitim Düzeyiniz:

a) okuma yazma bilmiyor

b) ilkokul mezunu

c) ortaokul mezunu

d) lise mezunu

e) üniversite mezunu

8. Gelir Düzeyiniz:

a) gelirim giderimden fazla

b) gelirim ve giderim eşit

c) gelirim giderimden az

9. Şuan yapmakta olduğunuz bir işiniz var mı?

a) evet b) hayır

10. Hastanede yatış nedeniniz dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

a) Evet ise lütfen belirtiniz:.....

b) hayır

11. Var olan hastalığınız yaşamınızı etkileyişi:

a) Evet olumsuz bir şekilde etkiliyor.

b) Hayır, kendim hastalığımla başa çıkabiliyorum.

c) Hayır, ailemin desteği ile hastalığımla başa çıkabiliyorum.

12. Hastane yanınızda refakatçi bulunuyor mu?

a) Evet b) Hayır

13. Hemşireler yaptıkları uygulamalarda size gerekli olan bilgiyi veriyor mu? a) Evet b) Hayır

14. Hemşirelik bakımından beklentiniz nedir?.....

Ek-8. Hastane Anksiyete Depresyon Formu (HAD)

HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON FORMU		
Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Aklınıza gelen ilk yanıtın en doğrusu olacağını unutmayın.		
1.	Kendimi gergin, “patlayacak gibi” hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
2.	Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.	<input type="checkbox"/> Aynı eskisi kadar <input type="checkbox"/> Pek eskisi kadar değil <input type="checkbox"/> Yalnız biraz eskisi kadar <input type="checkbox"/> Nerdeyse hiç eskisi kadar değil
3.	Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.	<input type="checkbox"/> Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli <input type="checkbox"/> Evet, ama çok da şiddetli değil <input type="checkbox"/> Biraz, ama beni endişelendiriyor <input type="checkbox"/> Hayır, hiç öyle değil
4.	Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.	<input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Şimdi pek o kadar değil <input type="checkbox"/> Şimdi kesinlikle o kadar değil <input type="checkbox"/> Artık hiç değil
5.	Aklımdan endişe verici duygular geçiyor.	<input type="checkbox"/> Çoğu zaman <input type="checkbox"/> Birçok zaman <input type="checkbox"/> Zaman zaman, ama çok sık değil <input type="checkbox"/> Yalnızca bazen
6.	Kendimi neşeli hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Çoğu zaman
7.	Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Genellikle <input type="checkbox"/> Sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman

8.	Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Hemen hemen her zaman <input type="checkbox"/> Çok sık <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
9.	Sanki içim pırpır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.	<input type="checkbox"/> Hiçbir zaman <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık
10.	Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.	<input type="checkbox"/> Kesinlikle <input type="checkbox"/> Gerektiği kadar özen göstermiyorum <input type="checkbox"/> Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum <input type="checkbox"/> Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11.	Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.	<input type="checkbox"/> Gerçekten de çok fazla <input type="checkbox"/> Oldukça fazla <input type="checkbox"/> Çok fazla değil <input type="checkbox"/> Hiç değil
12.	Olacakları zevkle bekliyorum.	<input type="checkbox"/> Her zaman olduğu kadar <input type="checkbox"/> Her zamankinden biraz daha az <input type="checkbox"/> Her zamankinden kesinlikle daha az <input type="checkbox"/> Hemen hemen hiç
13.	Aniden panik duygusuna kapılıyorum.	<input type="checkbox"/> Gerçekten de çok sık <input type="checkbox"/> Oldukça sık <input type="checkbox"/> Çok sık değil <input type="checkbox"/> Hiçbir zaman
14.	İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.	<input type="checkbox"/> Sıklıkla <input type="checkbox"/> Bazen <input type="checkbox"/> Pek sık değil <input type="checkbox"/> Çok seyrek

Ek-9. Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği (HHBAÖ)

Aşağıda hemşirelerin size verdikleri bakım hakkında ifadeler bulunmaktadır. Sizden her ifadeye tanımlanan yargılara katılma durumunuzu belirtmeniz istenmektedir.

	Katılıyorum	Biraz katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Hemşireler daha gerçekçi olmama yardımcı oldular.					
2. Hemşireler ihtiyacım olandan fazlasını düşündüler					
3. Hemşireler isteklerimle hemen ilgilendiler.					
4. Hemşireler bakım esnasında tüm dikkatlerini bana verdiler					
5. Hemşireler çoğu şeyi bana sorarak yaptılar.					
6. Hemşireler hastanede beni rahat ettirdiler.					
7. Hemşireler hastaneyle ilgili bilmediğim şeyler hakkında bana bilgi verdiler.					
8. Hemşirelerin benim gereksinimlerim ve isteklerime dair ilgili kişileri uyardıklarından eminim.					
9. Hemşirelere ihtiyacım olduğunda yanımda olacaklarından eminim.					
10. Hemşirelerin hastalığımın benim için ne demek olduğunu anladıklarını hissediyorum.					
11. Bazı sorunların, hemşirelerin çabaları sayesinde önlendiğini biliyorum.					
12. Hemşireler hastalığıma ilişkin korkularıyla başa çıkmamda bana yardımcı oldular.					
13. Hemşirelerin yaptığı açıklamalar beni rahatlattı.					
14. Hemşireler tedavilerim yapılırken beni rahatlattılar.					
15. Hemşirelerin sayesinde iyi bakıldığımı hissettim.					