



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE İŞ BİRLİĞİ VE KONFOR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yüksek Lisans Tezi

Özge ARSLAN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

İzmir

2023

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

CERRAHİ HEMŞİRELERİNDE İŞ BİRLİĞİ VE KONFOR ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Özge ARSLAN

Danışman

Doç. Dr. Eda DOLGUN

Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tezli Yüksek Lisans

İzmir

2023

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Özge ARSLAN

Başkan : Doç. Dr. Eda DOLGUN

(Danışman)

Üye : Doç. Dr. Yelda CANDAN DÖNMEZ

Üye : Doç. Dr. Aliye OKGÜN ALCAN

Yüksek Lisans Tezinin Kabul Edildiği Tarih: 03/07/2023

Önsöz

Acil serviste çalıştığım süre içinde hemşireler arası iletişim ve iş birliği her zaman dikkatimi çeken bir konu olmuştur. Buna bağlı olarak, yorucu ve yoğun geçen çalışma saatlerinin sonucunda ekip içindeki iş birliği ve iletişimin kalitesi ile çalışma konforunun arasında bir ilişki olabileceğini düşündüm. Bu gözlemlerim sonucunda hemşirelerde iş birliği ve hemşire konforu hakkında literatür taramasına başladım. Bu konularda yapılan çalışmaların oldukça sınırlı olduğunu gördüm. Bunlardan etkilenerek ve danışmanım Doç. Dr. Eda DOLGUN hocamın desteği ile tez konusuna karar verdim.

Çok yoğun emek vererek çalışan cerrahi hemşirelerimizi daha yakından tanımak bu arada aralarındaki iş birliğini ve konforlarını değerlendirerek birbiriyle ilişkilendirmek anlamlı ve uzun bir süreci beraberinde getirdi. Tez sürecim boyunca yaşanan pandemi nedeniyle bazı zorluklar yaşasam da bilim adına bir şeyler yapabilmek oldukça güzeldi. Bu tezin, bilime ışık tutmasını ve hemşirelik mesleğinin gelişimine katkıda bulunmasını diliyorum.

İzmir, 2023

Özge ARSLAN

Özet

Cerrahi Hemşirelerinde İş Birliği ve Konfor Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan bu araştırma cerrahi hemşirelerinde iş birliği ve konfor arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan araştırma; Eylül 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın örneklemini çalışma için gönüllü olan ve cerrahi birimlerde çalışan 175 hemşire oluşturdu. Araştırmada veriler literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu, Hemşire Konforu Anketi (HKA) ve Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği (HHİÖ)'nin yer aldığı veri toplama formu ile "Google Formlar" aracılığıyla online olarak toplandı. Elde edilen veriler SPSS 28.0 programı kullanılarak analiz edildi. Anlamlılık düzeyi 0,05 kabul edildi.

Bulgular: Hemşirelerin yaş ortalaması $33,19 \pm 7,96$ olup, %78,3'ü kadın, %51,4'ü evli, %61,7'si lisans mezunudur. %48,6'sı devlet hastanesinde çalışmaktadır. %29,7'si poliklinikte görev yapmaktadır. %67,4'ü hem gündüz hem gece çalışmaktadır. Hemşirelik yapma yılı ortalama $10,65 \pm 8,51$ iken, cerrahi birimde çalışma yılı ortalama $7,15 \pm 6,43$ 'tür. %72'si klinik hemşiresidir. "Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği" genel puan ortalaması $2,87 \pm 0,47$ olarak tespit edildi. Ölçeğin alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında "problem çözme" $2,73 \pm 0,68$ puan, "iletişim" $2,63 \pm 0,50$ puan, "süreç paylaşımı" $2,96 \pm 0,53$ puan, "koordinasyon" $2,93 \pm 0,60$ puan, "profesyonellik" $2,97 \pm 0,51$ puan olduğu bulundu. "Hemşire Konforu Anketi" genel puan ortalaması $105,06 \pm 17,25$ olarak tespit edildi. Ölçeğin alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında "sosyokültürel" $35,20 \pm 7,59$ puan, "psikospiritüel" $38,68 \pm 7,28$ puan, "fiziksel" $31,17 \pm 4,99$ puan olduğu bulundu. "Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği" ile "Hemşire Konforu Anketi" arasında istatistiksel olarak "anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki" tespit edildi ($r=0,603$; $p<0.05$).

Sonuç: "Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği" ile "Hemşire Konforu Anketi" arasında istatistiksel olarak "anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki" bulundu. Hemşire-hemşire iş birliği düzeyi yüksek olan hemşirelerin konfor düzeyinin de yüksek olduğu tespit edildi.

Anahtar kelimeler: Cerrahi hemşireliği; İş birliği; Konfor

Abstract

Investigation of the Relationship between Collaboration and Comfort in Surgical Nurses

Purpose: This cross-sectional and descriptive study was planned to investigate the relationship between collaboration and comfort in surgical nurses.

Methods: The descriptive study was conducted between September 2021 and December 2021. The sample of the study consisted of 175 nurses who voluntarily participated and worked in surgical units. Data were collected online through "Google Forms" using a personal information form, the Nurse Comfort Questionnaire (NCQ), and the Nurse-Nurse Collaboration Scale (NNCS), which were prepared according to the literature. The collected data were analyzed using SPSS 28.0 software. A significance level of 0.05 was accepted.

Results: The mean age of the nurses was 33.19 ± 7.96 , with 78.3% being female, 51.4% married, and 61.7% having a bachelor's degree. 48.6% worked in a state hospital, and 29.7% worked in outpatient clinics. 67.4% worked both day and night shifts. The mean years of nursing experience were 10.65 ± 8.51 , while the mean years of working in the surgical unit were 7.15 ± 6.43 . 72% were clinical nurses. The overall mean score of the "Nurse-Nurse Collaboration Scale" was found to be $2,87 \pm 0,47$. The mean scores of the scale's sub-dimensions were found to be $2,73 \pm 0,68$ for "problem-solving," $2,63 \pm 0,50$ for "communication," $2,96 \pm 0,53$ for "process sharing," $2,93 \pm 0,60$ for "coordination," and $2,97 \pm 0,51$ for "professionalism." The overall mean score of the "Nurse Comfort Questionnaire" was found to be 105.06 ± 17.25 . The mean scores of the scale's sub-dimensions were found to be 35.20 ± 7.59 for "sociocultural," 38.68 ± 7.28 for "psychospiritual," and 31.17 ± 4.99 for "physical." A positive, strong, and statistically significant relationship was found between the "Nurse-Nurse Collaboration Scale" and the "Nurse Comfort Questionnaire" ($r=0.603$; $p<0.05$).

Conclusion: A positive, strong, and statistically significant relationship was found between the "Nurse-Nurse Collaboration Scale" and the "Nurse Comfort Questionnaire." It was determined that nurses with high levels of nurse-nurse collaboration also had high levels of comfort.

Keywords: Surgical nursing; Collaboration; Comfort



İçindekiler

Kabul ve Onay Sayfa	I
Önsöz	II
Özet	III
Abstract	IV
İçindekiler	VI
Tablolar Dizini	VIII
Grafikler Dizini	X
Simge ve Kısaltmalar	XI
Giriş	1
1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Soruları	4
1.4. Araştırmanın Varsayımları	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	4
1.6. Tanımlar	5
Genel Bilgiler	6
2.1. Hemşire-Hemşire İş Birliği	6
2.1.1. İş Birliği Kavramı ve Önemi	6
2.1.2. Hemşire-Hemşire İş Birliği Kavramı	7
2.1.2.1. Problem Çözme	8
2.1.2.2. İletişim	9
2.1.2.3. Süreç Paylaşımı	9
2.1.2.4. Koordinasyon	10
2.1.2.5. Profesyonellik	11
2.2. Hemşire Konforu	12
2.2.1. Konfor Kavramı ve Önemi	12
2.2.2. Hemşirelik Tarihinde Konfor Kavramı ve Önemi	12
2.2.3. Konfor Kavramı	14
2.2.4. Konfor Kuramı Düzeyleri ve Boyutları	15
2.2.5. Hemşire Konforu	16
2.3. Hemşire-Hemşire İş Birliği ve Hemşire Konforu Arasındaki İlişki	17

Gereç ve Yöntem	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	18
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	18
3.4.1. Bağımlı Değişkenler	18
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	18
3.5. Veri Toplama Araçları	19
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	19
3.5.2. Hemşire Konforu Anketi	19
3.5.3. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği	19
3.6. Verilerin Toplanması	20
3.7. Verilerin Analizi	20
3.8. Süre ve Olanaklar	20
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	21
Bulgular	22
Tartışma	73
Sonuç ve Öneriler.....	81
Kaynaklar	84
Ekler	97
EK-1. Kişisel Bilgi Formu	97
EK-2. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği	99
EK-3. Hemşire Konforu Anketi	101
EK-4. Ölçek İzinleri	103
EK-5. Etik Kurul İzin Formu	104
EK-6. Aydınlatılmış Olur Formu	107
Teşekkür	108
Özgeçmiş	109

Tablolar Dizini

Sayfa No

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	22
Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri	23
Tablo 3. Hemşirelerin HHIÖ ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımları	26
Tablo 4. Hemşirelerin HKA ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımları	26
Tablo 5. Hemşirelerin HHIÖ Toplam Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	27
Tablo 6. Hemşirelerin HHIÖ Toplam Puanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	29
Tablo 7. Hemşirelerin HHIÖ Problem Çözme Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 8. Hemşirelerin HHIÖ Problem Çözme Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	32
Tablo 9. Hemşirelerin HHIÖ İletişim Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 10. Hemşirelerin HHIÖ İletişim Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 11. Hemşirelerin HHIÖ Süreç Paylaşımı Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 12. Hemşirelerin HHIÖ Süreç Paylaşımı Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 13. Hemşirelerin HHIÖ Koordinasyon Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 14. Hemşirelerin HHIÖ Koordinasyon Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 15. Hemşirelerin HHIÖ Profesyonellik Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 16. Hemşirelerin HHIÖ Profesyonellik Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 17. Hemşirelerin HKA Toplam Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	49

Tablo 18. Hemşirelerin HKA Toplam Puanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 19. Hemşirelerin HKA Sosyokültürel Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 20. Hemşirelerin HKA Sosyokültürel Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	55
Tablo 21. Hemşirelerin HKA Psikospiritüel Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	58
Tablo 22. Hemşirelerin HKA Psikospiritüel Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	60
Tablo 23. Hemşirelerin HKA Fiziksel Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 24. Hemşirelerin HKA Psikospiritüel Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması.....	64
Tablo 25. HHiÖ, HKA, HHiÖ Alt Boyutları ve HKA Alt Boyutları Arasındaki İlişki	68

Grafikler Dizini

Sayfa No

Grafik 1. Hemşirelerin HHIÖ Toplam Puanları ve HKA Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Doğrusal Analizi	72
---	----



Simge ve Kısaltmalar

SPSS : Statistical Package For Social Sciences

HHİ : Hemşire-Hemşire İş Birliği

HHİÖ : Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği

HKA : Hemşire Konforu Anketi

MIN. : Minimum

MAKS. : Maksimum



Giriş

1.1. Araştırmanın Problemi ve Önemi

“İş birliği” özveri ve yetenek gerektiren dinamik bir süreçtir. Latince kökenli "collaborare" kelimesinden türetilmiş ve birlikte çalışmayı ifade eden bir terimdir (Çelik Durmuş & Yıldırım, 2016). Bir şey yaratmak veya üretmek için başka kişilerle bir araya gelmeyi ifade etmektedir (Lemetti ve ark., 2020). İş birliği becerileri, çalışanların diğer iş arkadaşlarıyla etkili iletişim kurarak verimli bir şekilde birlikte çalışmasını sağlamaktadır. Başarılı iş birliği, işbirlikçi bir yaklaşım ve karşılıklı saygı gerektirmektedir (Al-Hamdan ve ark., 2021). İşverenler, çoğunlukla takımın bir parçası olarak etkin bir şekilde çalışabilen ve bireysel başarıyı grup hedefleriyle dengelemeye istekli bireylerle çalışmak istemektedir (Morley & Cashell, 2017).

Hemşireler, diğer birçok sağlık disiplinleri ile birlikte aynı ortamda uzun saatler boyunca çalışan sağlık profesyonelleridir. Ekip üyeleri arasında kilit rol oynayan ve bu nedenle iş birliğine en çok gereksinim duyan meslek grupları arasında yer almaktadır (Ma ve ark., 2018). Hemşireler arası iş birliği, hemşirelik uygulamalarının bir standardı olarak görülmektedir (Çelik Durmuş & Yıldırım, 2018). Güvenli hemşirelik uygulamaları ve kaliteli hasta bakımı için hemşireler ve diğer tüm sağlık profesyonelleri arasında etkili iş birliği esastır. Hemşireler arasındaki iş birliğinin artırılması, hastalar için güvenli ve etkili bir terapötik ortamın sürdürülmesinde kritik öneme sahiptir (Hassona & El-Aziz, 2017). Yalnızca hastaların yararı için değil, sağlık profesyonellerinin memnuniyeti için de etkili iş birliği gerekmektedir (Prentice ve ark., 2020). Çünkü, etkisiz iş birliği kişilerarası ilişkilerin zayıflamasına, hiyerarşik tutumlara ve olumsuz davranışlara yol açabilmektedir (Kaiser & Westers, 2018).

Hemşireler arasında iş birliği ve ekip çalışması, hemşirelikte mesleki yeterliliğinin bir göstergesidir (Liao ve ark., 2015). “Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği (American Association of Critical Care Nurses-AACN)” tarafından bildirildiği gibi, sağlıklı bir iş ortamı yaratmak ve devamlılığını sağlamak için etkili iş birliği ve ekip çalışması gereklidir (Moore ve ark., 2017). Hemşirelerin ekip çalışmaları desteklenmeli ve bir çalışma kültürü oluşması sağlanmalıdır (Temuçin ve ark., 2019). Hemşire-hemşire iş birliğinin (HHİ) hasta devir hızını azaltarak tıbbi hataları engellediği ve iş doyumunu artırdığı belirtilmektedir. İş birliğinin, sağlık sektöründe

profesyonel gelişime, bireysel yetkinliklere ve sosyal iletişime olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. Etkin iş birliği, ekip üyeleri arasında ortak bir iletişim dili oluşturur (Koçak, 2009; Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Yazarlar, uzun yıllar boyunca iş birliğinin yararlarından söz etmişlerdir. Qaseem ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, ekip içi iş birliği, aktif iletişim ve iş arkadaşlarıyla iyi çalışma ilişkilerinden kaynaklanan saygının sağlık profesyonelleri arasında iş memnuniyetini artırdığını bildirmiştir (Qaseem ve ark., 2007).

Sağlık bakım hizmetlerinin başarısını etkileyen bir diğer kavram ise konfordur. Konfor sözcüğü, İtalyanca “confortare” kelimesinden türemiş olup “daha fazla kuvvetlendirmek, güçlendirmek” anlamına gelmektedir (Terzi & Kaya, 2017). Rahatlık, rahatlatma, sıkıntıdan uzaklaşma, rahat olma durumunu ifade etmektedir (Yücel, 2011).

Bugün hemşirelikte, "konfor" kavramına özel bir önem verilmekte olup, bu kavrama yönelik bir kuram olan "konfor kuramı" da bulunmaktadır. “Konfor kuramı” konfor kavramı üzerine uzun yıllar boyunca araştırmalar yapan Katherine Kolcaba tarafından geliştirilmiştir (Krinsky ve ark., 2014; Terzi & Kaya, 2017). 1965 yılında Luke's Hospital Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan hemşire olarak mezun olan ve çeşitli birimlerde görev yapan Katherine Kolcaba, konfor kavramı ve ardından hasta konforu konusundaki araştırmalarına 15 yıl boyunca devam etmiştir. Yapmış olduğu çalışmalarla orta düzey bir hemşirelik kuramı olarak bilinen konfor kuramını geliştirmiştir (Erdemir & Çırlak, 2013). Teoride; bireyin fiziksel, zihinsel, ruhsal ve duygusal deneyimlerinin bir bütün olduğu ve eş zamanlı olarak ele alınarak konforun sağlanması gerektiği belirtilmektedir. Rahatlığın “fiziksel”, “psikospiritüel”, “çevresel” ve “sosyokültürel” olarak dört farklı boyutu vardır. “Fiziksel konfor” bireyin tüm fizyolojik yönlerini içerir. “Psikospiritüel konfor” benlik saygısı, kimlik, cinsellik ve daha yüksek bir varlıkla ilişki veya ilişki eksikliğini içerir. “Çevresel konfor” oda rengi, ışık, ses ve koku gibi deneyimlerin dışsal yönünü içerir “Sosyokültürel konfor” aile, toplum ve kişilerarası ilişkiler ile aile gelenekleri, ritüelleri ve dini uygulamalardan elde edilir (Apóstolo & Kolcaba, 2009; Kolcaba & DiMarco, 2005; Kolcaba & Steiner, 2000; Kolcaba & Wilson, 2002; Kolcaba, 1992, 1994, 1995; Seyedfatemi ve ark., 2014). Konfor teorisinin temel unsurları, konforu sağlamaya yönelik girişimlerin de temelini oluşturmaktadır (Kolcaba, 1995, 2001;

Seyedfatemi ve ark., 2014). Konforu sağlamak için öncelikle nelerin gereksinim olduğunu anlamak önemlidir (Malinowski & Stamler, 2002). Günümüzdeki hemşirelik terminolojileri ve uygulama sınıflandırmaları, konfor durumu ve konforun sağlanması konularına büyük bir önem vermektedir (Çınar Yücel ve ark., 2019). Konfor teorisi araştırmacılar tarafından yol gösterici olarak kullanılmakta ve kalp kateterizasyonu, yoğun bakım, huzurevi, infertilite, radyasyon tedavisi, acil, ortopedik hemşirelik, hemşirelik bakımı, hastanede yatan yaşlılar, mesane kontrolü, doğum gibi birçok alanda kullanılmaktadır (Arslankılıç & Göl, 2020; Şahin Orak ve ark., 2017).

Kolcaba, hemşirelik bakımına konforu dahil ettikten sonra hemşirelerin rahatının değerlendirilmesinin gerekliliği fark edilmiştir. Hemşirelerin stres, kaygı, memnuniyet ve çalışma ortamı açısından değerlendirilmesine yönelik adımlar atılmıştır (Ferrandiz & Martín-Baena, 2015). Çünkü çalışma ortamında hemşire konfor düzeyi istenen seviyede olduğunda hemşirelerin motivasyonu ve iş tatmini olumlu yönde etkilenecektir. Buna bağlı olarak da kişilerarası iletişimde, iş birliğinde, hasta bakım kalitesinde ve mesleki doyumda aşama kaydedilebilecektir (Al-Hamdan ve ark., 2017; Ferrandiz & Martín-Baena, 2015; Kocaman ve ark., 2018).

Literatür incelendiğinde daha önceki çalışmalarda hekim-hemşire iş birliğiyle ilgili çok sayıda çalışmanın bulunduğu görülmektedir. Ancak hemşire-hemşire iş birliği ve hemşire konforu ile ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmalar birime özgü değildir ve çoğunluğu yurt dışı temellidir. Çalışmanın, hemşirelerin hemşire-hemşire iş birliğiyle ilgili tutumlarının nasıl geliştirilebileceği konusunda önerilerde bulunulabileceği düşünülmektedir.

Hemşire-hemşire iş birliği ile hemşire konforu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya ise henüz rastlanmamıştır. Bu iki kavramın birbiriyle olan ilişkisini araştırmak, elde edilen sonuçları hemşirelik mesleğinde yapıcı bir şekilde kullanmak literatüre katkı sağlamak açısından çok önemlidir. Çalışmadan elde edilen sonuçlar bilime katkı sağlayacak ve yeni araştırmaların yapılmasına ışık tutacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma cerrahi hemşirelerinde iş birliği ve konfor arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlandı.

1.3. Araştırma Soruları

“Cerrahi hemşirelerinde iş birliği düzeyi nasıldır”?

“Cerrahi hemşirelerinde konfor düzeyi nasıldır”?

“Cerrahi hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma hayatı ile ilgili özellikleri iş birliği düzeyini etkilemekte midir”?

“Cerrahi hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma hayatı ile ilgili özellikleri konfor düzeyini etkilemekte midir”?

“Cerrahi hemşirelerinde iş birliği ve konfor arasındaki ilişki nasıldır”?

1.4. Araştırmanın Varsayımları

Varsayım 1: “Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği” araştırmanın sorusuna yanıt bulmak için uygundur.

Varsayım 2: “Hemşire Konforu Anketi” araştırmanın sorusuna yanıt bulmak için uygundur.

Varsayım 3: Çalışmanın örneklemini oluşturan kişiler bu araştırmanın sorusuna yanıt bulmak için uygundur.

1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın veri toplama sürecinin Covid-19 pandemisine denk gelmesi, Covid-19 sebebiyle hemşirelerin klinikler arası yer değişikliği yaşamış olmaları araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma verileri cerrahi birimlerde çalışan hemşire örneklemini ile sınırlıdır. Sonuçlar genellenemez.

1.6. Tanımlar

Cerrahi Hemşireliği: Hastanın sağlık ve iyiliğinin yeniden kazanılması ve sürdürülmesi için fiziksel, psikolojik ve sosyal gereksinimlerinin belirlenerek bilimsel bilgi üzerine temellendirilmiş hemşirelik faaliyetlerinin koordine edildiği ve kişiselleştirilmiş bakımın uygulandığı bir hemşirelik dalıdır (Aslan, 2009).

İş Birliği: Amaç ve çıkarları bir olanların oluşturdukları çalışma ortaklığıdır (TDK).

Konfor: Rahatlık, üzüntüsü, sıkıntısı, tedirginliği olmama, yorgunluk veya sıkıntı vermeme durumudur (TDK).



Genel Bilgiler

2.1. Hemşire-Hemşire İş Birliği

2.1.1. İş Birliği Kavramı ve Önemi

“İş birliği” iki veya daha fazla kişinin ortak bir hedefe ulaşmak için aktif olarak etkileşim kurarak birlikte çalışması olarak tanımlanmaktadır (Emich, 2018; Petri, 2010). Özveri ve yetenek gerektiren dinamik bir süreçtir. "İş birliği" Latince kökenli "collaborare" kelimesinden türetilmiş ve birlikte çalışmayı ifade eden bir terimdir (Çelik Durmuş & Yıldırım, 2016, 2018; Lemetti ve ark., 2020). “Türk Dil Kurumu”, iş birliği kavramını “amaç ve çıkarları bir olanların oluşturdukları çalışma ortaklığı” olarak tanımlamıştır (TDK, 2022).

İş birliği süreci; güven, saygı, eşitlik, kaliteli iletişim, fikir alışverişi, çatışma yönetimi, değer verme ve anlamayı içermektedir. Bu süreç, ekip etkileşimlerini daha şeffaf, nesnel ve kapsayıcı hale getirmektedir (Emich, 2018; Morley & Cashell, 2017). İş birliği becerileri, üretkenliğin artmasını ve çalışanların diğer çalışma arkadaşları ile etkili bir iletişim içerisinde olmasını sağlamaktadır (Al-Hamdan ve ark., 2021). Başarılı iş birliği, çalışanların motivasyonunu ve işe katılım düzeyini arttırmaktadır (Temuçin ve ark., 2019). Fikirleri paylaşmak ve beyin fırtınası yapmak, karmaşık zorluklara benzersiz çözümler geliştirmek için yararlı olabilmektedir. Birlikte ele alınan süreçler ve davranışlar, hem sosyal olarak uyumlu hem de bütünleşmiş ve yenilikçi bir şekilde çalışan ekip işlevini desteklemektedir (Gum ve ark., 2012; Nakata & Im, 2010).

İşverenler, çoğunlukla takımın bir parçası olarak etkin bir şekilde çalışabilen ve bireysel başarıyı grup hedefleriyle dengelemeye istekli bireylerle çalışmak istemektedir. Fiziksel ve yapısal fırsatların, psikolojik olarak destekleyici bir ortamın, uygun eğitim ve öğretimin sağlanmasının işbirlikçi uygulamayı teşvik etmek için önemli olduğu ileri sürülmektedir (Morley & Cashell, 2017; Stucky ve ark., 2022). Bireylerin hedeflere odaklanarak güç birliği oluşturması, hiyerarşik yapıdan uzaklaşarak düzen ve başarı getirme potansiyeline sahiptir (Qaseem ve ark., 2007). Motive olmuş ve başarılı bir ekip; birbirine güvenen, hesap verebilen, karşılıklı

farklılıklarını kabul eden, açık ve şeffaf bir şekilde davranma konusunda kendilerini güvende hisseden üyelere sahip olacaktır (Edmondson, 1999; Morley & Cashell, 2017)

2.1.2. Hemşire-Hemşire İş Birliği Kavramı

Sağlık kuruluşlarında “iş birliği”, farklı kültür ve deneyimlere sahip sağlık çalışanlarının belirtilen hedeflere göre çatışma yönetimi yoluyla iletişim ve farkındalık yaratma süreci olarak kendini göstermektedir (Lemetti ve ark., 2019; Wang ve ark., 2015). Hemşirelerin çeşitli yerel, ulusal ve küresel zorluklar karşısında farklı rol ve sorumlulukları yönetmeleri için sağlık hizmetleri içinde ve dışında profesyonel iş birliği esastır (Hassona & El-Aziz, 2017). Yardımcı ve arkadaşları çalışmalarında "kaliteli hasta bakımı sağlamak için ekip çalışması, iş birliği, profesyonellik ve iletişim" üzerine vurgu yapmıştır (Yardımcı ve ark., 2012). İş birliği, sağlık sisteminde iyileştirme, problem çözme ve yenilik için kilit bir strateji olarak görülmektedir (Zamanzadeh ve ark., 2014).

Ekip çalışması ve iş birliğinin olmadığı sağlık kuruluşlarında tanı ve tedavi uygulamalarında gecikmeler yaşanmakta, tutarlı ve yeterli bilgi alınamaması nedeniyle hasta güvenliği tehlikeye girmekte ve hizmet kalitesi düşmektedir. Nitekim klinik becerilere sahip çalışanların bulunduğu klinik ortamlarda kazaların ve olumsuz olayların oluşmasında ekip çalışması ve iş birliğine vurgu yapan eksikliklerin rol oynadığı görülmektedir (Moore ve ark., 2015). Hall ve Weaver yapmış oldukları çalışmada, doğru bir hasta bakımının sağlanabilmesi için ekip üyeleri arasında yakın ilişki ve etkili iletişimin önemli olduğunu vurgulamışlardır (Hall & Weaver, 2001).

Günümüzün çalışma ortamı hemşireleri yüksek kaliteli ve uygun maliyetli bakım elde etmek için iş birliği içinde çalışmaya teşvik etmektedir (Manser, 2009). İş birliği, bireyler arasındaki saygı ve güvene dayanır. Tüm katılımcıların güvenini, yeterliliğini ve bağlılığını gerektirir (Lemetti ve ark., 2019; Ylitörmänen ve ark., 2019).

Çalışma ortamında meslektaşlarına güvenmek ve ortak bir şekilde hareket etmek iş hayatının olmazsa olmazlarından. Sağlık hizmetleri, insanları doğrudan etkilediği için titiz bir çalışma ve sağlık profesyonellerinin en iyi hizmeti sunabilme kabiliyetini gerektirir. Bu nedenle, sağlık sektöründe iş birliği, diğer meslek alanlarına göre daha büyük bir öneme sahiptir (Ylitörmänen ve ark., 2019).

Literatür incelendiğinde, daha önceki araştırmalarda hekim-hemşire iş birliğine yönelik birçok çalışma olduğu, ancak hemşire-hemşire iş birliğine yönelik araştırmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir (Filizli & Önler, 2020; Lafçı ve ark., 2016; Lemetti ve ark., 2015; Özkaraca, 2009; Zhang ve ark., 2016). İlk kez Dougherty ve Larson “HHİ” konusunu literatürde gündeme getirmiştir. HHİ’yi “problem çözme”, “iletişim”, “süreç paylaşımı”, “koordinasyon” ve “profesyonellik” olarak beş farklı alt boyutta incelemişlerdir (Dougherty & Larson, 2010).

2.1.2.1. Problem Çözme

“Problem”, bireyin belirli bir süre içinde bir hedefe ulaşmak veya bir görevi tamamlamak istediği, ancak nasıl ulaşacağını veya aradaki engelleri nasıl aşacağını bilemediği, yaşamın herhangi bir alanında karşısına çıkan karmaşık ve zorlu bir durumdur (Friedlaender & Friedlaender, 2013). Problem çözme süreci, bilinçli ve bilinçsiz, başarılı ve başarısız eylemleri içeren, bir soruna yönelik gerçekleştirilen bir süreçtir. Süreç, bir durumun sorun olarak algılanması ile başlar ve birçok seçenek arasından uygun olanın seçilip uygulanması ile bir amaca ulaşmayı içerir (Yıldırım & Özkahraman, 2011).

Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, çalışma ortamlarında çeşitli sorunlarla karşılaşır. Hasta bakımı, ekip çalışması ve yönetim gibi çeşitli ve karmaşık durumlarla karşı karşıya kalan çalışanlar, bu sorunları etkili bir şekilde çözme becerisine sahip olmalıdır (Şahin, 2004). Etkili bir ekip çalışması, etkin bir problem çözme becerisini gerektirir (Çelik Durmuş & Yıldırım, 2018; Ibraheem ve ark., 2020). Problem çözme becerisi, bir durumla başa çıkmak için etkili seçeneklerin oluşturulması, birinin seçilmesi ve uygulanmasını içeren bilişsel ve davranışsal bir süreçtir (Kelleci ve ark., 2011; Şahin, 2004). Bireyin kendisi olma ve çevresiyle başa çıkma sürecinde en önemli rollerinden biri de problem çözme becerisidir. İnsanlığın ilerlemesi ve refahı bu yeteneğin geliştirilmesine bağlıdır. Çünkü bireyler, yaşamları boyunca çevreleriyle ve karşılaştıkları sorunlarla kendi problem çözme becerileriyle başa çıkma zorunluluğuna sahiptirler (Aslan & Güzel, 2018; Rahman, 2019; Türe Yılmaz, 2018).

2.1.2.2. İletişim

“İletişim”, bir kişi veya grup tarafından başka bir kişi veya grubun davranışlarını etkilemek amacıyla bir uyarıcının iletilmesini sağlayan bir süreçtir (Akgün Şahin & Kardaş Özdemir, 2015). “Ortak” anlamına gelen Latince “communis” kelimesinden türetilmiştir (Mahvar ve ark., 2020). İletişim becerisi ise, bireyler arasında duygusal ve düşünsel alışveriş yaparken mesajların doğru bir şekilde anlaşılmasını içermektedir (Başar ve ark., 2015).

Hemşirelik, insanlarla sürekli etkileşim halinde olan bir meslektir. Hemşirelerin meslektaşları ile olduğu kadar her yaştan ve sosyoekonomik düzeyden insanlarla iletişim kurması gerekmektedir (Tiryaki Şen ve ark., 2013). Hemşirelik sürecinin etkinliği, hemşirenin başkalarıyla etkili iletişim kurma yeteneğine bağlıdır (Bramhall, 2014). Hemşire sözlü ve sözsüz iletişim yoluyla karşısındakinin acısını anlamaya çalışırken, diğer yandan bakım veren kişi olarak bakım verilen kişilerle uygun şekilde iletişim kurabilmelidir (Sheldon ve ark., 2006; Vardaman ve ark., 2012). Bu duruma dikkat çekmek için yapılan çalışmalarda hasta bakımında iletişimin önemi vurgulanmıştır (Emich, 2018; Hassona & El-Aziz, 2017; Lemetti ve ark., 2015; Petri, 2010). Etkili sağlık iletişimi; hasta memnuniyetinin artması, hastanede kalış süresinin kısalması ve olumsuz olayların azalması gibi hasta sonuçlarının kalitesi üzerinde olumlu bir etkisi vardır. Aksine, etkisiz sağlık iletişimi hasta güvenliğini tehlikeye atabilir ve sağlık bakım maliyetlerini artırabilir (Wang ve ark., 2018).

Hastaneye yatış, hastalar ve yakınları için önemli yaşam deneyimleridir. Bu süreçte kaliteli hasta bakımı verebilmek ve yakınlarına ihtiyaç duydukları desteği sağlayabilmek etkin iletişim yetenekleri ile mümkün olmaktadır (Akgün Şahin & Kardaş Özdemir, 2015; Thomas ve ark., 2007). Sağlık kuruluşları da bu gelişmeler doğrultusunda, hizmet kalitesini yükseltme amacıyla çeşitli uygulamalar gerçekleştirmektedir (Korkut, 2005; Ma ve ark., 2018).

2.1.2.3. Süreç Paylaşımı

Hemşireler, doğumdan ölüme kadar bireylerin sağlık ve hastalık durumlarını anlamak ve uygun müdahaleler planlamakla sorumludur (Morley & Cashell, 2017). “Hemşirelik süreci” mesleğe profesyonellik kazandırmak adına bilimsel çalışmaların ışığında ilerlemeyi, eleştirel düşünmeyi ve araştırma yapmayı gerektiren;

bireylerin/ailelerin/toplumun ihtiyaçlarına yönelik planlama, uygulama ve değerlendirme adımlarını içeren dinamik bir süreçtir (Taşçı, 2005; Vatan ve ark., 2012).

Mesleki otonomi, hemşirelerin sağlık hizmeti sunumunda karar verme yeteneği ve bağımsızlığıdır (Lafçı ve ark., 2016). Hemşireler, yüksek öğrenimle edindikleri becerileri sayesinde, sağlık profesyonelleriyle iş birliği yaparak değişen sağlık sistemi çerçevesinde süreçleri paylaşmaya çalışmaktadırlar (Mahvar ve ark., 2020). Otonomi eksikliği, hasta ihtiyaçlarına doğrudan cevap verememe ile sonuçlanmakta ve ekip yeleri arasında sorunları artırmaktadır (elik Durmuş & Yıldırım, 2018; elik Durmuş ve ark., 2018).

Hemşireler, sağlık ekibinde önemli bir rol oynamaktadır. Hasta bakımının birçok aşamasında yer alarak, hasta için en iyi sonucu elde etmek için iş birliği yapmaları gerekmektedir (Sheldon ve ark., 2006). Sağlık hizmetinde etkili iş birliği, hemşireler arasında sorumlulukların paylaşılmasına yardımcı olmaktadır (Shohani ve ark., 2017). Hemşireler sorumluluğu ne kadar çok paylaşırsa, hasta bakımının kalitesini yansıtacak olan ekip çalışması ve iş birliği üzerindeki olumlu etki o kadar büyük olacaktır (Hossny & Sabra, 2021).

2.1.2.4. Koordinasyon

Koordinasyon, bir organizasyonun veya yönetimin hedeflerine ulaşmak için ilgili tüm birimlerin ve kişilerin işbirliği içinde uyumlu bir şekilde hareket etmesini sağlama sürecidir (Koçak, 2009; ğt ve ark., 2011). Koordinasyon eskiden beri yönetimin temel unsurlarından biri olarak kabul edilmektedir (ztrk ve ark, 2012).

Hastaneler büyüdükçe ve organizasyon yapıları karmařıklařtıķa departmanlar ve çalışanlar arasındaki iletişim ve koordinasyonun önemi artmaktadır (Kaya ve ark., 2006). Hastane yöneticileri, çalışanlar, mevcut kaynaklar ve yapılan işler arasındaki uyuma i koordinasyon; hastane ile hastane çevresi arasındaki uyuma ise dış koordinasyon denmektedir. Yöneticiler ve alt hiyerarşik yapılar arasındaki uyum dikey koordinasyonu, eşit hak ve sorumluluklara sahip departmanlar arasındaki uyum ise yatay koordinasyonu göstermektedir (elik Durmuş & Yıldırım, 2018; Koçak, 2009). Koordinasyon, hemşireler arasında uyumlu çalışmayı sağlayarak hastaların gereksinimlerine daha iyi yanıt verme ve sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırma

açısından önemlidir. Koordinasyonun eksikliği, hasta bakımı sonuçlarını ve hasta güvenliğini olumsuz etkileyebilir (Çetinkaya Ulusoy & Ecevit Alpar, 2013). Etkili bir iletişim ve koordinasyon, hemşirelerin iş birliği yaparak hastaların bakımının kalitesini ve güvenliğini arttırmasına yardımcı olur (Lemetti ve ark., 2020).

2.1.2.5. Profesyonellik

“Profesyonellik” denildiğinde akıllara, ilgili alanda eğitim almış ve yeterliliklerini kanıtlamış meslek kuruluşlarının desteklediği uzmanlar tarafından sunulan hizmet gelmektedir (Kitson & Soerensen, 2017). Profesyonel kişi, mesleğinin bir alanını seçen, onu araştıran ve bu alandaki bilgi ve tecrübesiyle geçimini sağlayan kişidir (Ertürk, 2013; Koçak 2009).

Hemşirelikte profesyonellik, kaliteli hasta bakımının verilmesi ve hastaların güvenliğinin sağlanması ile hemşirelerin davranışlarına yön vererek, mesleki bakış açılarını geliştirmektedir. Son zamanlarda yaşanan teknik ve politik ilerlemeler sağlık sistemini etkilemektedir. Her şeyden önce koruyucu hizmetlerin tedavi edici hizmetlerin önüne geçmesi, bireylere ve ailelere hasta olmadan önce ulaşabilmeyi gerektirmektedir. Bunun sonucu olarak hemşirelerin bakım verici rolüne ek olarak “eğitici”, “danışman”, “karar verici”, “yönetici” ve “koordinatör” rolleri de ön plana çıkmaktadır (Adıgüzel ve ark., 2011; Dinç ve ark., 2007; Karadaş ve ark., 2018). Hemşirelik mesleğinde meydana gelen tüm bu değişikliklere, yalnızca profesyonel ve nitelikli hemşirelik eğitimi ile uyum sağlanabilmektedir. Profesyonel ve nitelikli hemşirelik eğitimi; mesleki ve kültürel bilgi, klinik ve teorik beceri ve bireyin değer yapısına odaklanmaktadır. Kaliteli hemşirelik bakımını sağlamak ve bakım kalitesini güvence altına almak için teknolojik yeniliklerin ön planda olduğu yeni uygulamalar geliştirilmelidir (Hesselink ve ark., 2012; Lemetti ve ark., 2015).

Profesyonel ve ekiple iş birliği içinde olan hemşirelerin hem hasta ile ilgili sorunlara çözüm bulmada hem de hastanın tedavi sürecinde başarı elde etmede anahtar rol oynadığı bilinmektedir. Bu nedenle günümüzde hemşireliği profesyonel olarak uygulamak önemlidir (Dinç ve ark., 2007; Kitson & Soerensen, 2017).

2.2. Hemşire Konforu

2.2.1. Konfor Kavramı ve Önemi

Konfor sözcüğü, İtalyanca “confortare” kelimesinden türemiş olup “daha fazla kuvvetlendirmek, güçlendirmek” anlamına gelmektedir (Terzi & Kaya, 2017). Rahatlık, rahatlatma, sıkıntıdan uzaklaşma, rahat olma durumunu ifade etmektedir (Yücel, 2011). İngilizcede konfor (comfort) kelimesi rahatlık, rahatlama, teselli etme, teşvik etme, canlandırıcı ve ferahlatıcı, huzur ve memnuniyet gibi anlamlara sahiptir (Apóstolo & Kolcaba, 2009).

Konfor, rahatlık (olumlu), rahatsızlık (olumsuz) ve nötr yüklü olarak ifade edilen bir kavramdır. Bu kavram, fiiller, isimler, sıfatlar ve farklı anlamlarla kullanılabilen karmaşık ve bütünsel bir yapıya sahiptir. Rahatlık, rahatsızlık olmamasından çok daha fazlasıdır. Rahatlık aynı zamanda yokluk koşullarının üstesinden gelmeyi ve üzüntü, acı ve ıstırap gibi durumlarla başa çıkmayı da içerir. Bir süreci ve bu sürecin ürününü ifade etmektedir (Kolcaba, 1992; Kolcaba & DiMarco, 2005). Konfor kavramını analiz eden Katharine Kolcaba'ya göre "konfor" kelimesinin “rahatsızlığın ve/veya rahatlamanın hafifletilmesi/kaldırılması, gönül ferahlığı, rahatlama hissi, huzur durumu, rahatsızlıktan uzak olma durumu, hayatın kolaylaşması, neşe getiren şeylerin olması” gibi anlamları bulunmaktadır (Erdemir & Çırlak, 2013; Kolcaba, 1994).

Birçok olumsuz durum rahatsızlık olarak tanımlanır. Çoğunlukla rahatsızlığın sebebi ile sonucu bir arada bulunur. Rahatlığın tersi olan rahatsızlık nedenlerini ortadan kaldırarak, etkisiz hale getirerek veya azaltarak konfor sağlanmış olur (Büyükcünal Şahin & Rızalar, 2018).

2.2.2. Hemşirelik Tarihinde Konfor Kavramı ve Önemi

20. yüzyılda hemşirelikte konfor kavramı dört kronolojik kategoride tanımlanmış ve açıklanmıştır. Kronolojik sıralama aşağıda sunulmuştur.

- 1929'a kadar konfor, hemşireliğin etik boyutu ve birincil odak noktası olarak kabul edilmiştir.
- 1930-1959 yılları arasında, başarılı hemşirelik için konfor, önemli bir strateji olarak kabul edilmiştir.

- 1960 ve 1989 yılları arasında konfor, hedeflerin küçük bir parçasını oluşturmuştur. Bu dönemde bakımın fiziksel yönü öne çıkmaya başlamış ve zihinsel rahatlığın önemi artmıştır.
- 1990-2006 yıllarında konfor kavramı teorik bir boyuta ulaşmıştır. Bu yıllarda doğum sürecinde ve yaşam sonunda bakım gibi alanlarda ağrı yönetimine odaklanılmıştır. Rahatsızlık ve rahatlık durumlarının hemşirelik tanıları listesine “(Uluslararası Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği [NANDA-I])” dahil edilmesi önerilmiştir (Kolcaba ve ark., 2006; Terzi & Kaya, 2017).

Hemşirelik kitaplarında görüldüğü gibi, rahatlık genellikle rahatsızlığın karşıtı, fiziksel ve zihinsel bir sağlık durumu olarak tanımlanır. Çeşitli hemşirelik ders kitaplarında konfor, bakım kalitesinin bir unsuru olarak görülmektedir (Çınar Yücel ve ark., 2019; Kolcaba ve ark., 2006).

Kolcaba'ya göre, Harmer 1926'da hemşirelerin rahat bir çevre oluşturmasının önemini vurgulamıştır. Harmer, iyi klinik uygulamaların en önemli noktasının ağrının dindirilmesi ve ağrının verdiği rahatsızlıkların giderilmesi olduğunu gözlemlemiştir. Goodnow ise 1935 tarihli "The Technique of Nursing" adlı kitabında hasta konforunun sağlanmasının ve sürdürülmesinin önemini vurgulamıştır. Goodnow, hemşirelerin fiziksel ve zihinsel hasta konforunu sorgulaması gerektiğine inanmaktadır ve hemşirelerin rolünün yalnızca fiziksel bakım sağlamakla sınırlı olmadığını düşünmektedir (Kolcaba, 1992, 1994; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Konfor, birçok hemşirelik teorisinde önemli bir kavramdır. Abdellah'ın “21 Tipik Hemşirelik Problemi” teorisinde “Rahatlık, Hijyen ve Güvenlik” ilk konu olarak ele alınırken, Roy'un uyum modeline göre hemşireler hastaların fizyolojik ihtiyaçlarına uyum sağlamalarına yardımcı olmaktadır. Orlando'nun teorisinde ise hemşireler hastanın acil ihtiyaçlarını karşılamaya odaklanmalıdır ve müdahalenin her aşamasında hastanın fiziksel ve zihinsel rahatlığını değerlendirmelidir (Erdemir & Çırlak, 2013; Goodwin ve ark., 2007; Kolcaba & Kolcaba, 1991; Terzi & Kaya, 2017).

Geleneksel olarak hemşirelik bilimi ve sanatı ile ilişkili olan hasta konforu ve rahatlığı; bütünsel, spesifik ve karmaşık bir kavramdır. Hemşireler, konfor için gerekli önlemleri alarak, teşvik sağlayarak ve baş etme yöntemlerini destekleyerek bakım ve yardım

sağlamaktadır. Hemşireliğin işlevlerinden biri olan rahatlamaya dayalı konfor ilk olarak Katherine Kolcaba tarafından teorize edilmiştir (Kolcaba, 1994; Zengin, 2010).

2.2.3. Konfor Kuramı

Katherine Kolcaba, 1965 yılında hemşirelik yüksek okulundan mezun oldu ve uzun yıllar boyunca konfor kavramı ve hasta konforu üzerine çalışmalar yaptı. Yapmış olduğu çalışmalarla orta düzey bir hemşirelik kuramı olarak bilinen konfor kuramını geliştirdi (Erdemir & Çırlak, 2013). Konfor kuramının temel varsayımları arasında, bireylerin karmaşık uyaranlara bütünsel olarak yanıt verebilecekleri, konforun özel bakım için ideal bir sonuç olduğu, bireylerin temel konfor ihtiyaçlarının kendileri ya da başkaları tarafından karşılanması gerektiği ve geleneksel bütünlüğe dayalı, hasta merkezli değer sistemlerinin kuralcı ve tanımlayıcı bir yapısının olduğu yer almaktadır. Konfor kuramı ilk olarak 1990'da Katherine Kolcaba tarafından ortaya atılmıştır (Kolcaba, 1994).

Kolcaba, felsefi temelleri belirledikten sonra hem hasta bakımı hem de çalışma ortamlarının geliştirilmesinde konfor kuramının kullanılabilmesine inanarak, konfor kavramının kavramsal çalışmalarına devam etmiştir. Çalışmalarında konfor girişimleriyle hem hasta hem de hemşire memnuniyetinin arttığını belirtmiştir. Kolcaba'ya göre, rahatsız olan bireyler bir eksiklik hissedeceklerdir ve bu eksiklik ancak ihtiyaçları karşılandığında ortadan kalkacaktır. Bu nedenle, 1988'de "ferahlama, rahatlatma ve üstünlük" olmak üzere üç düzeyden ve "fiziksel, psikospiritüel, çevresel ve sosyokültürel" olmak üzere dört boyuttan oluşan taksonomik bir yapı oluşturmuştur (Kolcaba, 2001; Kolcaba & Wilson, 2002; Seyedfatemi ve ark., 2014).

Kolcaba, kavramsal çalışmaların ardından oluşturduğu sınıflandırma yapısını test etmek ve hastaların beklenen konfor sonuçlarını ölçmek için 48 maddelik "Genel Konfor Ölçeği'ni (General Comfort Questionary-GCQ)" geliştirmeye başladı ve sonuçlarını 1992'de paylaştı (Kuğuoğlu & Karabacak, 2014). Çalışmaları sonucunda konfor kuramını geliştirerek, 2003 yılında "Konfor Kuramı ve Uygulama: Bütüncül Sağlık Bakımı ve Araştırma için Bir Görüş" adlı kitabını yayınladı. Bu kitapla, konfor teorisinin teorik ve kavramsal temeli tamamlanmış oldu (Kolcaba ve ark., 2006).

2.2.4. Konfor Kuramı Düzeyleri ve Boyutları

Kolcaba, kendi dönemine kadar olan hemşirelik literatürünü ayrıntılı şekilde inceleyerek ve teorisini felsefi temel çevresinde şekillendirerek konfor kuramının üç düzey ve dört boyutunu oluşturmuştur. Düzey sınıfları, hastaların konfor için ihtiyaç duyduklarının karşılanma durumuna göre oluşturulmuştur. Konfor kuramına göre “ferahlama, rahatlama ve üstünlük” olmak üzere üç düzey bulunmaktadır (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Ferahlama; bireyin ihtiyaç duyduklarının karşılanmaya başlamasıyla birlikte sıkıntı hissinden uzaklaşma durumudur. Tekrar sağlıklı olma, eski fonksiyonları geri kazanma ya da huzurlu bir ölüm için gereklidir (Kolcaba ve ark., 2006; Krinsky ve ark., 2014).

Rahatlama; bireyin sıkıntılardan uzaklaştıktan sonra rahat, sakin ve huzur içinde olma durumudur. Bu aşamada birey sıkıntılardan kurtulmuş olmanın ötesinde rahatlamıştır ve bu durumdan memnun olmuştur. Fiziksel, duygusal, sosyal ve çevresel deneyimlerden etkilenmektedir (Tutton & Seers, 2003; Zengin, 2010).

Üstünlük; bireyin sorunlarının üstünden gelmesi ve bunun sonucunda kendini daha güçlü hissetmesi durumudur. İhtiyaçları karşılanan ve konfora erişen birey üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme seviyesine ulaşabilmiştir (Goodwin ve ark., 2007; Zengin, 2010).

Konfor kuramının boyutları ise konfor gereksinimlerinin ortaya çıktığı ortamlardan oluşmuş ve bütüncül bakış açısına göre değerlendirilmiştir. Konfor kuramına göre “fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel” olmak üzere dört boyut bulunmaktadır (Kolcaba & DiMarco, 2005).

Fiziksel konfor; insan bedeninin algılarıyla ilişkilidir. Vücudun duyularının ve fizyolojik sistemlerinin işleyişi ile ilgili rahatlık durumlarını içermektedir. Sıvı-elektrolit dengesi, kan değerleri, oksijen doygunluğu, beslenme, uyku ve diğer metabolik fonksiyonlar gibi homeostatik mekanizmalar bireyin fiziksel konfor durumunu etkilemektedir. Kolcaba’ya göre bu fizyolojik ölçülerin herhangi birinde meydana gelen bir anormallik bireyin konforunu bozmaktadır (Goodwin & Candela, 2013; Kolcaba & Steiner, 2000).

Psikospiritüel konfor; psikolojik, duygusal ve ruhsal bileşenlerle ilişkilidir. Kişinin yaşamına anlam katan unsurlar arasında benlik saygısı, benlik kavramı, benlik bilinci ve cinsellik gibi duygular yer almaktadır. Örneğin, cerrahi müdahale geçiren hastaların psikolojik ve ruhsal iyilik hallerini azaltmada kaygı en önemli faktör olmasına rağmen, hastalara konu hakkında bilgi verilmemesi veya yetersiz bilgi verilmesi, belirsizlik, kişiye kanser teşhisi konması, korku, hastanın genel durumundaki ani değişiklikler psikolojik iyi oluşu azaltan diğer faktörlerdir (Acar & Aygın, 2016; Kolcaba, 2001).

Çevresel konfor; bir kişinin çevresiyle etkileşim halindeyken hissettiği rahatlık ve memnuniyetle ilgilidir. Fiziksel çevrenin (sıcaklık, ışık, gürültü, vb.) uygunluğu, mekanın düzeni, estetik öğeler, temizlik düzeyi, mobilyaların konforu, güvenlik hissi, gizlilik, kişisel alan gibi faktörlerle ilişkilidir. Kolcaba'ya göre, hasta konforunu sağlamak için çevresel konfor unsurlarını kontrol etmek ve onları rahatlatıcı bir şekilde dönüştürmek önemlidir (Apóstolo & Kolcaba, 2009; Kolcaba & Steiner, 2000).

Sosyokültürel konfor; bir kişinin sosyal ve kültürel çevreyle olan etkileşimleri ve ilişkileriyle ilgilidir. Toplumda kabul gören normlara uygunluk hissi, ilişkilerdeki destek ve bağlantı, sosyal rollerin yerine getirilmesi gibi faktörleri içerir. Sosyokültürel konforun azalmasına neden olan faktörler arasında aileden ayrılma, kültürel geleneklerin ihmalı, bakımın sürekliliğinin aksaması, bakım kalitesinin düşük olması sayılabilir. Hemşireler, sağlık ekibinin diğer üyeleri ve hasta yakınları bu konularda duyarlı davranarak sosyal rahatlığı artırabilir (Taşkın Duman ve ark., 2020; Tutton & Seers, 2003).

2.2.5. Hemşire Konforu

Tarihsel olarak, hemşireliğin birincil odak noktası, hastaya bakım veya rahatlık sağlayarak hastaların ihtiyaçlarını karşılamak olmuştur. Rahatlık, bakımla eş tutulmuş bir terimdir. Konfor, hasta bakımının önemli bir yönüdür (Heard ve ark., 2014). Hemşirelik literatüründe Nightingale'in "Hemşirelik Üzerine Notlar" (1860) kitabında, yani erken bir tarihte rahatlıktan söz edilmiştir. Nightingale'in kitabındaki özel talimatlar, hastanın fiziksel ve zihinsel konforunu iyileştirerek veya artırarak hastanın optimal sağlığa ulaşmasına yardımcı olmak için hemşirelere yol göstermiştir. Ancak hemşire konforunu sağlamanın veya artırmanın yollarından hiç söz edilmemiştir (Goodwin ve ark, 2007; Erdemir & Çırlak, 2013). Hemşirelerin ihtiyaçlarına ve

rahatlığına uzun yıllar boyunca gereken önem verilmemiştir. Ancak hemşireler, hastalarına sağladıkları konfor ve bakımın aynısını hak etmektedir (Çınar Yücel ve ark., 2019).

Kolcaba, hemşirelik bakımına konforu dahil ettikten sonra hemşirelerin de rahatlık düzeyinin değerlendirilmesinin gerekliliği fark edilmiştir. Hemşirelerin stres, kaygı, memnuniyet ve çalışma ortamı açısından değerlendirilmesine yönelik adımlar böylece atılmıştır (Çınar Yücel ve ark., 2019; Ferrandiz & Martín-Baena, 2015). Bazı ülkelerde yapılan araştırmalar hemşirelerin konfor düzeyleri ile verdikleri bakımın kalitesi arasındaki ilişkiyi ortaya koyarken, Türkçe literatürde bu konuda boşluk bulunmaktadır (Goodwin & Candela, 2013; Krinsky ve ark., 2014).

2.3. Hemşire-Hemşire İş Birliği ve Hemşire Konforu Arasındaki İlişki

Kendini işine adanmış hemşirelerin başarısı, kısmen onların refahını besleyen ve teşvik eden bir ortama bağlıdır. Destekleyici olmayan bir ortam, genellikle işlerine bağlılık eksikliği ve kuruluşun hedefleri ve misyonu ile bağlantısızlık duygusu olan çalışanlarla sonuçlanır. Ortaya çıkan ayrışma, bazı çalışanlarda düşük moral, artan stres ve tükenmişlik sonunda örgütsel etkinliğe zarar vererek örgütün istikrarsız olmasına yol açabilir (Boamah ve ark., 2017). Çalışma ortamındaki rahatlık düzeyi istenilen düzeyde olduğunda hemşirelerin motivasyonu ve iş doyumunu olumlu yönde etkilenecektir. Buna bağlı olarak da kişilerarası iletişimde, iş birliğinde, hasta bakım kalitesinde ve mesleki doyumda aşama kaydedilebilecektir (Ferrandiz & Martín-Baena, 2015; Kocaman ve ark., 2018).

Literatür incelendiğinde daha önceki çalışmalarda hekim-hemşire iş birliği ile ilgili çok sayıda çalışmanın bulunduğu ancak hemşire-hemşire iş birliği ile ilgili çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmalar birime özgü değildir ve çoğunluğu yurt dışı temellidir. Hemşire konforunun incelenmesiyle ilgili ise literatürde çalışmaya rastlanamamıştır. Hemşire-hemşire iş birliği ile hemşire konforu arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya da rastlanmamıştır. Hemşirelik mesleğinde yapıcı bir şekilde kullanmak amacıyla, literatürdeki eksiklikleri gidermek ve bu iki kavram arasındaki ilişkiyi araştırmak oldukça önemlidir.

Gereç ve Yöntem

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, cerrahi hemşirelerinde iş birliği ve konfor arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yürütülen kesitsel ve tanımlayıcı tipte araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Eylül 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında online form ile internet üzerinden yapıldı.

3.3. Araştırmanın Örneklemi ve Evreni

Araştırmanın evrenini Eylül 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında sosyal paylaşım gruplarında yer alan cerrahi birimlerde çalışan hemşireler oluşturdu. Zengin tarafından benzer bir çalışmada kullanılan verilere dayanarak, G-Power 3.1 istatistiksel programı kullanılarak priori (önsel) güç analizi gerçekleştirildi (Zengin, 2021). Tip I hata oranı 0.05, testin gücü ise 0.95 olarak belirlendiğinde, çalışmada gereken minimum örneklem sayısı 156 olarak tespit edildi. Kayıp veriler için minimum örnekleme %10 eklediğimizde, ulaşılması gereken örneklem sayısı 172 olarak belirlendi. Araştırmanın örneklemini ise Eylül 2021-Aralık 2021 tarihleri arasında online form ile ulaşılabilen ve çalışma için gönüllü olan cerrahi birimlerde çalışan hemşireler oluşturdu (n=175).

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

“Hemşire-hemşire iş birliği düzeyi” ve “hemşire konforu düzeyi” bağımlı değişkenlerdir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

“Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışılan il, çalışılan kurum, çalışılan cerrahi bölüm, çalışılan birim, çalışma şekli, çalışma süresi, cerrahi birimde çalışma süresi ve çalışılan birimdeki görev” bağımsız değişkenlerdir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veriler; araştırmacıların hazırladığı “Kişisel Bilgi Formu” (EK-1), “Hemşire Konforu Anketi” (EK-2) ve “Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği” (EK-3) ile toplanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu: Hemşirelerin sosyo-demografik ve çalışma ortamına ilişkin durumlarını belirleyen bilgi formu; “yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışılan il, çalışılan kurum, çalışılan cerrahi bölüm, çalışılan birim, çalışma şekli, çalışma süresi, cerrahi birimde çalışma süresi ve çalışılan birimdeki görev” olmak üzere toplam 12 soru içermektedir.

3.5.2. Hemşire Konforu Anketi: Kolcaba tarafından geliştirilen Genel Konfor Ölçeği'nin İspanyolca versiyonu olan Hemşire Konforu Anketi'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını, Ferrandiz ve Martin-Baena 2015 yılında yapmıştır. Anketin Türkçeye uyarlanması 2019 yılında Yücel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Toplam 39 sorudan ve “sosyokültürel, psikospiritüel, fiziksel” boyutlarından (3 alt boyut) oluşmaktadır. Dörtlü likert tiptedir. Ölçeğin her bir maddesinin değerlendirilmesi için "kesinlikle katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "katılıyorum" (3) ve "kesinlikle katılıyorum" (4) seçenekleri bulunmaktadır. Ölçek puanı arttıkça konfor artarken, puan azaldıkça konfor azalmaktadır (Çınar Yücel ve ark., 2019). Orijinal ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,90 iken, Türkçeye uyarlanmış olan ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,915'tir (Ferrandiz & Martin-Baena, 2015; Yücel ve ark., 2015). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı ise 0,931'dir.

3.5.3. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği: 2009 yılında Mary B. Dougherty tarafından geliştirilmiştir. 2016 yılında Çelik Durmuş ve Yıldırım ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapmıştır. Toplam 26 sorudan ve “problem çözme, iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon, profesyonellik” boyutlarından (5 alt boyut) oluşmaktadır. Dörtlü likert tiptedir. Ölçekte her bir maddenin değerlendirilmesi için "tamamen katılmıyorum" (1), "katılmıyorum" (2), "katılıyorum" (3) ve "tamamen katılıyorum" (4) seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puanın yükselmesi hemşireler arasındaki iş birliğinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin kesme noktası 2,5'tir (Çelik Durmuş & Yıldırım, 2016). Orijinal ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,89 iken, Türkçeye uyarlanmış olan ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,93'tür

(Dougherty & Larson, 2010; Çelik Durmuş & Yıldırım, 2016). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı ise 0,939'dur.

3.6. Verilerin Toplanması

Google Formlar üzerinden online olarak hazırlanan soru formu cerrahi hemşirelerine sosyal medya uygulamaları üzerinden gönderildi. Soru formunun başında çalışmanın amaç ve hedeflerini belirten, araştırmaya dahil olmak için izinlerinin alındığı onam yazısına yer verildi. Onam yazısının devamında araştırmaya katılmayı kabul edenler linke tıklayarak sorulara ulaştı. Soru formuna başlamış ve tamamını doldurmuş olmaları, bilgilendirilmiş onamları alınmış olarak kabul edildi. Katılımcılardan ad-soyad ve kurum gibi kişisel bilgiler alınmadı.

Link:

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfgiPZbuceEUcaFTIPqi8JMiGEUdMQSVoxAe7ZYFEEvm1bieg/viewform?usp=sf link](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfgiPZbuceEUcaFTIPqi8JMiGEUdMQSVoxAe7ZYFEEvm1bieg/viewform?usp=sf_link)

3.7. Verilerin Analizi

Araştırmada veriler “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 28.0)” programı ile bilgisayar ortamında analiz edildi. Elde edilen veriler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri ile gösterildi. Verilerin değerlendirilmesinde ANOVA testi, T testi, Kruskal-Wallis analizi, Mann-Whitney U testi, Post-Hoc analizi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

3.8. Süre ve Olanaklar

Literatür taraması: Nisan 2021-Mayıs 2023

Ölçek kullanım izinlerinin alınması: Nisan 2021

Tez konusunun kabulü: 4 Ağustos 2021

Etik kurul başvurusu: Ağustos-Eylül 2021

Veri toplama: Eylül-Aralık 2021

Verilerin kodlanması ve analizi: Ocak-Mart 2022

Tezin yazımı ve teslimi: Nisan 2022-Temmuz 2023

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

- “Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği”nin kullanım izni Sayın Durmuş SÇ.’den e-posta yolu ile alındı (EK-4).
- “Hemşire Konforu Anketi”nin kullanım izni Sayın Ergin E.’den e-posta yolu ile alındı (EK-4).
- Araştırma için “Ege Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu”ndan gerekli izin alındı (Tarih:07/10/2021, Sayı:21-10T/23) (EK-5).
- Araştırmaya katılan kişilerden Google Formlar üzerinden hazırlanan soru formunun giriş kısmındaki “Bilgilendirilmiş Olur Formu” ile onamları alındı (EK-6).



Bulgular

Tablo 1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	137	78,3
Erkek	38	21,7
Yaş Grubu		
18-25 yaş	24	13,7
26-33 yaş	83	47,5
34-41 yaş	34	19,4
42-49 yaş	28	16,0
50 yaş ve üzeri	6	3,4
Medeni Durum		
Bekar	85	48,6
Evli	90	51,4
Eğitim Durumu		
Lise	21	12,0
Ön lisans	22	12,6
Lisans	108	61,7
Lisans üstü	24	13,7
TOPLAM	175	100,00

Araştırmaya katılan 175 hemşirenin %78,3'ü (n=137) kadın, %21,7'si (n=38) erkektir. Hemşirelerin %13,7'sinin (n=24) 18-25 yaş grubu, %47,5'inin (n=83) 26-33 yaş grubu, %19,4'ünün (n=34) 34-41 yaş grubu, %16'sının (n=28) 42-49 yaş grubu, %3,4'ünün (n=6) 50 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Yaş ortalaması $33,19 \pm 7,96$ 'dır (min=22, maks=56). Katılımcıların %48,6'sı (n=85) bekar iken, %51,4'ü (n=90) evlidir. Eğitim durumlarına bakıldığında %12'sinin (n=21) lise, %12,6'sının (n=22) ön lisans, %61,7'sinin (n=108) lisans, %13,7'sinin (n=24) lisans üstü mezunu olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %2,9'u (n=5) Adana'da, %0,6'sı (n=1) Afyonkarahisar'da, %4'ü (n=7) Ankara'da, %0,6'sı (n=1) Antalya'da, %1,1'i (n=2) Aydın'da, %2,9'u (n=5) Balıkesir'de, %0,6'sı (n=1) Burdur'da, %4'ü (n=7) Bursa'da, %2,3'ü (n=4) Çanakkale'de, %4,6'sı (n=8) Çankırı'da, %1,7'si (n=3) Denizli'de, %0,6'sı (n=1) Diyarbakır'da, %1,7'si (n=3) Edirne'de, %1,1'i (n=2) Eskişehir'de, %0,6'sı (n=1) Isparta'da, %12'si (n=21) İstanbul'da, %12'si (n=21) İzmir'de, %0,6'sı (n=1) Kırklareli'nde, %1,1'i (n=2) Kocaeli'nde, %1,7'si (n=3) Konya'da, %2,3'ü (n=4) Kütahya'da, %0,6'sı (n=1) Malatya'da, %5,7'si (n=10) Manisa'da, %1,7'si (n=3) Mersin'de, %1,7'si (n=3) Muğla'da, %0,6'sı (n=1) Niğde'de, %1,7'si (n=3) Sakarya'da, %1,1'i (n=2) Samsun'da, %0,6'sı (n=1) Şırnak'ta, %25,7'si (n=45) Tekirdağ'da, %1,7'si (n=3) Trabzon'da çalışmaktadır.

Tablo 2. Hemşirelerin Mesleki Özellikleri

Mesleki Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çalışılan Kurum		
Şehir Hastanesi	19	10,8
Üniversite Hastanesi	31	17,7
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	14,3
Devlet Hastanesi	85	48,6
Özel Hastane	15	8,6

Çalışılan Birim		
Poliklinik	52	29,7
Klinik	50	28,6
Yoğun Bakım Ünitesi	39	22,3
Ameliyathane	34	19,4
Çalışma Şekli		
Gündüz	54	30,9
Gece	3	1,7
Gündüz ve gece	118	67,4
Hemşirelik Süresi		
5 yıl ve altı	64	36,6
6-10 yıl	43	24,6
11-15 yıl	18	10,3
16-20 yıl	20	11,4
21 yıl ve üzeri	30	17,1
Cerrahi Hemşireliği Süresi		
5 yıl ve altı	90	51,5
6-10 yıl	44	25,1
11-15 yıl	25	14,3
16-20 yıl	9	5,1
21 yıl ve üzeri	7	4,0

Çalışılan Birimdeki Görev		
Klinik Hemşiresi	126	72,0
Sorumlu Hemşire	19	10,9
Yönetici Hemşire	3	1,7
Ameliyathane Hemşiresi	27	15,4
TOPLAM	175	100,00

Araştırmaya katılan hemşirelerin %10,8'i (n=19) şehir hastanesinde, %17,7'si (n=31) üniversite hastanesinde, %14,3'ü (n=25) eğitim ve araştırma hastanesinde, %48,6'sı (n=85) devlet hastanesinde, %8,6'sı (n=15) özel hastanede çalışmaktadır. Hemşirelerin %13,1'i (n=23) genel cerrahide, %6,3'ü (n=11) beyin ve sinir cerrahisinde, %6,9'u (n=12) kalp ve damar cerrahisinde, %6,3'ü (n=11) kadın hastalıkları ve doğumda, %2,9'u (n=5) kulak, burun ve boğaz hastalıkları cerrahisinde, %2,9'u (n=5) göz hastalıkları cerrahisinde, %4'ü (n=7) göğüs hastalıkları cerrahisinde, %4,6'sı (n=8) ortopedi ve travmatoloji cerrahisinde, %4'ü (n=7) plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahisinde, %2,3'ü (n=4) organ nakli uygulama ve araştırma merkezinde, %1,7'si (n=3) ürolojik cerrahide, %22,9'u (n=40) acil serviste, %6,9'u (n=12) çocuk cerrahisinde, %15,4'ü (n=27) karma serviste çalışmaktadır. Çalışılan birimlere bakıldığında %29,7'sinin (n=52) poliklinikte, %28,6'sının (n=50) klinikte, %22,3'ünün (n=39) yoğun bakım ünitesinde, %19,4'ünün (n=34) ameliyathanede çalıştığı görülmektedir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %72'si (n=126) klinik hemşiresi, %10,9'u (n=19) sorumlu hemşire, %1,7'si (n=3) yönetici hemşire, %15,7'si (n=27) ameliyathane hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Hemşirelerin %30,9'u gündüz, %1,7'si (n=3) gece, %67,4'ü (n=118) gündüz ve gece olacak şekilde çalışmaktadır (Tablo 2).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %36,6'sı (n=64) 5 yıl ve altı, %24,6'sı (n=43) 6-10 yıl, %10,3'ü (n=18) 11-15 yıl, %11,4'ü (n=20) 16-20 yıl, %17,1'i (n=30) 21 yıl ve üzeri süredir hemşirelik mesleğini yapmaktadır. Ortalaması $10,65 \pm 8,51$ yıldır (min=1, maks=34). Katılımcıların %51,5'i (n=90) 5 yıl ve altı, %25,1'i (n=44) 6-10 yıl, %14,3'ü (n=25) 11-15 yıl, %5,1'i (n=9) 16-20 yıl, %4'ü 21 yıl ve üzeri süredir

cerrahi birimde görev yapmaktadır. Ortalaması $7,15 \pm 6,43$ yıldır (min=1, maks=34) (Tablo 2).

Tablo 3. Hemşirelerin HHİÖ ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımları (n=175)

	Puan Ortalaması	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Problem Çözme	2,73	0,68	1,00	4,00
İletişim	2,63	0,50	1,00	3,80
Süreç	2,96	0,53	1,20	4,00
Koordinasyon	2,93	0,60	1,00	4,00
Profesyonellik	2,97	0,51	1,50	4,00
HHİÖ Genel Puan	2,87	0,47	1,31	3,92

Araştırmaya katılan hemşirelerin HHİÖ'ye ilişkin değerlendirme sonuçları incelendiğinde (Tablo 3), HHİÖ genel puan ortalamasının $2,87 \pm 0,47$ (min=1,31, maks=3,92) olduğu belirlendi. Problem çözme alt boyutunda $2,73 \pm 0,68$ (min=1,00, maks=4,00), iletişim alt boyutunda $2,63 \pm 0,50$ (min=1,00, maks=3,80), süreç alt boyutunda $2,96 \pm 0,53$ (min=1,20, maks=4,00), koordinasyon alt boyutunda $2,93 \pm 0,60$ (min=1,50, maks=4,00), profesyonellik alt boyutunda $2,97 \pm 0,51$ (min=1,50, maks=4,00) puan ortalamaları saptandı.

Tablo 4. Hemşirelerin HKA ve Alt Boyutlarının Puan Dağılımları (n=175)

	Puan Ortalaması	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
Sosyokültürel	35,20	7,59	16,00	56,00
Psikospiritüel	38,68	7,28	19,00	56,00
Fiziksel	31,17	4,99	14,00	44,00
HKA Genel Puan	105,06	17,25	54,00	148,00

Araştırmaya katılan hemşirelerin HKA'ya ilişkin değerlendirme sonuçları incelendiğinde (Tablo 4), HKA genel puan ortalamasının $105,06 \pm 17,25$ (min=54, maks=148) olduğu belirlendi. Sosyokültürel alt boyutunda $35,20 \pm 7,59$ (min=16,

maks=56), psikospiritüel alt boyutunda $38,68 \pm 7,28$ (min=19, maks=56), fiziksel alt boyutunda $31,17 \pm 4,99$ (min=14, maks=44) puan ortalamaları saptandı.

Tablo 5. Hemşirelerin HHIÖ Toplam Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	2,91	0,45	t=2,454
Erkek	38	2,70	0,48	*p=0,015
Yaş Grubu				
18-25 yaş ¹	24	2,83	0,55	KW=12,214 *p=0,016 (1-5) (2-5) (3-5) (4-5) (2-3)
26-33 yaş ²	83	2,81	0,48	
34-41 yaş ³	34	2,94	0,36	
42-49 yaş ⁴	28	2,88	0,42	
50 yaş ve üzeri ⁵	6	3,37	0,40	
Medeni Durum				
Bekar	85	2,85	0,47	t= -0,445
Eveli	90	2,88	0,47	p=0,657

Eğitim Durumu				
Lise	21	2,96	0,44	
Ön lisans	22	2,81	0,48	KW=3,963
Lisans	108	2,84	0,48	p=0,266
Lisans üstü	24	2,96	0,47	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre HHIÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyetler arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,015; p<0,05). Kadın hemşirelerin HHIÖ'den elde ettikleri iş birliği puanı erkek hemşirelerin puanına göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 5).

Hemşirelerin yaş grupları ile HHIÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,016; p<0,05). 50 yaş ve üzeri hemşirelerin iş birliği puanı 18-25 yaş grubu, 26-33 yaş grubu, 34-41 yaş grubu ve 42-49 yaş grubu hemşirelerin iş birliği puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca 34-41 yaş grubu hemşirelerin iş birliği puanının, 26-33 yaş grubu hemşirelerin iş birliği puanından anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Hemşirelerin medeni durumu (p=0,657; p>0,05) ve eğitim durumu (p=0,266; p>0,05) ile HHIÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Hemşirelerin HHIÖ Toplam Puanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	2,93	0,50	
Üniversite Hastanesi	31	2,90	0,36	KW=3,045
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	2,73	0,55	p=0,550
Devlet Hastanesi	85	2,86	0,47	
Özel Hastane	15	3,01	0,45	
Çalışılan Birim				
Poliklinik	52	2,81	0,52	
Klinik	50	2,97	0,49	F=1,560 p=0,201
Yoğun Bakım Ünitesi	39	2,78	0,40	
Ameliyathane	34	2,91	0,40	
Çalışma Şekli				
Gündüz ¹	54	3,02	0,44	KW=12,217
Gece ²	3	2,46	0,40	*p=0,002
Gündüz ve gece ³	118	2,81	0,46	(1-2) (1-3)

Hemşirelik Süresi				
5 yıl ve altı	64	2,82	0,53	
6-10 yıl	43	2,85	0,42	KW=6,956
11-15 yıl	18	2,80	0,46	p=0,138
16-20 yıl	20	2,99	0,38	
21 yıl ve üzeri	30	2,96	0,45	
Cerrahi Hemşireliği Süresi				
5 yıl ve altı	90	2,84	0,51	
6-10 yıl	44	2,83	0,40	KW=7,154
11-15 yıl	25	2,92	0,43	p=0,128
16-20 yıl	9	3,09	0,25	
21 yıl ve üzeri	7	3,09	0,48	
Çalışılan Birimdeki Görev				
Klinik Hemşiresi	126	2,83	0,49	
Sorumlu Hemşire	19	2,98	0,43	KW=5,788
Yönetici Hemşire	3	3,16	0,42	p=0,122
Ameliyathane Hemşiresi	27	2,94	0,36	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalışma şekline göre HHIÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışma şekilleri arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,002; p<0,05). Yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin elde ettikleri iş birliği puanı, yalnızca

gece ve hem gündüz hem gece çalışan hemşirelerin iş birliği puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Hemşirelerin çalıştığı kurum ($p=0,550$; $p>0,05$), çalıştığı birim ($p=0,201$; $p>0,05$), hemşirelik süresi ($p=0,138$; $p>0,05$), cerrahi hemşireliği süresi ($p=0,128$; $p>0,05$) ve çalıştığı birimdeki görevi ($p=0,122$; $p>0,05$) ile HHIÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 6).

Tablo 7. Hemşirelerin HHIÖ Problem Çözme Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	2,77	0,70	t=1,445
Erkek	38	2,59	0,55	p=0,150
Yaş Grubu				
18-25 yaş	24	2,70	0,61	
26-33 yaş	83	2,65	0,70	KW=8,256
34-41 yaş	34	2,80	0,63	p=0,083
42-49 yaş	28	2,77	0,70	
50 yaş ve üzeri	6	3,38	0,53	
Medeni Durum				
Bekar	85	2,70	0,62	t=-0,589
Evli	90	2,76	0,72	p=0,556

Eğitim Durumu				
Lise	21	2,77	0,72	
Ön lisans	22	2,81	0,66	KW=0,859
Lisans	108	2,70	0,70	p=0,835
Lisans üstü	24	2,79	0,53	

*p<0.05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin cinsiyetleri (p=0,150; p>0,05), yaş grupları (p=0,083; p>0,05), medeni durumları (p=0,556; p>0,05), eğitim durumları (p=0,845; p>0,05) ile HHIÖ problem çözüme alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 8. Hemşirelerin HHIÖ Problem Çözüme Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	2,89	0,68	
Üniversite Hastanesi	31	2,80	0,45	KW=9,295
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	2,57	0,71	p=0,054
Devlet Hastanesi	85	2,64	0,71	
Özel Hastane	15	3,20	0,63	

Çalışılan Birim				
Poliklinik	52	2,62	0,73	
Klinik	50	2,82	0,76	F=1,448
Yoğun Bakım Ünitesi	39	2,65	0,54	p=0,231
Ameliyathane	34	2,88	0,57	
Çalışma Şekli				
Gündüz ¹	54	3,03	0,64	KW=16,918
Gece ²	3	2,00	1,00	*p=0,0001
Gündüz ve gece ³	118	2,61	0,64	(1-3)
Hemşirelik Süresi				
5 yıl ve altı	64	2,62	0,67	
6-10 yıl	43	2,81	0,62	KW=6,487
11-15 yıl	18	2,53	0,75	p=0,166
16-20 yıl	20	2,91	0,63	
21 yıl ve üzeri	30	2,86	0,71	
Cerrahi Hemşireliği Süresi				
5 yıl ve altı	90	2,67	0,68	
6-10 yıl	44	2,73	0,68	KW=4,934
11-15 yıl	25	2,77	0,64	p=0,294
16-20 yıl	9	3,14	0,52	
21 yıl ve üzeri	7	2,95	0,82	

Çalışılan Birimdeki Görev			
Klinik Hemşiresi	126	2,66	0,70
Sorumlu Hemşire	19	2,89	0,72
Yönetici Hemşire	3	3,11	0,50
KW=6,856			
p=0,077			
Ameliyathane			
Hemşiresi	27	2,93	0,48

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalışma şekline göre HHİÖ problem çözme alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışma şekilleri arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,0001; p<0,05). Yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin elde ettiği problem çözme puanı hem gündüz hem gece çalışan hemşirelerin problem çözme puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 8).

Hemşirelerin çalıştığı kurum (p=0,054; p>0,05), çalıştığı birim (p=0,231; p>0,05), hemşirelik süresi (p=0,166; p>0,05), cerrahi hemşireliği süresi (p=0,294; p>0,05) ve çalıştığı birimdeki görevi (p=0,077; p>0,05) ile HHİÖ problem çözme alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 8).

Tablo 9. Hemşirelerin HHİÖ İletişim Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	2,69	0,51	t=2,729
Erkek	38	2,44	0,41	*p=0,007

Yaş Grubu				
18-25 yaş	24	2,52	0,55	
26-33 yaş	83	2,64	0,53	KW=5,777
34-41 yaş	34	2,61	0,38	p=0,216
42-49 yaş	28	2,64	0,50	
50 yaş ve üzeri	6	3,03	0,34	
Medeni Durum				
Bekar	85	2,66	0,51	t=0,804
Evli	90	2,60	0,50	p=0,442
Eğitim Durumu				
Lise	21	2,70	0,50	
Ön lisans	22	2,50	0,51	KW=3,496
Lisans	108	2,62	0,50	p=0,835
Lisans üstü	24	2,77	0,46	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre HHIÖ iletişim alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyetler arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,007; p<0,05). Kadın hemşirelerin iletişim alt boyut puanı erkek hemşirelerin iletişim puanına göre anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 9).

Hemşirelerin yaş grupları (p=0,216; p>0,05), medeni durumları (p=0,442; p>0,05) ve eğitim durumları (p=0,835; p>0,05) ile HHIÖ iletişim alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Hemşirelerin HHIÖ İletişim Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	2,61	0,49	
Üniversite Hastanesi	31	2,69	0,38	KW=2,933
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	2,47	0,60	p=0,569
Devlet Hastanesi	85	2,67	0,51	
Özel Hastane	15	2,62	0,50	
Çalışılan Birim				
Poliklinik	52	2,61	0,52	
Klinik	50	2,72	0,52	F=0,730 p=0,231
Yoğun Bakım Ünitesi	39	2,58	0,53	
Ameliyathane	34	2,58	0,39	
Çalışma Şekli				
Gündüz	54	2,70	0,45	KW=3,650
Gece	3	1,86	0,90	p=0,161
Gündüz ve gece	118	2,62	0,50	

Hemşirelik Süresi

5 yıl ve altı	64	2,67	0,58	
6-10 yıl	43	2,57	0,44	KW=9,173
11-15 yıl	18	2,38	0,48	p=0,057
16-20 yıl	20	2,80	0,42	
21 yıl ve üzeri	30	2,68	0,43	

Cerrahi Hemşireliği**Süresi**

5 yıl ve altı	90	2,66	0,57	
6-10 yıl	44	2,53	0,41	KW=6,941
11-15 yıl	25	2,59	0,46	p=0,139
16-20 yıl	9	2,88	0,17	
21 yıl ve üzeri	7	2,68	0,48	

Çalışılan Birimdeki**Görev**

Klinik Hemşiresi	126	2,62	0,54	
Sorumlu Hemşire	19	2,70	0,46	KW=1,333
Yönetici Hemşire	3	2,86	0,61	p=0,721
Ameliyathane Hemşiresi	27	2,62	0,33	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalıştığı kurum (p=0,569; p>0,05), çalıştığı birim (p=0,231; p>0,05), çalışma şekli (p=0,161; p>0,05), hemşirelik süresi (p=0,057; p>0,05), cerrahi hemşireliği süresi (p=0,139; p>0,05) ve çalıştığı birimdeki görevi (p=0,721; p>0,05)

ile HHIÖ iletişim alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 10).

Tablo 11. Hemşirelerin HHIÖ Süreç Paylaşımı Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	2,99	0,50	t=1,600
Erkek	38	2,83	0,63	p=0,111
Yaş Grubu				
18-25 yaş	24	2,95	0,59	KW=5,784 p=0,216
26-33 yaş	83	2,91	0,52	
34-41 yaş	34	3,02	0,48	
42-49 yaş	28	2,93	0,58	
50 yaş ve üzeri	6	3,40	0,47	
Medeni Durum				
Bekar	85	2,93	0,53	t=-0,504
Evli	90	2,98	0,54	p=0,615

Eğitim Durumu				
Lise	21	3,06	0,58	
Ön lisans	22	2,92	0,61	KW=1,044
Lisans	108	2,93	0,52	p=0,791
Lisans üstü	24	2,99	0,52	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin cinsiyetleri (p=0,111; p>0,05), yaş grupları (p=0,216; p>0,05), medeni durumları (p=0,615; p>0,05) ve eğitim durumları (p=0,791; p>0,05) ile HHIÖ süreç paylaşımı alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 11).

Tablo 12. Hemşirelerin HHIÖ Süreç Paylaşımı Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	3,07	0,54	
Üniversite Hastanesi	31	2,90	0,43	KW=4,667
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	2,87	0,62	p=0,323
Devlet Hastanesi	85	2,94	0,56	
Özel Hastane	15	3,17	0,39	

Çalışılan Birim				
Poliklinik	52	2,88	0,62	
Klinik	50	3,03	0,53	F=2,546
Yoğun Bakım Ünitesi	39	2,82	0,44	p=0,058
Ameliyathane	34	3,11	0,45	
Çalışma Şekli				
Gündüz ¹	54	3,14	0,54	KW=8,807
Gece ²	3	2,73	0,46	*p=0,012
Gündüz ve gece ³	118	2,88	0,52	(1-3)
Hemşirelik Süresi				
5 yıl ve altı	64	2,91	0,58	
6-10 yıl	43	2,99	0,44	KW=0,267
11-15 yıl	18	2,96	0,52	p=0,992
16-20 yıl	20	2,95	0,55	
21 yıl ve üzeri	30	3,00	0,58	
Cerrahi Hemşireliği Süresi				
5 yıl ve altı	90	2,92	0,56	
6-10 yıl	44	2,95	0,49	KW=1,498
11-15 yıl	25	3,01	0,50	p=0,827
16-20 yıl	9	3,20	0,60	
21 yıl ve üzeri	7	3,02	0,48	

Çalışılan Birimdeki Görev				KW=12,453 *p=0,006 (1-2)
Klinik Hemşiresi ¹	126	2,87	0,54	
Sorumlu Hemşire ²	19	3,28	0,49	
Yönetici Hemşire ³	3	3,33	0,83	
Ameliyathane Hemşiresi ⁴	27	3,08	0,39	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalışma şekline göre HHIÖ süreç paylaşımı alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışma şekilleri arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,012; p<0,05). Yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin süreç paylaşımı puanı hem gündüz hem gece çalışan hemşirelerin süreç paylaşımı puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Hemşirelerin çalışılan birimdeki göreve göre HHIÖ süreç paylaşımı alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışılan birimdeki görevler arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,006; p<0,05). Sorumlu hemşirelerin süreç paylaşımı puanı klinik hemşirelerinin süreç paylaşımı puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 12).

Hemşirelerin çalıştığı kurum (p=0,323; p>0,05), çalıştığı birim (p=0,058; p>0,05), hemşirelik süresi (p=0,992; p>0,05) ve cerrahi hemşireliği süresi (p=0,827; p>0,05) ile HHIÖ süreç paylaşımı alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 12).

Tablo 13. Hemşirelerin HHİÖ Koordinasyon Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	2,96	0,58	t=1,101
Erkek	38	2,84	0,65	p=0,272
Yaş Grubu				
18-25 yaş	24	2,91	0,71	KW=7,027 p=0,134
26-33 yaş	83	2,88	0,60	
34-41 yaş	34	3,09	0,48	
42-49 yaş	28	2,80	0,58	
50 yaş ve üzeri	6	3,44	0,54	
Medeni Durum				
Bekar	85	2,91	0,56	t=-0,416
Evli	90	2,95	0,63	p=0,678
Eğitim Durumu				
Lise	21	3,07	0,57	KW=1,639 p=0,651
Ön lisans	22	2,80	0,69	
Lisans	108	2,93	0,60	
Lisans üstü	24	2,95	0,49	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin cinsiyetleri ($p=0,272$; $p>0,05$), yaş grupları ($p=0,134$; $p>0,05$), medeni durumları ($p=0,678$; $p>0,05$) ve eğitim durumları ($p=0,651$; $p>0,05$) ile HHIÖ koordinasyon alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 13).

Tablo 14. Hemşirelerin HHIÖ Koordinasyon Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	2,85	0,68	KW=1,914 p=0,752
Üniversite Hastanesi	31	2,95	0,48	
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	2,84	0,64	
Devlet Hastanesi	85	2,94	0,62	
Özel Hastane	15	3,11	0,49	
Çalışılan Birim				
Poliklinik	52	2,91	0,66	F=1,577 p=0,197
Klinik	50	3,08	0,63	
Yoğun Bakım Ünitesi	39	2,81	0,45	
Ameliyathane	34	2,90	0,56	
Çalışma Şekli				
Gündüz	54	3,08	0,53	KW=4,303 p=0,116
Gece	3	2,77	0,19	
Gündüz ve gece	118	2,87	0,62	

Hemşirelik Süresi

5 yıl ve altı	64	2,92	0,65	
6-10 yıl	43	2,86	0,48	KW=4,839
11-15 yıl	18	2,92	0,85	p=0,304
16-20 yıl	20	3,11	0,46	
21 yıl ve üzeri	30	2,96	0,54	

Cerrahi Hemşireliği**Süresi**

5 yıl ve altı	90	2,91	0,66	
6-10 yıl	44	2,88	0,53	KW=3,473
11-15 yıl	25	3,02	0,50	p=0,482
16-20 yıl	9	3,00	0,40	
21 yıl ve üzeri	7	3,14	0,66	

Çalışılan Birimdeki**Görev**

Klinik Hemşiresi	126	2,91	0,61	
Sorumlu Hemşire	19	3,00	0,68	KW=1,809
Yönetici Hemşire	3	3,11	0,19	p=0,613
Ameliyathane Hemşiresi	27	2,96	0,49	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalıştığı kurum (p=0,752; p>0,05), çalıştığı birim (p=0,197; p>0,05), çalışma şekli (p=0,116; p>0,05), hemşirelik süresi (p=0,304; p>0,05), cerrahi hemşireliği süresi (p=0,482; p>0,05) ve çalıştığı birimdeki görevi (p=0,613; p>0,05)

ile HHIÖ koordinasyon alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 14).

Tablo 15. Hemşirelerin HHIÖ Profesyonellik Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	3,02	0,48	t=2,713
Erkek	38	2,77	0,56	*p=0,007
Yaş Grubu				
18-25 yaş ¹	24	2,94	0,61	KW=15,473 *p=0,004 (1-5) (2-5) (3-5) (4-5) (2-3) (2-4)
26-33 yaş ²	83	2,87	0,55	
34-41 yaş ³	34	3,07	0,35	
42-49 yaş ⁴	28	3,02	0,38	
50 yaş ve üzeri ⁵	6	3,50	0,42	
Medeni Durum				
Bekar	85	2,93	0,54	t=-0,815
Evli	90	3,00	0,48	p=0,416

Eğitim Durumu				
Lise	21	3,07	0,42	
Ön lisans	22	2,90	0,47	KW=4,377
Lisans	108	2,93	0,54	p=0,651
Lisans üstü	24	3,10	0,48	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre HHIÖ profesyonellik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,007; p<0,05). Kadın hemşirelerin profesyonellik puanının erkek hemşirelerin profesyonellik puanına göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 15).

Hemşirelerin yaş gruplarına göre HHIÖ profesyonellik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık tespit edilmiştir (p=0,004; p<0,05). 50 yaş ve üzeri hemşirelerin elde ettikleri profesyonellik puanının 18-25 yaş grubu, 26-33 yaş grubu, 34-41 yaş grubu, 42-49 yaş grubu hemşirelerin profesyonellik puanından anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca 34-41 yaş grubu ve 42-49 yaş grubu hemşirelerin profesyonellik puanı 26-33 yaş grubu hemşirelerin profesyonellik puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

Hemşirelerin medeni durumları (p=0,416; p>0,05) ve eğitim durumları (p=0,651; p>0,05) ile HHIÖ profesyonellik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 15).

Tablo 16. Hemşirelerin HHIÖ Profesyonellik Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	3,06	0,53	
Üniversite Hastanesi	31	3,02	0,40	KW=3,016 p=0,555
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	2,82	0,58	
Devlet Hastanesi	85	2,95	0,52	
Özel Hastane	15	3,05	0,53	
Çalışılan Birim				
Poliklinik	52	2,90	0,55	
Klinik	50	3,07	0,51	F=1,310 p=0,273
Yoğun Bakım Ünitesi	39	2,88	0,48	
Ameliyathane	34	3,00	0,45	
Çalışma Şekli				
Gündüz ¹	54	3,09	0,47	KW=8,963 *p=0,011 (1-2) (1-3)
Gece ²	3	2,66	0,25	
Gündüz ve gece ³	118	2,92	0,52	

Hemşirelik Süresi

5 yıl ve altı	64	2,87	0,60	
6-10 yıl	43	2,94	0,48	KW=8,837
11-15 yıl	18	2,97	0,47	p=0,065
16-20 yıl	20	3,10	0,34	
21 yıl ve üzeri	30	3,10	0,42	

Cerrahi Hemşireliği**Süresi**

5 yıl ve altı	90	2,91	0,59	
6-10 yıl	44	2,93	0,39	KW=9,491
11-15 yıl	25	3,06	0,45	p=0,050
16-20 yıl	9	3,15	0,21	
21 yıl ve üzeri	7	3,10	0,42	

Çalışılan Birimdeki**Görev**

Klinik Hemşiresi	126	2,94	0,54	
Sorumlu Hemşire	19	3,00	0,41	KW=4,133
Yönetici Hemşire	3	3,26	0,30	p=0,247
Ameliyathane Hemşiresi	27	3,04	0,45	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalışma şekline göre HHIÖ profesyonellik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, çalışma şekilleri arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,011; p<0,05). Yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin profesyonellik

puanı yalnızca gece ve hem gündüz hem gece çalışan hemşirelerin profesyonellik puanından anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 16).

Hemşirelerin çalıştığı kurum ($p=0,555$; $p>0,05$), çalıştığı birim ($p=0,273$; $p>0,05$), hemşirelik süresi ($p=0,065$; $p>0,05$), cerrahi hemşireliği süresi ($p=0,050$; $p=0,05$) ve çalışılan birimdeki görev ($p=0,247$; $p>0,05$) ile HHİÖ profesyonellik alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 16).

Tablo 17. Hemşirelerin HKA Toplam Puanlarının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	106,51	17,69	t=2,140
Erkek	38	99,81	14,63	*p=0,034
Yaş Grubu				
18-25 yaş ¹	24	105,12	17,01	KW=19,102 *p=0,001 (1-5) (2-5) (3-5) (2-3) (2-4)
26-33 yaş ²	83	99,90	16,73	
34-41 yaş ³	34	108,70	13,87	
42-49 yaş ⁴	28	111,60	17,35	
50 yaş ve üzeri ⁵	6	125,00	17,18	
Medeni Durum				
Bekar	85	104,14	17,03	t=-0,686
Evli	90	105,93	17,52	p=0,494

Eğitim Durumu				
Lise	21	110,38	15,96	
Ön lisans	22	107,81	15,14	KW=4,090
Lisans	108	103,22	18,31	p=0,252
Lisans üstü	24	106,16	14,57	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre HKA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyetler arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,034; p<0,05). Kadın hemşirelerin konfor puanı erkek hemşirelerin konfor puanından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 17).

Hemşirelerin yaş gruplarına göre HKA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür (p=0,001; p<0,05). 50 yaş ve üzeri hemşirelerin konfor puanının 18-25 yaş grubu, 26-33 yaş grubu, 34-41 yaş grubu hemşirelerin konfor puanlarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca 34-41 yaş grubu ve 42-49 yaş grubu hemşirelerin konfor puanları 25-33 yaş grubu hemşirelerin konfor puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 17).

Hemşirelerin medeni durumları (p=0,494; p>0,05) ve eğitim durumları (p=0,252; p>0,05) ile HKA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 17).

Tablo 18. Hemşirelerin HKA Toplam Puanlarının Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	110,31	18,54	
Üniversite Hastanesi	31	104,93	14,73	KW=3,194 p=0,526
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	102,64	17,80	
Devlet Hastanesi	85	104,03	17,74	
Özel Hastane	15	108,53	17,16	
Çalışılan Birim				
Poliklinik ¹	52	101,32	16,38	F=9,032 *p=0,0001 (1-2) (1-4) (3-4) (2-3)
Klinik ²	50	109,70	16,25	
Yoğun Bakım Ünitesi ³	39	96,61	15,83	
Ameliyathane ⁴	34	113,64	16,11	
Çalışma Şekli				
Gündüz ¹	54	115,61	14,54	KW=32,563 *p=0,0001 (1-2) (1-3)
Gece ²	3	89,00	18,73	
Gündüz ve gece ³	118	100,64	16,23	

Hemşirelik Süresi				
5 yıl ve altı ¹	64	100,43	17,37	KW=15,597 p=0,004 (1-5) (2-5) (3-5)
6-10 yıl ²	43	103,48	16,11	
11-15 yıl ³	18	104,27	15,79	
16-20 yıl ⁴	20	109,15	14,00	
21 yıl ve üzeri ⁵	30	114,93	17,79	
Cerrahi Hemşireliği Süresi				
5 yıl ve altı ¹	90	100,61	17,20	KW=24,082 *p=0,0001 (1-5) (2-5) (1-3) (1-4) (2-3)
6-10 yıl ²	44	104,65	14,48	
11-15 yıl ³	25	112,76	15,94	
16-20 yıl ⁴	9	114,11	17,00	
21 yıl ve üzeri ⁵	7	125,71	13,22	
Çalışılan Birimdeki Görev				
Klinik Hemşiresi ¹	126	102,30	17,17	KW=15,998 *p=0,001 (1-4)
Sorumlu Hemşire ²	19	107,78	15,90	
Yönetici Hemşire ³	3	116,33	11,71	
Ameliyathane Hemşiresi ⁴	27	114,77	15,28	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalıştığı kuruma göre HKA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kurumlar arasında istatistiksel fark anlamlı bulunmamıştır (p=0,526; p>0,05) (Tablo 18).

Hemşirelerin çalıştığı birime göre HKA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,0001$; $p<0,05$). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin konfor puanı poliklinik ve yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin konfor puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca klinikte çalışan hemşirelerin toplam konfor puanı yoğun bakım ünitesi ve poliklinikte çalışan hemşirelerin konfor puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

Hemşirelerin çalışma şekline göre HKA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,0001$; $p<0,05$). Yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin toplam konfor puanının yalnızca gece ve hem gündüz hem gece çalışan hemşirelerin konfor puanından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

Hemşirelerin hemşirelik süresine göre HKA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür ($p=0,004$; $p<0,05$). 21 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin konfor puanı 5 yıl ve altı, 6-10 yıl, 11-15 yıl süredir çalışan hemşirelerin konfor puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 18).

Hemşirelerin cerrahi hemşireliği süresine göre HKA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır ($p=0,0001$; $p<0,05$). 11-15 yıl, 21 yıl ve üzeri süredir cerrahi hemşireliği yapanların konfor puanı 5 yıl ve altı, 6-10 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların konfor puanından anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca 16-20 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların konfor puanının 5 yıl ve altı süredir cerrahi hemşireliği yapanların konfor puanından anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 18).

Hemşirelerin çalışılan birimdeki görevine göre HKA toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür ($p=0,001$; $p<0,05$). Ameliyathane hemşirelerinin konfor puanının klinik hemşirelerinin konfor puanından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 19. Hemşirelerin HKA Sosyokültürel Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	35,54	7,73	t=1,107
Erkek	38	34,00	7,04	p=0,270
Yaş Grubu				
18-25 yaş ¹	24	34,66	7,37	KW=13,031 *p=0,011 (1-5) (2-5) (2-3) (2-4)
26-33 yaş ²	83	33,44	7,34	
34-41 yaş ³	34	37,00	6,40	
42-49 yaş ⁴	28	36,96	8,12	
50 yaş ve üzeri ⁵	6	43,33	8,61	
Medeni Durum				
Bekar	85	35,31	7,86	t=0,189
Evli	90	35,10	7,37	p=0,850
Eğitim Durumu				
Lise	21	37,09	6,95	KW=6,336 p=0,096
Ön lisans	22	37,77	6,56	
Lisans	108	34,15	8,00	
Lisans üstü	24	35,91	6,45	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin yaş gruplarına göre HKA sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, yaş grupları arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,011$; $p<0,05$). 50 yaş ve üzeri hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanı 18-25 yaş grubu ve 26-33 yaş grubu hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanından anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca 34-41 yaş grubu ve 42-49 yaş grubu hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanları 26-33 yaş grubu hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 19).

Hemşirelerin cinsiyetleri ($p=0,270$; $p>0,05$), medeni durumları ($p=0,850$; $p>0,05$) ve eğitim durumları ($p=0,096$; $p>0,05$) ile HKA sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 19).

Tablo 20. Hemşirelerin HKA Sosyokültürel Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	37,36	7,47	
Üniversite Hastanesi	31	36,16	5,53	KW=3,283
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	33,80	9,13	$p=0,512$
Devlet Hastanesi	85	38,63	7,95	
Özel Hastane	15	37,26	6,02	
Çalışılan Birim				
Poliklinik ¹	52	33,61	7,95	F=10,119
Klinik ²	50	36,84	6,37	* $p=0,0001$

Yoğun Bakım Ünitesi ³	39	31,35	4,88	(1-2) (1-4)
Ameliyathane ⁴	34	39,64	4,59	(2-3) (2-4) (3-4)
Çalışma Şekli				
Gündüz	54	39,62	6,75	KW=32,007
Gece	3	29,00	8,54	*p=0,0001
Gündüz ve gece	118	33,33	7,09	(1-2) (1-3)
Hemşirelik Süresi				
5 yıl ve altı ¹	64	33,40	8,05	KW=11,597 *p=0,021 (1-5) (2-5) (1-4)
6-10 yıl ²	43	34,62	6,19	
11-15 yıl ³	18	35,11	8,15	
16-20 yıl ⁴	20	37,05	5,53	
21 yıl ve üzeri ⁵	30	38,70	8,22	
Cerrahi Hemşireliği Süresi				
5 yıl ve altı ¹	90	33,37	7,79	KW=17,060 *p=0,002 (1-5) (1-3) (2-3)
6-10 yıl ²	44	35,20	5,70	
11-15 yıl ³	25	39,12	7,38	
16-20 yıl ⁴	9	38,22	9,44	
21 yıl ve üzeri ⁵	7	40,85	6,03	

Çalışılan Birimdeki Görev				
Klinik Hemşiresi ¹	126	33,93	7,67	KW=18,963 *p=0,0001 (1-4) (2-4)
Sorumlu Hemşire ²	19	36,31	6,13	
Yönetici Hemşire ³	3	38,66	6,80	
Ameliyathane Hemşiresi ⁴	27	39,96	6,29	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalıştığı kuruma göre HKA sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kurumlar arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (p=0,512; p>0,05) (Tablo 20).

Hemşirelerin çalıştığı birime göre HKA sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür (p=0,0001; p<0,05). Klinikte çalışan hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanı yoğun bakım ünitesi ve poliklinikte çalışan hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanlarından anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca ameliyathanede çalışan hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanı yoğun bakım ünitesi, klinik ve poliklinikte çalışan hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 20).

Hemşirelerin çalışma şekline göre HKA sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür (p=0,0001; p<0,05). Yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanı yalnızca gece ve hem gündüz hem gece çalışılan hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 20).

Hemşirelerin hemşirelik süresi HKA sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır (p=0,021; p<0,05). 21 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanının 5 yıl ve altı, 6-10 yıl süredir çalışan hemşirelerin sosyokültürel alt boyut puanlarından anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca 16-20 yıl süredir çalışan

hemşirelerin toplam sosyokültürel alt boyut puanı 5 yıl ve altı süredir çalışan hemşirelerin puanından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 20).

Hemşirelerin cerrahi hemşireliği süresi HKA sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır ($p=0,002$; $p<0,05$). 21 yıl ve üzeri senedir cerrahi hemşireliği yapanların sosyokültürel alt boyut puanı 5 yıl ve altı süredir cerrahi hemşireliği yapanların puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca 11-15 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların sosyokültürel puanı 5 yıl ve altı, 6-10 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların puanından daha yüksektir (Tablo 20).

Hemşirelerin çalışılan birimdeki görev ile HKA sosyokültürel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık saptanmıştır ($p=0,0001$; $p<0,05$). Ameliyathane hemşirelerinin sosyokültürel alt boyut puanının klinik hemşirelerinin ve sorumlu hemşirelerin sosyokültürel puanından anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 20).

Tablo 21. Hemşirelerin HKA Psikospiritüel Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	39,32	7,16	t=2,216
Erkek	38	36,39	7,34	*p=0,014

Yaş Grubu				
18-25 yaş ¹	24	39,54	7,59	KW=17,368 *p=0,002 (2-4) (2-5)
26-33 yaş ²	83	36,54	7,18	
34-41 yaş ³	34	39,67	6,78	
42-49 yaş ⁴	28	41,67	6,14	
50 yaş ve üzeri ⁵	6	45,33	6,02	
Medeni Durum				
Bekar	85	38,12	7,34	t=-0,982
Evli	90	39,21	7,23	p=0,328
Eğitim Durumu				
Lise	21	40,71	5,81	KW=2,533 p=0,835
Ön lisans	22	38,86	6,94	
Lisans	108	38,24	7,87	
Lisans üstü	24	38,75	5,87	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre HKA psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık tespit edilmiştir (p=0,014; p<0,05). Kadın hemşirelerin psikospiritüel alt boyut puanı erkek hemşirelerin puanından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 21).

Hemşirelerin yaş gruplarına göre HKA psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık tespit edilmiştir (p=0,002; p<0,05). 42-49 yaş grubu ile 50 yaş ve üzeri hemşirelerin psikospiritüel alt boyut puanı 26-33 yaş grubu hemşirelerin psikospiritüel alt boyut puanına göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 21).

Hemşirelerin medeni durumları ($p=0,328$; $p>0,05$) ve eğitim durumları ($p=0,835$; $p>0,05$) ile HKA psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 21).

Tablo 22. Hemşirelerin HKA Psikospiritüel Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	40,47	7,43	KW=3,111 p=0,539
Üniversite Hastanesi	31	37,61	5,97	
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	38,76	7,94	
Devlet Hastanesi	85	38,63	7,54	
Özel Hastane	15	38,80	7,44	
Çalışılan Birim				
Poliklinik ¹	52	37,48	7,50	F=3,183 *p=0,025 (1-4) (3-4) (2-3)
Klinik ²	50	40,12	7,16	
Yoğun Bakım Ünitesi ³	39	36,64	6,74	
Ameliyathane ⁴	34	40,76	7,02	
Çalışma Şekli				
Gündüz ¹	54	42,24	6,71	KW=20,329 *p=0,0001 (1-3)
Gece ²	3	35,00	10,44	
Gündüz ve gece ³	118	37,15	6,93	

Hemşirelik Süresi				
5 yıl ve altı ¹	64	37,14	7,59	
6-10 yıl ²	43	37,74	6,53	KW=12,336
11-15 yıl ³	18	39,05	8,50	*p=0,015
16-20 yıl ⁴	20	40,25	5,91	(1-5) (2-5)
21 yıl ve üzeri ⁵	30	42,06	6,74	
Cerrahi Hemşireliği Süresi				
5 yıl ve altı ¹	90	37,36	7,61	KW=16,242
6-10 yıl ²	44	38,27	6,39	*p=0,003
11-15 yıl ³	25	40,96	6,79	(1-5) (2-5)
16-20 yıl ⁴	9	41,11	5,34	(3-5) (1-3)
21 yıl ve üzeri ⁵	7	47,00	4,93	(2-3)
Çalışılan Birimdeki Görev				
Klinik Hemşiresi	126	37,92	7,28	
Sorumlu Hemşire	19	39,15	7,87	KW=7,454
Yönetici Hemşire	3	42,66	1,52	p=0,059
Ameliyathane Hemşiresi	27	41,48	6,61	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalıştığı kurum (p=0,539; p>0,05) ve çalışılan birimdeki görevi (p=0,059; p>0,05) ile HKA psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 22).

Hemşirelerin çalıştığı birime göre HKA psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür ($p=0,025$; $p<0,05$). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin elde ettikleri psikospiritüel alt boyut puanı poliklinik ve yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin psikospiritüel alt boyut puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca klinikte çalışan hemşirelerin psikospiritüel puanının yoğun bakımda çalışan hemşirelerin psikospiritüel puanından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 22).

Hemşirelerin çalışma şekline göre HKA psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür ($p=0,0001$; $p<0,05$). Gündüz çalışan hemşirelerin psikospiritüel puanı hem gündüz hem gece çalışan hemşirelerin psikospiritüel puanından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 22).

Hemşirelerin hemşirelik süresine göre HKA psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür ($p=0,015$; $p<0,05$). 21 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelerin psikospiritüel puanı 5 yıl ve altı 6-10 yıl süredir çalışan hemşirelerin puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 22).

Hemşirelerin cerrahi hemşireliği süresi ile HKA psikospiritüel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür ($p=0,003$; $p<0,05$). 21 yıl ve üzeri süredir cerrahi hemşireliği yapanların psikospiritüel puanı 5 yıl ve altı, 6-10 yıl, 11-15 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların puanlarından anlamlı olarak daha yüksektir. Ayrıca 11-15 yıl ve 16-20 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların psikospiritüel puanının 5 yıl ve altı süredir cerrahi hemşireliği yapanların puanından anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 22).

Tablo 23. Hemşirelerin HKA Fiziksel Alt Boyutunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Sosyo-demografik Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Cinsiyet				
Kadın	137	31,65	5,07	t=2,475
Erkek	38	29,42	4,33	*p=0,014
Yaş Grubu				
18-25 yaş ¹	24	30,91	5,63	KW=18,547 *p=0,001 (1-5) (2-5) (3-5) (2-3) (2-4)
26-33 yaş ²	83	29,91	4,78	
34-41 yaş ³	34	32,02	3,23	
42-49 yaş ⁴	28	32,96	5,77	
50 yaş ve üzeri ⁵	6	36,33	4,27	
Medeni Durum				
Bekar	85	30,69	4,89	t=-1,229
Evli	90	31,62	5,08	p=0,221
Eğitim Durumu				
Lise	21	32,57	5,56	KW=3,462 p=0,326
Ön lisans	22	31,18	5,56	
Lisans	108	30,82	4,82	
Lisans üstü	24	31,50	4,80	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, t=T Testi

Hemşirelerin cinsiyetlerine göre HKA fiziksel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, cinsiyetler arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,014$; $p<0,05$). Kadın hemşirelerin fiziksel alt boyut puanı erkek hemşirelerin puanından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 23).

Hemşirelerin yaş gruplarına göre HKA fiziksel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık olduğu görülmüştür ($p=0,001$; $p<0,05$). 50 yaş ve üzeri hemşirelerin fiziksel alt boyut puanı 18-25 yaş grubu, 26-33 yaş grubu ve 34-41 yaş grubu hemşirelerin fiziksel puanından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca 34-41 yaş grubu ve 42-49 yaş grubu hemşirelerin fiziksel alt boyut puanı 26-33 yaş grubu hemşirelerin puanından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 23).

Hemşirelerin medeni durumları ($p=0,221$; $p>0,05$) ve eğitim durumları ($p=0,326$; $p>0,05$) ile HKA fiziksel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (Tablo 23).

Tablo 24. Hemşirelerin HKA Fiziksel Alt Boyutunun Mesleki Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

Mesleki Özellikler	n	Puan Ortalamaları	Standart Sapma	İstatistik
Çalışılan Kurum				
Şehir Hastanesi	19	32,47	4,98	
Üniversite Hastanesi	31	31,16	4,88	
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	25	30,08	5,72	KW=4,019 p=0,403
Devlet Hastanesi	85	30,97	4,82	
Özel Hastane	15	32,46	4,99	

Çalışılan Birim				
Poliklinik ¹	52	30,23	4,76	F=8,575
Klinik ²	50	32,74	4,68	*p=0,0001
Yoğun Bakım Ünitesi ³	39	28,61	5,18	(1-4) (3-4) (2-3) (1-2)
Ameliyathane ⁴	34	33,23	3,99	
Çalışma Şekli				
Gündüz ¹	54	33,74	4,23	KW=26,452
Gece ²	3	25,00	6,92	*p=0,0001
Gündüz ve gece ³	118	30,15	4,81	(1-2) (1-3)
Hemşirelik Süresi				
5 yıl ve altı ¹	64	29,89	5,11	
6-10 yıl ²	43	31,11	4,96	KW=17,962
11-15 yıl ³	18	30,11	3,64	*p=0,001
16-20 yıl ⁴	20	31,85	4,39	(1-5) (2-5) (3-5)
21 yıl ve üzeri ⁵	30	34,16	4,79	
Cerrahi Hemşireliği Süresi				
5 yıl ve altı ¹	90	29,86	5,00	KW=27,324
6-10 yıl ²	44	31,18	4,96	*p=0,0001
11-15 yıl ³	25	32,68	3,19	(1-5) (2-5)
16-20 yıl ⁴	9	34,77	3,73	(3-5) (1-4)
21 yıl ve üzeri ⁵	7	37,85	3,28	(2-4) (1-3)

Çalışılan Birimdeki Görev				
Klinik Hemşiresi ¹	126	30,44	5,18	KW=12,971 *p=0,005 (1-4)
Sorumlu Hemşire ²	19	32,31	4,39	
Yönetici Hemşire ³	3	35,00	3,46	
Ameliyathane Hemşiresi ⁴	27	33,33	3,68	

*p<0,05 KW=Kruskal Wallis, F=ANOVA

Hemşirelerin çalıştığı kuruma göre HKA fiziksel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, kurumlar arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmamıştır (p=0,403; p>0,05) (Tablo 24).

Hemşirelerin çalıştığı birime göre HKA fiziksel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür (p=0,0001; p<0,05). Ameliyathanede çalışan hemşirelerin fiziksel alt boyut puanı poliklinik ve yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin fiziksel alt boyut puanından anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiştir. Ayrıca klinikte çalışan hemşirelerin fiziksel alt boyut puanı poliklinikte ve yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin fiziksel alt boyut puanından anlamlı derecede daha yüksektir (Tablo 24).

Hemşirelerin çalışma şekline göre HKA fiziksel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür (p=0,0001; p<0,05). Yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin fiziksel alt boyut puanı yalnızca gece ve hem gece hem gündüz çalışan hemşirelerin fiziksel alt boyut puanından daha yüksektir (Tablo 24).

Hemşirelerin hemşirelik süresine göre HKA fiziksel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür (p=0,001; p<0,05). 21 yıl ve üzeri süredir hemşirelik yapanların fiziksel alt boyut puanı 5 yıl ve altı, 6-10 yıl, 11-15 yıl süredir hemşirelik yapanların fiziksel alt boyut puanlarından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 24).

Hemşirelerin cerrahi hemşireliği süresine göre HKA fiziksel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür ($p=0,0001$; $p<0,05$). 21 yıl ve üzeri süredir cerrahi hemşireliği yapanların fiziksel alt boyut puanı 5 yıl ve altı, 6-10 yıl- 11-15 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların fiziksel alt boyut puanından anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. 16-20 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların fiziksel puanının 5 yıl ve altı, 6-10 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların puanından anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 11-15 yıl süredir cerrahi hemşireliği yapanların fiziksel puanı 5 yıl ve altı süredir cerrahi hemşireliği yapanların fiziksel puanından anlamlı olarak daha yüksektir (Tablo 24).

Hemşirelerin çalışılan birimdeki görevine göre HKA fiziksel alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür ($p=0,005$; $p<0,05$). Ameliyathane hemşirelerinin fiziksel alt boyut puanı klinik hemşirelerinin fiziksel alt boyut puanından anlamlı derecede daha yüksek tespit edilmiştir (Tablo 24).

Tablo 25. HHIÖ, HKA, HHIÖ Alt Boyutları ve HKA Alt Boyutları Arasındaki İlişki

		İletişim	Süreç paylaşımı	Koordinasyon	Profesyonellik	HHIÖ	Sosyokültürel	Psikospiritüel	Fiziksel	HKA
Problem çözme	r	,633**	,656**	,608**	,706**	,826**	,575**	,394**	,556**	,580**
	p	,0001	,0001	,0001	,0001	,0001	,0001	,0001	,0001	,0001
İletişim	r		,573**	,576**	,664**	,800**	,405**	,183*	,471**	,392**
	p		,0001	,0001	,0001	,0001	,0001	,015	,0001	,0001
Süreç paylaşımı	r			,634**	,717**	,840**	,503**	,389**	,581**	,554**
	p			,0001	,0001	,0001	,0001	,0001	,0001	,0001
Koordinasyon	r				,741**	,816**	,409**	,344**	,507**	,472**
	p				,0001	,0001	,0001	,0001	,0001	,0001
Profesyonellik	r					,939**	,488**	,411**	,594**	,560**
	p					,0001	,0001	,0001	,0001	,0001
HHIÖ	r						,554**	,411**	,640**	,603**
	p						,0001	,0001	,0001	,0001
Sosyokültürel	r							,558**	,736**	,889**
	p							,0001	,0001	,0001
Psikospiritüel	r								,610**	,845**
	p								,0001	,0001
Fiziksel	r									,871**
	p									,0001

*p<0,05 **p<0.001 r=Pearson Korelasyon Analizi

“Problem çözme” ile “iletişim” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır (r=0,633; p<0,001). “Problem çözme” ile “süreç paylaşımı” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır (r=0,656; p<0,001). “Problem çözme” ile “koordinasyon” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır (r=0,608; p<0,001). “Problem çözme” ile “profesyonellik” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır (r=0,706; p<0,001).

“Problem çözüme” ile ‘HHİÖ’ arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,826$; $p<0,001$). “Problem çözüme” ile “sosyokültürel” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,575$; $p<0,001$). “Problem çözüme” ile “psikospiritüel” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,394$; $p<0,001$). “Problem çözüme” ile “fiziksel” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,556$; $p<0,001$). “Problem çözüme” ile ‘HKA’ arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,580$; $p<0,001$) (Tablo 25).

“İletişim” ile “süreç paylaşımı” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,573$; $p<0,001$). “İletişim” ile “koordinasyon” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,576$; $p<0,001$). “İletişim” ile “profesyonellik” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,664$; $p<0,001$). “İletişim” ile ‘HHİÖ’ arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,800$; $p<0,001$). “İletişim” ile “sosyokültürel” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,405$; $p<0,001$). “İletişim” ile “psikospiritüel” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,183$; $p<0,05$). “İletişim” ile “fiziksel” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,471$; $p<0,001$). “İletişim” ile ‘HKA’ arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,392$; $p<0,001$) (Tablo 25).

“Süreç paylaşımı” ile “koordinasyon” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,634$; $p<0,001$). “Süreç paylaşımı” ile “profesyonellik” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,717$; $p<0,001$). “Süreç paylaşımı” ile ‘HHİÖ’ arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,840$; $p<0,001$). “Süreç paylaşımı” ile “sosyokültürel” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,503$; $p<0,001$). “Süreç paylaşımı” ile “psikospiritüel” arasında istatistiksel olarak “anamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,389$; $p<0,001$).

“Süreç paylaşımı” ile “fiziksel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,581$; $p<0,001$). “Süreç paylaşımı” ile ‘HKA’ arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,554$; $p<0,001$) (Tablo 25).

“Koordinasyon” ile “profesyonellik” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,741$; $p<0,001$). “Koordinasyon” ile ‘HHİÖ’ arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,816$; $p<0,001$). “Koordinasyon” ile “sosyokültürel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,409$; $p<0,001$). “Koordinasyon” ile “psikospiritüel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,344$; $p<0,001$). “Koordinasyon” ile “fiziksel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,507$; $p<0,001$). “Koordinasyon” ile ‘HKA’ arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,472$; $p<0,001$) (Tablo 25).

“Profesyonellik” ile ‘HHİÖ’ arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,939$; $p<0,001$). “Profesyonellik” ile “sosyokültürel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,488$; $p<0,001$). “Profesyonellik” ile “psikospiritüel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,411$; $p<0,001$). “Profesyonellik” ile “fiziksel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,594$; $p<0,001$). “Profesyonellik” ile ‘HKA’ arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,560$; $p<0,001$) (Tablo 25).

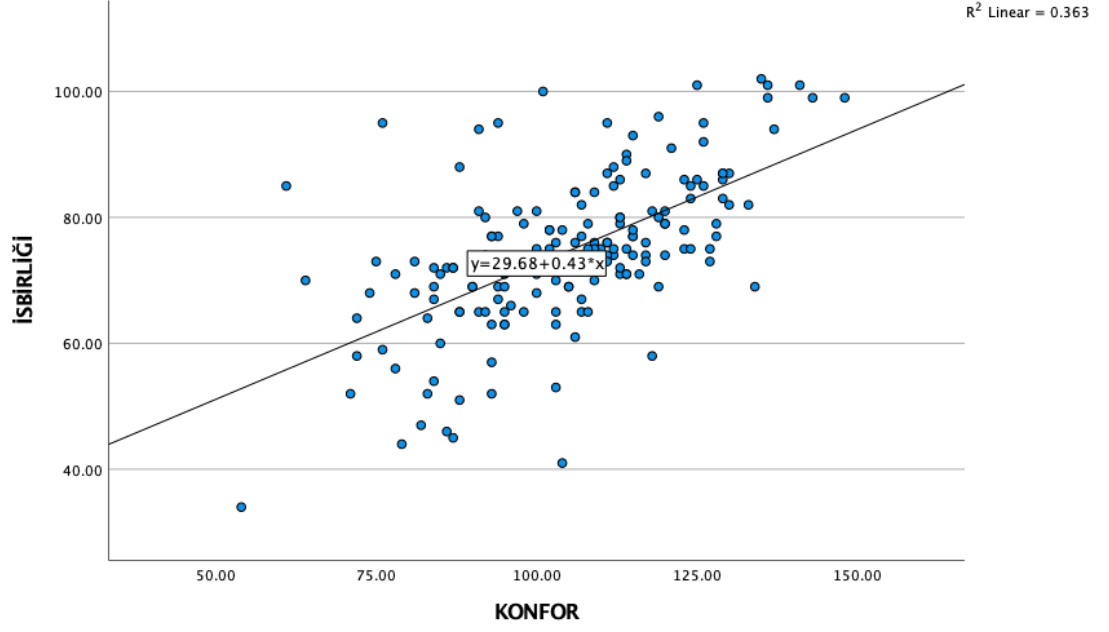
‘HHİÖ’ ile “sosyokültürel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,554$; $p<0,001$). ‘HHİÖ’ ile “psikospiritüel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,411$; $p<0,001$). ‘HHİÖ’ ile “fiziksel” arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,640$; $p<0,001$). ‘HHİÖ’ ile ‘HKA’ arasında istatistiksel olarak “anlamli, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,603$; $p<0,001$) (Tablo 25).

“Sosyokültürel” ile “psikospiritüel” arasında istatistiksel olarak “anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,558$; $p<0,001$). “Sosyokültürel” ile “fiziksel” arasında istatistiksel olarak “anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,736$; $p<0,001$). “Sosyokültürel” ile ‘HKA’ arasında istatistiksel olarak “anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,889$; $p<0,001$) (Tablo 25).

“Psikospiritüel” ile “fiziksel” arasında istatistiksel olarak “anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,610$; $p<0,001$). “Psikospiritüel” ile ‘HKA’ arasında istatistiksel olarak “anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,845$; $p<0,001$) (Tablo 25).

“Fiziksel” ile ‘HKA’ arasında istatistiksel olarak “anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunmaktadır ($r=0,871$; $p<0,001$) (Tablo 25).

Grafik 1. Hemşirelerin HHIÖ Toplam Puanları ve HKA Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin Doğrusal Analizi



‘HHİÖ’ ile ‘HKA’ toplam puanlarının arasındaki ilişkinin doğrusal analizinde HHIÖ puanları yüksek olan hemşirelerin HKA puanlarının da yüksek olduğu tespit edilmiştir (Grafik 1).

Tartışma

Bu bölümde çalışma kapsamında elde edilen bulgular literatüre göre karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $33,19 \pm 7,96$ (min=22, maks=56) olup, %47,5'i 26-33 yaş grubundadır. Aktaş'ın yaptığı çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $31,45 \pm 7,60$ 'tır (Aktaş, 2020). Akgün Şahin ve Kardaş Özdemir'in yapmış olduğu çalışmada ise katılımcıların yaş ortalaması $31,08 \pm 10,22$ iken %46,3'ünün 28-35 yaş grubunda olduğu saptanmıştır (Akgün Şahin & Kardaş Özdemir, 2015). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %78,3'ü kadın, %51,4'ü ise evlidir. Dost ve Bahçecik yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %88,4'ünün kadın, %58,5'inin evli olduğunu tespit etmiştir (Dost & Bahçecik, 2015). Yiğit Avcı ve Yılmaz'ın yaptığı çalışmada ise katılımcıların %74,1'inin kadın, %65,9'unun evli olduğu görülmektedir (Yiğit Avcı & Yılmaz, 2022). Yıllar ilerledikçe erkek hemşirelerin iş sahalarındaki varlıklarının arttığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %61,7'si lisans mezunudur. Alkan'ın yaptığı çalışmada %64,4, Liao ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise %55 lisans mezunu olduğu tespit edilmiştir (Alkan, 2020; Liao ve ark., 2015). Diğer eğitim düzeylerindeki hemşirelere kıyasla, lisans mezunu hemşirelerin sayıca daha fazla olduğu gözlemlenmektedir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %48,6'sının devlet hastanesinde çalıştığı, %72'sinin klinik hemşiresi olarak görev yaptığı, %67,4'ünün hem gece hem gündüz çalıştığı belirlenmiştir. Dost ve Bahçecik yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %72,1'inin klinik hemşiresi olduğunu, %62,9'unun gece ve gündüz çalıştığını tespit etmiştir (Dost & Bahçecik, 2015).

Araştırmaya katılan hemşirelerin % 36,6'sı 5 yıl ve daha az süredir hemşirelik yapmakta olup, %51,5'i 5 yıl ve daha az süredir cerrahi birimde çalışmaktadır. Katılımcıların hemşirelik yapma yılı ortalaması $10,65 \pm 8,51$ iken cerrahi birimde çalışma yılı ortalaması ise $7,15 \pm 6,43$ 'tür. Sheehan yapmış olduğu çalışmada

katılımcıların %49'unun 1-5 yıl arası süredir hemşirelik yaptığını saptamıştır (Sheehan, 2016).

Bu çalışmada HHIÖ Cronbach alfa katsayısı 0,939 ile yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. HHIÖ genel puan ortalamasının $2,87 \pm 0,47$ (min=1,31, maks=3,92) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %80,6'sının puan ortalamasının ölçeğin kesme noktası olan 2,5 puanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Durmuş ve arkadaşlarının Türkiye'deki HHİ seviyesini araştırdıkları çalışmada, katılımcılar arasındaki HHIÖ genel puan ortalaması $3,09 \pm 0,398$ olarak bulunmuştur (Çelik Durmuş ve ark., 2018). Alkan'ın yapmış olduğu çalışmada, katılımcıların HHIÖ genel puan ortalaması $2,47 \pm 0,72$ bulunmuştur (Alkan Çalışkan, 2020). Zengin'in yapmış olduğu çalışmada ise, HHIÖ genel puan ortalamasının $3,22 \pm 0,20$ olduğu saptanmıştır (Zengin, 2021).

Hemşirelerin yaşı ile HHIÖ ve HHIÖ profesyonellik alt boyutu arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur. Buna göre yaş arttıkça iş birliği düzeyinde ve profesyonellik algısında artış olduğu görülmektedir. Deneyimli hemşirelerin, işe yeni başlayan meslektaşlarına destek vererek ve iş birliği içinde hareket ederek çalışma ortamına olumlu katkıda buldukları düşünülebilir. Deneyimli hemşireler ayrıca, geçmişte benzer durumlarla karşılaşmış ve bu durumları başarıyla çözmüş olabilecekleri için, daha fazla özgüvene sahip olabilirler. Bu durum, iş birliği içinde daha etkili bir şekilde çalışmalarını sağlayabilir.

Hemşirelerin cinsiyeti ile HHIÖ, HHIÖ iletişim ve profesyonellik alt boyutları arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur. Buna göre kadın hemşirelerin iş birliği düzeylerinin, iletişim becerilerinin ve profesyonellik algılarının erkek meslektaşlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Şahbaz tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, kadın hemşirelerin genel iş birliği düzeylerinin, koordinasyon becerilerinin ve profesyonellik algılarının erkek meslektaşlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Şahbaz, 2019). Kadınlar genellikle daha duygusal ve empatik oldukları için, diğer insanlarla etkileşim kurma konusunda daha yetenekli olabilirler. Bu nedenle, kadın hemşirelerin iş birliği becerileri daha gelişmiş olabilir ve meslektaşlarıyla daha iyi bir iş birliği içinde çalışabilirler. Durmuş ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin cinsiyetine bağlı olarak iş birliği düzeyleri ve alt boyutlarının puanlarında herhangi bir farklılık belirlenmemiştir (Çelik Durmuş ve ark., 2018).

Araştırmada çalışmaya katılan hemşirelerin iş birliği düzeylerinin medeni durumlara göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Aktaş tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde, hemşirelerin medeni durumlarına göre iş birliği düzeyleri ve alt boyutları puanlarının farklılaşmadığı saptanmıştır (Aktaş, 2020).

Araştırmada hemşirelerin iş birliği düzeylerinin eğitim durumları ile değişmediği görülmüştür. Zengin tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde olduğu görülmüştür (Ş. Zengin, 2021). Kumcağız ve arkadaşlarının çalışması, hemşirelerin hemşirelerle iletişim düzeylerinin eğitim durumuna bağlı olmadığını ortaya koymuştur (Kumcağız ve ark., 2011). Kelleci ve Gölbaşı'nın yaptıkları çalışmalarında ise hemşirelerin eğitim düzeyleri ile hemşireler arası problem çözme becerileri arasında bir farklılık olmadığı belirlenmiştir (Kelleci & Gölbaşı, 2004). Lisans ve lisansüstü eğitim almış hemşirelerin profesyonellik durumlarının daha yüksek olduğunu gösteren ve eğitim seviyesinin önemini vurgulayan çalışmalar da vardır (Açıkgöz, 2015; Wynd, 2003). Hemşirelik, profesyonel meslek olarak kabul edilir ve asgari lisans düzeyinde eğitim gerektirir. Hemşirelik eğitimi; bireyler arası iletişimi, sosyal etkileşimi ve profesyonellik davranışlarını şekillendirmede önemli bir unsurdur. Ancak bu çalışmada, lisansüstü eğitimini tamamlamış olan hemşirelerin sayısı oldukça azdır ve sonuçlar geneli tam olarak temsil edemez.

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş birliği düzeylerinin çalışılan kuruma ve çalışılan birime göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu konuda yapılmış olan çalışmalar belirlenen tek bir kurumda gerçekleştirildiği için, farklı kurumların karşılaştırılmasına gidilmemiştir. Koçak'ın yapmış olduğu çalışmada, iş birliği düzeylerinin çalışılan birime göre farklılık göstermediği belirlenmiştir (Koçak, 2009).

Araştırmaya katılan hemşirelerin iş birliği düzeylerinin toplam hemşirelik yılına ve cerrahi birimde çalışma süresine göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Alkan'ın yaptığı çalışmada benzer şekilde, toplam çalışma süresi ve çalışılan birimdeki yıl ile HHİÖ ve alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (Çalışkan Alkan, 2020). İş birliği becerileri deneyimle doğrudan ilişkili olmayabilir. Hemşirelikte iş birliği, kişisel beceriler, iletişim yetenekleri ve ekip çalışması becerileriyle daha yakından ilişkili olabilir. Dolayısıyla, toplam hemşirelik yılına bakılmaksızın hemşireler benzer bir iş birliği düzeyine sahip olabilirler.

Hemşirelerin çalışma şekilleri ile HHIÖ, HHIÖ problem çözme, süreç paylaşımı ve profesyonellik alt boyutları arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur. Buna göre yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin iş birliği düzeylerinin, problem çözme becerilerinin, süreç paylaşımlarının ve profesyonellik algılarının yalnızca gece ve hem gece hem gündüz çalışan meslektaşlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Şahbaz tarafından yapılan çalışmada benzer şekilde, HHIÖ'nün koordinasyon alt boyutu haricinde diğer alt boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve gece vardiyasında çalışan hemşirelerin diğerlerine göre daha düşük iş birliği puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir (Şahbaz, 2019). Sonuçlara göre gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin, gece vardiyasında çalışan meslektaşlarına kıyasla daha geniş bir ekiple birlikte çalıştıkları için işbirlikçi yönlerinin daha gelişmiş olabileceği ifade edilebilir. Durmuş ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada HHIÖ iletişim alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve vardiyalı çalışan hemşirelerin ortalama iletişim puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Çelik Durmuş ve ark, 2018). Çalışma sonuçlarından farklı olarak hem gece hem de gündüz vardiyalarında çalışan hemşirelerin iş birliği ve takım çalışmasına daha yatkın olabileceği ortaya çıkmıştır.

Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevleri ile HHIÖ süreç paylaşımı alt boyutu arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur. Buna göre sorumlu hemşirelerin süreç paylaşım becerilerinin klinik hemşirelerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca çalışmada yönetici hemşirelerin iş birliği düzeyleri ve tüm HHIÖ alt boyut puanları diğer meslektaşlarından yüksek olmasına rağmen anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Çalışmaya katılan yönetici hemşire sayısının oldukça az olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Aktaş tarafından yürütülen çalışmada, katılımcıların çalıştığı birimlerdeki pozisyonları ile HHIÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelenmiş ve sonuçlar, tüm alt boyutlarda sorumlu hemşire olarak çalışan katılımcıların, klinik hemşireleri olarak çalışan katılımcılara kıyasla daha yüksek bir puan ortalamasına sahip olduklarını göstermiştir (Aktaş, 2020). Bir hemşirenin sorumlu veya yönetici pozisyonuna yükselebilmesi için, kendi çalışma çevresindeki beceri ve bilginin yanı sıra yönetim alanında da yüksek düzeyde bilgi ve beceriye sahip olması gereklidir. Sorumlu ve yönetici hemşirelerin, tecrübelerinin fazla olmasının da profesyonelliklerini güçlendiren özellikler arasında olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada HKA Cronbach alfa katsayısı 0,931 ile yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. HKA genel puan ortalamasının 105.06 ± 17.25 (min=54, maks=148) olduğu belirlenmiştir. Ölçekten en yüksek alınabilecek puan 156 puan olduğundan çalışmada konfor düzeyinin ortanın üzerinde olduğu görülmektedir.

Hemşirelerin yaşı ile HKA ve HKA alt boyutları arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur. Buna göre yaş arttıkça hemşire konfor düzeyinde artış olduğu görülmektedir. Yaşı yüksek hemşirelerin konfor düzeyinin daha yüksek olduğu sonucu, öncelikle çalışılan ortam, iş yükü, çalışma saatleri, meslek tecrübesi ve kişisel özellikler gibi birçok faktöre bağlı olabilir. Bazı araştırmalar, daha yaşlı hemşirelerin genellikle daha fazla meslek tecrübesine sahip olduğunu ve bu nedenle işlerinde daha rahat ve kendine güvenli hissettiklerini göstermiştir (Clark & Springer, 2007; Serçekuş & İnce, 2010). Ayrıca, ileri yaş hemşirelerin daha fazla özsaygı ve özgüvene sahip olabilecekleri ve iş yüküne daha kolay uyum sağlayabilecekleri düşünülebilir. Diğer bir faktör ise, ileri yaş hemşirelerin daha az fiziksel olarak yorulabilecekleri ve bu nedenle daha rahat bir çalışma ortamında olabilecekleri olabilir. Ancak, yaş arttıkça hemşirelerin konfor düzeyinin daha yüksek olmasının birçok farklı etkeni olabilir ve bu sonucun geçerli olabilmesi için daha fazla araştırma yapılması gerekebilir.

Hemşirelerin cinsiyeti ile HKA, HKA psikospiritüel ve fiziksel alt boyutları arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur. Buna göre kadın hemşirelerin genel konfor düzeylerinin, psikospiritüel ve fiziksel konforlarının erkek meslektaşlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleri, kadınların bakım verme konusunda daha deneyimli ve bu nedenle daha rahat hissetmelerine neden olabilir. Hemşirelik mesleği de kadınların daha çok tercih ettiği bir meslek olduğu için, kadın hemşirelerin daha çok sayıda olması, çalışma ortamında daha fazla özgüvenli hissetmelerine yardımcı olabilir (MacPhee ve ark, 2017; Safadi ve ark, 2020). Ayrıca, kadınların daha duygusal ve empatik olduğu düşünülür, bu nedenle kadın hemşirelerin hastalarla daha iyi iletişim kurabildikleri ve bu nedenle daha rahat hissettikleri söylenebilir. Bunun yanı sıra, erkek hemşirelerin sayısı az olduğu için, çalışma ortamında daha az destek ve dayanışma hissi olabilir. Bu nedenle, erkek hemşirelerin daha yüksek bir stres seviyesine sahip olmaları ve bu nedenle daha az rahat hissetmeleri mümkündür.

Araştırmaya katılan hemşirelerin konfor düzeylerinin medeni durumlara göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bunun sebebi ilişki durumu ile konfor düzeyi arasında doğrudan bir ilişki olmaması olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin konfor düzeylerinin farklı eğitim durumlarına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Hemşirelerin iş tecrübesi, eğitim düzeyinden daha belirleyici olabilir. Daha az eğitilmiş bir hemşirenin daha fazla iş tecrübesi olabilir, bu da konfor düzeyini artırabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin konfor düzeylerinin çalışılan kuruma göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu sonuç farklı kurumlarda benzer bir konfor seviyesi deneyimlendiği anlamına gelebilir.

Hemşirelerin çalıştıkları birim ile HKA ve HKA alt boyutları arasında istatistiksel anlamda farklılık görülmüştür. Buna göre ameliyathanede çalışan hemşireler en yüksek konfor düzeyine sahip olurken, yoğun bakımda çalışan hemşireler ise en düşük konfor düzeyine sahiptir. Ameliyathane ve yoğun bakım birimleri birbirinden oldukça farklıdır ve bu farklılıkların hemşirelerin konfor düzeylerine etkisi olabilir. Ameliyathaneler genellikle daha sessiz ve düzenli ortamlara sahipken, yoğun bakım birimleri çok daha hareketli, gürültülü ve acil durumlarla doludur. Bunun yanı sıra, yoğun bakım birimlerindeki hastaların durumları daha kritiktir ve hemşirelerin bu hastaların yaşamını kurtarmak için yoğun bir şekilde çalışması gerekebilir. Bu durum, yoğun bir stres seviyesine ve yorgunluğa neden olabilir ve bu da konfor düzeylerini etkileyebilir. Ayrıca, hemşirelerin yoğun bakım birimindeki iş yükü de ameliyathane ortamına kıyasla daha yüksek olabilir ve bu da konfor düzeylerindeki farklılıklara neden olabilir.

Hemşirelerin çalışma şekilleri ile HKA ve HKA alt boyutları arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur. Buna göre yalnızca gündüz çalışan hemşirelerin konfor düzeylerinin yalnızca gece ve hem gece hem gündüz çalışan meslektaşlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda, iş koşullarıyla ilişkili olarak aşırı çalışma saatlerinin, nöbet veya vardiyalı çalışmanın ve yüksek iş yükünün, tükenmişliğe ve fiziksel-ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu belirtilmiştir (Arcak & Kasımoğlu, 2006; Günüşen & Üstün, 2010). Gündüz çalışan hemşireler, genellikle gece mesaisinde olan meslektaşlarına kıyasla daha düzenli ve

öngörülebilir bir çalışma programına sahip olabilirler. Bu daha düzenli program, çalışanların yaşam tarzlarını daha kolay planlamalarına ve daha iyi bir iş-yaşam dengesi elde etmelerine yardımcı olabilir. Gece vardiyası ise, çalışanların biyolojik saatlerini bozabilir ve normal uyku düzenlerini etkileyebilir. Çalışanların daha fazla yorgunluk, stres ve fiziksel/psikolojik rahatsızlık yaşamalarına neden olabilir. Bu faktörler, gece çalışanlarının konfor düzeylerinin daha düşük olmasına neden olabilir.

Hemşirelerin toplam hemşirelik yılı ve cerrahi birimde çalışma süresi ile HKA ve HKA alt boyutları arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur. Buna göre hemşirelerin deneyimi arttıkça konfor düzeyinin arttığı görülmektedir. Hemşirelerin deneyimi arttıkça meslekte daha tecrübeli hale gelirler, iş yeri kültürüne ve iş akışına aşina olurlar. Bu durum, iş yerindeki stresi azaltarak, hemşirelerin kendilerini daha rahat ve konforlu hissetmelerine neden olabilir (Numminen ve ark., 2016; Wong & Cummings, 2007). Bunun yanı sıra, deneyimli hemşirelerin genellikle daha iyi bir iş-yaşam dengesi vardır. Bu, hemşirelerin işleriyle ilgili stresini azaltır ve iş dışındaki aktiviteleri için daha fazla zaman ayırarak kendilerini daha rahat hissetmelerine neden olabilir.

Hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevleri ile HKA, HKA sosyokültürel ve fiziksel alt boyutu arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmuştur. Buna göre ameliyathane hemşirelerinin konfor düzeyinin klinik hemşirelerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, ameliyathane hemşirelerinin çalışma koşullarının klinik hemşirelerine göre daha spesifik ve daha kontrollü olması olabilir. Ameliyathane ortamı, diğer sağlık hizmetleri ortamlarına göre daha kontrollü bir ortam olarak kabul edilir. Ameliyathane hemşireleri, ameliyat öncesinde, sırasında ve sonrasında sadece ameliyathanedeki görevleriyle ilgilenirler. Bu görevler, ameliyatın planlanması, hastanın hazırlanması, anestezi uygulanması, cerrahi müdahale ve hastanın ameliyat sonrası bakımı gibi spesifik görevlerdir (Eriksson ve ark., 2020; Khong ve ark., 2020). Bu durum, klinik hemşirelerin aksine, daha öngörülebilir bir çalışma rutinine sahip olabilecekleri anlamına gelir. Sonuç olarak, ameliyathane hemşirelerinin konfor düzeyinin klinik hemşirelerinden daha yüksek olması, ameliyathane hemşireliğinin daha öngörülebilir, daha az stresli bir çalışma ortamına sahip olmasından kaynaklanabilir. Ancak, her iki birimde de işlerinin zorlukları vardır ve her hemşirenin kendine özgü stres faktörleri olabilir.

Cerrahi hemşirelerinin “Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği” ile “Hemşire Konforu Anketi” toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. İş birliği düzeyi yüksek olan hemşirelerin konfor düzeylerinde de artış olduğu görülmektedir. İş birliği içinde olan hemşirelerin birbirlerine destek oldukları, iş yükünü paylaştıkları ve birlikte çalıştıkları söylenebilir. İş birliği içinde olan hemşireler arasında destek ve iş yükü paylaşımı olduğu için her bir hemşirenin daha az stres yaşadığı ve işlerini daha verimli bir şekilde yapabildiği gözlenmiştir. Birlikte çalışma, hemşirelerin birbirlerine güven duymalarını ve saygılı davranmalarını sağlar. Bu durum, iletişimi geliştirir ve çalışma ortamını daha olumlu bir hale getirir. Hemşireler arasında güven ve saygı olduğunda, daha iyi bir ekip çalışması ve uyum sağlanır. Ayrıca, iş birliği hemşirelerin ortak hedeflere odaklanmalarını ve birbirlerine destek olmalarını sağlar. Birlikte çalışma, hasta bakımının kalitesini artırabilir ve olumsuz olayları en aza indirebilir. Hemşireler arasında iş birliği sağlandığında, hasta güvenliği ve hasta memnuniyeti gibi önemli faktörlerin iyileştiği görülebilir (Park ve ark, 2013; Barton ve ark, 2018; Labrague ve ark, 2022).

Hemşirelerin başarısı, refahlarını besleyen ve teşvik eden bir çalışma ortamına bağlıdır. Destekleyici olmayan bir ortam, çalışanların işlerine bağlılık eksikliği ve kuruluşun hedefleriyle bağlantısızlık hissiyle sonuçlanabilir. Bu durumda, çalışanlar düşük moral, artan stres ve tükenmişlik gibi olumsuz sonuçlarla karşılaşabilir, bu da örgütün istikrarını etkileyebilir (Boamah et al., 2017). Ancak, çalışma ortamındaki rahatlık düzeyi istenilen düzeyde olduğunda hemşirelerin motivasyonu ve iş doyumunu olumlu yönde etkileyecektir. Araştırmalar, rahat bir çalışma ortamının, hemşireler arasında kişilerarası iletişimi, iş birliğini, hasta bakım kalitesini ve mesleki doyumunu artırdığını göstermektedir (Ferrandiz & Martín-Baena, 2015; Kocaman et al., 2018).

Sonuç olarak, cerrahi hemşirelerin arasındaki iş birliğinin arttıkça konfor düzeylerinin de arttığı görülmüştür.. İş birliği, destek, iletişim, güven ve saygı gibi unsurları içerir ve hemşirelerin birlikte çalışmasını teşvik eder. Bu da hemşirelerin daha iyi bir şekilde hasta bakımı yapmalarını sağlar ve sonuç olarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltir.

Sonuç ve Öneriler

Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin iş birliği ve konfor düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmada;

Sosyo-Demografik, Klinik Özelliklere Göre;

- Araştırmaya katılan hemşirelerin % 78,3'ünün kadın olduğu,
- Yaş ortalamasının $33,19 \pm 7,96$ (min=22, maks=56), %47,5'inin 26-33 yaş aralığında olduğu,
- %61,7'sinin lisans mezunu olduğu,
- %51,4'ünün evli olduğu,
- %48,6'sının devlet hastanesinde çalıştığı,
- %29,7'sinin poliklinikte, %28,6'sının ise klinikte çalıştığı,
- %67,4'ünün hem gece hem gündüz çalıştığı,
- Hemşirelik yapma yılı ortalamasının $10,65 \pm 8,51$ (min=1, maks=34), %36,6'sının 5 yıl ve daha az süredir hemşire olarak çalıştığı,
- Cerrahi birimde çalışma yılı ortalamasının $7,15 \pm 6,43$ (min=1, maks=34), %51,5'inin 5 yıl ve daha az süredir cerrahi birimde çalıştığı,
- %72'sinin klinik hemşiresi olarak görev yaptığı,

Hemşire-Hemşire İş Birliği Düzeylerine Göre,

- “HHİÖ” genel puan ortalaması $2,87 \pm 0,47$ puan olarak saptandı. Ölçeğin alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında “problem çözme” $2,73 \pm 0,68$ puan, “iletişim” $2,63 \pm 0,50$ puan, “süreç paylaşımı” $2,96 \pm 0,53$ puan, “koordinasyon” $2,93 \pm 0,60$ puan, “profesyonellik” $2,93 \pm 0,60$ puan olduğu,
- Cinsiyet, yaş ve çalışma şekli ile HHİÖ'den aldıkları puan arasında anlamlı farklılık bulunduğu,
- Çalışma şekli ile problem çözme alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunduğu,
- Cinsiyet ile iletişim alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunduğu,
- Çalışma şekli ve çalışılan birimdeki görev ile süreç paylaşımı alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunduğu,

- Cinsiyet, yaş ve çalışma şekli ile profesyonellik alt boyutu arasında anlamlı farklılık olduğu,

Hemşire Konfor Düzeyine Göre,

- “HKA” genel puan ortalaması 105.06 ± 17.25 puan olarak saptandı. Ölçeğin alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında “sosyokültürel” 35.20 ± 7.59 puan, “psikospiritüel” 38.68 ± 7.28 puan, “fiziksel” 31.17 ± 4.99 puan olduğu,
- Cinsiyet, yaş, çalışılan birim, hemşirelik yapma süresi, cerrahi birimde çalışma süresi ve çalışılan birimdeki görev ile HKA’dan alınan toplam puan arasında anlamlı farklılık bulunduğu,
- Yaş, çalışılan birim, hemşirelik yapma süresi, cerrahi birimde çalışma süresi ve çalışılan birimdeki görev ile sosyokültürel alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunduğu,
- Cinsiyet, yaş, çalışılan birim, hemşirelik yapma süresi ve cerrahi birimde çalışma süresi ile psikospiritüel alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunduğu,
- Cinsiyet, yaş, çalışılan birim, hemşirelik yapma süresi, cerrahi birimde çalışma süresi ve çalışılan birimdeki görev ile fiziksel alt boyutu arasında anlamlı farklılık bulunduğu,

Ölçekler Arası İlişkiye Göre,

- “HHİÖ” ile “HKA” arasında istatistiksel olarak “anlamlı, pozitif yönlü ve güçlü düzeyde ilişki” bulunduğu,
- “HHİÖ” puanları yüksek olan hemşirelerin “HKA” puanlarının da yüksek olduğu saptandı.

Bu sonuçlara göre,

- Hastane yöneticilerinin, çalışanları arasındaki iş birliğini ve takım çalışmasını teşvik etmesi,
- Hemşirelerin motivasyonunun artırılarak, teşvik edici bir çalışma ortamı oluşturmasının ve hemşirelerin birbirlerine destek olmalarının sağlanması,

- İş birliğini teşvik eden bir kültür yaratılması ve çalışanların birbirleriyle açık ve etkili bir şekilde iletişim kurmalarının sağlanması,
- Acil servis, ameliyathane, yoğun bakım gibi birimlerin her hemşire tarafından deneyimlenebilmesi amacıyla birimler arası rotasyonun sağlanması,
- Hemşirelerin iş stresiyle başa çıkmalarına yardımcı olacak psikolojik desteklerin sağlanması,
- Hemşirelerin rahat bir şekilde çalışabileceği ergonomik mobilyalar ve ekipmanların sağlanarak fiziksel konforunun sağlanması önerilebilir.



Kaynaklar

- Acar, K. & Aygün, D. (2016). Orak Hücre Hastalığına Bağlı Akut Göğüs Sendromu'nun Konfor Kuramına Göre Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı: Olgu sunumu. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 73(2), (s.235-241).
- Açıkgöz, G. (2015). Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin ve Profesyonellik Davranışlarının Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 90-97.
- Adıgüzel, O., Tanrıverdi, H. & Özkan, D. S. (2011). Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), (s.17-28).
- Akgün Şahin, Z. & Kardeş Özdemir, F. (2015). Communication and Empathy Skill Levels of Nurses. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(1), (s.1-7).
- Aktaş, S. (2020). Hemşire-Hemşire İş Birliğinin Değerlendirilmesi: Adana Örneği. *Çukurova Medical Journal*, 45(4), (s.1526-1539).
- Al-Hamdan, Z. M., Alyahia, M., Al-Maaitah, R., Alhamdan, M., Faouri, I., Al-Smadi, A. M. & Bawadi, H. (2021). The Relationship Between Emotional İntelligence and Nurse-Nurse Collaboration. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(5), (s.615-622).
- Al-Hamdan, Z., Manojlovich, M. & Tanim, B. (2017). Jordanian Nursing Work Environments, Intent to Stay, and Job Satisfaction. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(1), (s.103-110).
- Alkan Çalışkan, M. (2020). Hemşirelerin Profesyonellik Tutumlarının Hemşireler Arası İş Birliğine Etkisi. *Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi*.
- Apóstolo, J. L. A. & Kolcaba, K. (2009). The Effects of Guided Imagery on Comfort, Depression, Anxiety, and Stress of Psychiatric Inpatients with Depressive Disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(6), (s.403-411).

- Arcak, R. & Kasımoğlu, E. (2006). Diyarbakır Merkezdeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyetleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 33 (1), (s.23-30).
- Arslankılıç, Ç. & Göl, E. (2020). Kolcaba'nın Konfor Kuramının Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalarda Kullanımı: Sistemik Derleme. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), (s.34-44).
- Aslan, F. E. (2009). Cerrahi Hemşireliğinin Tarihçesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 17(2), (s.132-138).
- Aslan, Ş. & Güzel, Ş. (2018). Duygusal Zeka, Problem Odaklı Stresle Başa Çıkma, İyileşme ve Duygusal Tükenme İlişkileri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(1), (s.25-36).
- Barton, G., Bruce, A. & Schreiber, R. (2018). Teaching Nurses Teamwork: Integrative Review of Competency-Based Team Training in Nursing Education. *Nurse Education in Practice*, 32, (s.129-137).
- Başar, G., Akın, S. & Durna, Z. (2015). Hemşirelerde ve Hemşirelik Öğrencilerinde Problem Çözme ve İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 7(2), (s.57-68).
- Bingöl, Ü. & Kutlu, A. (2019). Hemşirelerin Çalışma Ortamlarının Hasta ve Hemşire Güvenliği Açısından Değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 35(2), (s.49-59).
- Boamah, S. A., Read, E. A. & Spence Laschinger, H. K. (2017). Factors Influencing New Graduate Nurse Burnout Development, Job Satisfaction And Patient Care Quality: A Time-Lagged Study. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), (s.1182-1195).
- Bramhall, E. (2014). Effective Communication Skills in Nursing Practice. *Nursing Standard*, 29(14), (s.53-59).
- Büyükcünal Şahin, P. & Rızalar, S. (2018). Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), (s.404-413).

- Clark, C. M. & Springer, P. J. (2007). Thoughts on Incivility: Student and Faculty Perceptions of Uncivil Behavior in Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, 28(2), (s.93-97).
- Çelik Durmuş, S., Ekici, D. & Yıldırım, A. (2018). The Level of Collaboration amongst Nurses in Turkey. *International Nursing Review*, 65(3), (s.450-458).
- Çelik Durmuş, S. & Yıldırım, A. (2016). Adaptation to Turkish of Nurse-Nurse Collaboration Scale. *Journal of Human Sciences*, 13(2), (s.3521-3528).
- Çelik Durmuş, S. & Yıldırım, A. (2018) Collaboration Amongst Nurses. *Journal of Health and Nursing Management*, 5(3): (s.210-216).
- Çetinkaya Ulusoy, E. & Ecevit Alpar, Ş. (2013). Hemşirelerde Meslektaş Dayanışması ve İş Doyumu ile İlişkisi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(3), (s.154-163).
- Çınar Yücel, Ş., Göke Arslan, G., Ergin, E. & Kuşuoğlu, S. (2019). Psychometric Characteristics of the Turkish Version of the Nurse Comfort Questionnaire. *Journal of Religion and Health*, 58(5), (s.1803-1816).
- Dinç S., Kaya, Ö. & Şimşek, Z. (2007). Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin hemşirelik mesleği hakkındaki bilgi, düşünce ve beklentileri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), (s.1-9).
- Dost, A. & Bahçecik, A. N. (2015). Developing A Scale for The Image of Nursing Profession. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(2), (s.51-59).
- Dougherty M. B. & Larson E. L. (2010). The Nurse-Nurse Collaboration Scale. *Journal of Nursing Administration*, 40(1), (s.17-25).
- Edmondson, A. (1999). Psychological Safety and Learning Behavior in Work Teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), (s.350-383).
- Erdemir, F. & Çırlak, A. (2013). Rahatlık Kavramı ve Hemşirelikte Kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(4), (s.224-230).

- Eriksson, J., Lindgren, B. M. & Lindahl, E. (2020). Newly Trained Operating Room Nurses' Experiences Of Nursing Care in The Operating Room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), (s.1074-1082).
- Ertürk, D. A. (2013). Yıldırma Davranışları, Nedenleri ve Sonuçları. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), (s.146-169).
- Ferrandiz, E. F. & Martín-Baena, D. (2015). Translation and Validation of A Spanish Version Of The Kolcaba's General Comfort Questionnaire in Hospital Nurses. *International Journal of Nursing*, 2(1), (s.113-119).
- Filizli, G. & Önler, E. (2020). Nurse-Physician Collaboration in Surgical Units: A Questionnaire Study. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 21, 100386.
- Friedlaender, G. E. & Friedlaender, L. K. (2013). Art in Science: Enhancing Observational Skills. *Clinical Orthopaedics & Related Research*, 471(7), (s.2065-2067).
- Goodwin, M. & Candela, L. (2013). Outcomes Of Newly Practicing Nurses Who Applied Principles Of Holistic Comfort Theory During The Transition From School To Practice: A Qualitative Study. *Nurse Education Today*, 33(6), (s.614-619).
- Goodwin, M., Sener, I. & Steiner, S. H. (2007). A Novel Theory for Nursing Education: Holistic Comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 25(4), (s.278-285).
- Gum, L. F., Prideaux, D., Sweet, L. & Greenhill, J. (2012). From The Nurses' Station To The Health Team Hub: How Can Design Promote Interprofessional Collaboration? *Journal of Interprofessional Care*, 26(1), (s.21-27).
- Günüşen, N.P. & Üstün, B. (2010). Türkiye'de İkinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hemşire ve Hekimlerde Tükenmişlik: Literatür İncelemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1, (s.40-51).
- Hall, P. & Weaver, L. (2001). Interdisciplinary Education and Teamwork: A Long and Winding Road. *Medical Education*, 35(9), (s.867-875).

- Hassona, F. M. H. & El-Aziz, M. A. (2017). Relation between Nurse-Nurse Collaboration and Missed Nursing Care Among Intensive Care Nurses. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6(2), (s.28-35).
- Heard, P. L., Hartman, S., Beal, B. D. & Bushardt, S. C. (2014). Nurse Comfort...More Than Helpful Hands. *Nursing Management*, 45(4), (s.30-35).
- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Barach, P., Spijker, A., Gademan, P., Kalkman, C., Liefers, J., Vernooij-Dassen, M. & Wollersheim, H. (2012). Improving Patient Handovers From Hospital to Primary Care: A Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 157(6), (s.417-428).
- Hossny, E. K. & Sabra, H. E. (2021). The Attitudes of Healthcare Professionals Towards Nurse-Physician Collaboration. *Nursing Open*, 8(3), (s.1406-1416).
- Ibraheem, E., Eid, N. & Rashad, Z. (2020). Conducting Workshops on Nurses' Collaboration Knowledge and Skills: Effect on Their Performance. *Menoufia Nursing Journal*, 5(1), (s.65-75).
- Kaiser, J. A. & Westers, J. B. (2018). Nursing Teamwork in A Health System: A Multisite Study. *Journal of Nursing Management*, 26(5), (s.555-562).
- Karadaş, A., Kaynak, S., Duran, S. & Ergün, S. (2018). Hemşirelerin Profesyonellik Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Balıkesir Örneği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(3), (s.74-80).
- Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, Kaya H. & Şendir. M. (2006) Hemşire Öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10, (s.1-11).
- Kelleci, M. & Gölbaşı, Z. (2004). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Problem Çözme Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), (s.1-8).
- Khong, B. P. C., Goh, B. C., Phang, L. Y. & David, T. (2020). Operating Room Nurses' Self-Reported Knowledge and Attitude on Perioperative Pressure Injury. *International Wound Journal*, 17(2), (s.455-465).

- Kitson, A. & Soerensen, E. E. (2017). Editorial: Crossing the Caring Chasm. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), (s.1753-1756).
- Kocaman, G., Arslan Yürümezoğlu, H., Uncu, S., Türkmen, E., Göktepe, N. & İntepeler, Ş. S. (2018). Türkiye’de Hemşireler İçin Sağlıklı Çalışma Ortamı Standartlarının Geliştirmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 15(1), (s.30-38).
- Koçak, H. (2019). Hemşire-Hemşire İş Birliğinin Hemşirelerin İş Doyumu Düzeylerine Etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: Operationalizing the Construct as A Nurse-Sensitive Outcome. *Advances in Nursing Science*, 15(1), (s.1-10).
- Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory Of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*, 49(2), (s.86-92).
- Kolcaba, K. & DiMarco, M. A. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *PEDIATRIC NURSING*, 31(3), (s.187-194).
- Kolcaba, K. & Steiner, R. (2000). Empirical Evidence for the Nature of Holistic Comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18(1), (s.46-62).
- Kolcaba, K., Tilton, C. & Drouin, C. (2006). Comfort Theory: A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(11), (s.538-544).
- Kolcaba, K. & Wilson, L. (2002). Comfort Care: A Framework for Perianesthesia Nursing. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 17(2), (s.102-114).
- Kolcaba, K. Y. (1994). A Theory of Holistic Comfort for Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), (s.1178-1184).
- Kolcaba, K. Y. (1995). The Art of Comfort Care. *Image. The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), (s.287-289).
- Kolcaba, K. Y. & Kolcaba, R. J. (1991). An Analysis of The Concept of Comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), (s.1301-1310).

- Korkut, F. (2005). Yetişkinlere Yönelik İletişim Becerileri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 28, (s.143-149).
- Kourkouta, L. & Papathanasiou, I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio Medica*, 26(1), (s.65-67).
- Krinsky, R., Murillo, I. & Johnson, J. (2014). A Practical Application of Katharine Kolcaba's Comfort Theory to Cardiac Patients. *Applied Nursing Research*, 27(2), (s.147-150).
- Kuğuluoğlu, S. & Karabacak, Ü. (2008). Genel Konfor Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 16(61), (s.16-23).
- Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik, S. B. & Avcı, İ. A. (2011). Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), (s.49-56).
- Labrague, L., Al Sabei, S., Al Hawajfah, O., AbuAlRub, R. & Burney, I. (2022). Interprofessional Collaboration as a Mediator in the Relationship between Nurse Work Environment, Patient Safety Outcomes and Job Satisfaction among Nurses. *Journal of Nursing Management*, 30(1), (s.268-278).
- Lafçı, D., Pehlivan, S. & Demiray, G. (2016). Viewpoints of Physicians and Nurses Working in Surgical Clinics on Teamwork. *Journal of Health and Nursing Management*, 3(2), (s.55-64).
- Lemetti, T., Puukka, P., Stolt, M. & Suhonen, R. (2020). Nurse-to-Nurse Collaboration between Nurses Caring for Older People in Hospital and Primary Health Care: A Cross-sectional Study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7-8), (s.1154-1167).
- Lemetti, T., Stolt, M., Rickard, N. & Suhonen, R. (2015). Collaboration Between Hospital And Primary Care Nurses: A Literature Review: Nurse-To-Nurse Collaboration. *International Nursing Review*, 62(2), (s.248-266).
- Lemetti, T., Voutilainen, P., Stolt, M., Eloranta, S. & Suhonen, R. (2019). Older Patients' Experiences of Nurse-To-Nurse Collaboration Between Hospital and Primary Health Care in The Care Chain for Older People. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), (s.600-608).

- Liao, C., Qin, Y., He, Y. & Guo, Y. (2015). The Nurse–Nurse Collaboration Behavior Scale: Development and Psychometric Testing. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(4), (s.334-339).
- Ma, C., Park, S. H. & Shang, J. (2018). Inter And Intra Disciplinary Collaboration and Patient Safety Outcomes in U.S. Acute Care Hospital Units: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Nursing Studies*, 85, (s.1-6).
- MacPhee, M., Dahinten, V. S. & Havaei, F. (2017). The Impact of Employment Status on Quality of Care Factors in A Newly Regulated Canadian Nursing Workforce. *BMC nursing*, 16(1), (s.15).
- Mahvar, T., Mohammadi, N., Seyedfatemi, N. & Vedadhir, A. (2020). Interpersonal Communication among Critical Care Nurses: An Ethnographic Study. *Journal of Caring Sciences*, 9(1), (s.57-64).
- Malinowski, A. & Stamler, L. L. (2002). Comfort: Exploration of the Concept in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39(6), (s.599-606).
- Manser, T. (2009). Teamwork and Patient Safety in Dynamic Domains of Healthcare: A Review of the Literature: Teamwork And Patient Safety. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 53(2), (s.143-151).
- Moore, J., Prentice, D. & McQuestion, M. (2015). Social Interaction and Collaboration among Oncology Nurses. *Nursing Research and Practice*, 2015, (s.1-7).
- Moore, J., Prentice, D. & Salfi, J. (2017). A Mixed-Methods Pilot Study of the Factors That Influence Collaboration Among Registered Nurses and Registered Practical Nurses in Acute Care. *Clinical Nursing Studies*, 5(4), (s.1-11).
- Morley, L. & Cashell, A. (2017). Collaboration in Health Care. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 48(2), (s.207-216).
- Nakata, C. & Im, S. (2010). Spurring Cross-Functional Integration for Higher New Product Performance: A Group Effectiveness Perspective: Spurring Cross-Functional Integration for Higher New Product Performance. *Journal of Product Innovation Management*, 27(4), (s.554-571).

- Numminen, O., Ruoppa, E., Leino-Kilpi, H., Isoaho, H., Hupli, M. & Meretoja, R. (2016). Practice Environment and Its Association with Professional Competence and Work-Related Factors: Perception of Newly Graduated Nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(1), (s.E1-E11).
- Öğüt, A. & Kaya, Ş. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyo-Teknik Online Ulusal Hakemli Dergi, 1, (s.87-96).
- Özkaraca, R. (2009). Hekim ve Hemşirelerin İş Birliğine İlişkin Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Öztürk, H., Bahçecik, N. & Paslı Gürdoğan, E. (2012). Hastanelere Göre Yönetici Hemşirelerin Liderlik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), (s.17-25).
- Park, J., Hawkins, W., Hawkins, M. & Hamlin, E. (2013). Attitudes Toward Interprofessional Collaboration Among Students in the Health Care Professions. *Advances in Social Work*, 14(2), (s.556-572).
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration: Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), (s.73-82).
- Prentice, D., Moore, J., Crawford, J., Lankshear, S. & Limoges, J. (2020). Collaboration among Registered Nurses and Licensed Practical Nurses: A Scoping Review of Practice Guidelines. *Nursing Research and Practice*, (s.1-7).
- Qaseem, B., Shea, J., Connor, S. R. & Casarett, D. (2007). How Well Are We Supporting Hospice Staff? Initial Results of the Survey of Team Attitudes and Relationships (STAR) Validation Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(4), (s.350-358).
- Rahman, M. (2019). 21st Century Skill "Problem Solving": Defining the Concept. *Asian Journal of Interdisciplinary Research*, 2(1), (s.64-74).

- Safadi, R., Nassar, O. & Alkhoury, M. (2020). Gender Differences in Occupational Stress, Job Satisfaction, and Mental Health among Palestinian Nurses. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, 32(1), (s.1-9).
- Serçekuş, P. & İnce, S. (2010). Nurses' Views of Their Professional Practice Environment and Its Association with Job Satisfaction and Intent to Leave. *Nursing Outlook*, 58(5), (s.207-215).
- Seyedfatemi, N., Rafii, F., Rezaei, M. & Kolcaba, K. (2014). Comfort and Hope in the Preanesthesia Stage in Patients Undergoing Surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 29(3), (s.213-220).
- Sheehan, S. (2016). Collaborating for Better Outcomes: Exploring the Link Between Nurse-Nurse Collaboration and Nurse Job Satisfaction. York University Graduate Program in Nursing. Degree of Master of Science.
- Sheldon, L. K., Barrett, R. & Ellington, L. (2006). Difficult Communication in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), (s.141-147).
- Shohani, M., Valizadeh, L., Zamanzadeh, V. & Dougherty, M. B. (2017). Effective Individual Contributions on Iranian Nurses Intraprofessional Collaboration Process: A Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 6(3), (s.213-220).
- Stucky, C. H., Wymer, J. A. & House, S. (2022). Nurse Leaders: Transforming Interprofessional Relationships to Bridge Healthcare Quality and Safety. *Nurse Leader*, 20(4), (s.375-380).
- Şahbaz, F. (2019). Hemşireler Arası İş Birliğinin Hemşirelerin Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi. Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Şahin, Ç. (2004). Problem Çözme Becerisinin Temel Felsefesi. *Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10, (s.160-171).
- Şahin Orak, N., Çınar Pakyüz, S. & Kartal A. (2017). Ölçek Geliştirme Çalışması: Hemodiyaliz Hastalarında Konfor. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 12(2), (s.68-77).

- Taşçı, S. (2005). Hemşirelikte Problem Çözme Süreci. Sağlık Bilimleri Dergisi, 14(Özel Sayı), (s.73-78).
- Taşkın Duman, H., Yıldırım, Y., Fadiloğlu, Ç. & Şenuzun Aykar, F. (2020). Kolcaba'nın Konfor Kuramına Göre Atriyal Fibrilasyon Olgusu. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 11(24), (s.37-42).
- Temuçin, E., Dolu, İ. & Kargın, M. (2019). Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği: klinikte çalışan hemşire örneklemi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(1), (s.1-7).
- Terzi, B. & Kaya, N. (2017). Konfor Kuramı ve Analizi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 20(1), (s.67-74).
- Thomas, M. R., Dyrbye, L. N., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. A. & Shanafelt, T. D. (2007). How Do Distress and Well-being Relate to Medical Student Empathy? A Multicenter Study. Journal of General Internal Medicine, 22(2), (s.177-183).
- Tiryaki Şen, H., Taşkın Yılmaz, F. & Pekşen Unuvar, O. (2013). Levels of Communication Skills of Service Education Nurses. Journal of Psychiatric Nursing, 4(1), (s.13-20).
- Tutton, E. & Seers, K. (2003). An Exploration of the Concept of Comfort. Journal of Clinical Nursing, 12(5), (s.689-696).
- Türe Yılmaz, A. (2018). Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. The Journal of Academic Social Sciences, 67(67), (s.40-52).
- Türk Dil Kurumu (TDK) (2022) İş Birliği tanımı. Erişim Adresi: <http://sozluk.gov.tr/>
- Türk Dil Kurumu (TDK) (2022) Konfor tanımı. Erişim Adresi: <http://sozluk.gov.tr/>
- Vardaman, J. M., Cornell, P., Gondo, M. B., Amis, J. M., Townsend-Gervis, M. & Thetford, C. (2012). Beyond Communication: The Role of Standardized Protocols in A Changing Health Care Environment. Health Care Management Review, 37(1), (s.88-97).

- Vatan, F., Argon, G., Engin, M. D., Binbir, H. & Çiçek, A. (2012). Hemşirelerin Yönetmelik Kararlara Katılımlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 28(3), (s.13-24).
- Wang, Y., Liu, Y., Li, H. & Li, T. (2015). Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration in Pediatric Workers and Undergraduate Medical/Nursing Students. Behavioural Neurology, (s.1-6).
- Wang, Y.-Y., Wan, Q.-Q., Lin, F., Zhou, W.-J. & Shang, S.-M. (2018). Interventions to Improve Communication between Nurses and Physicians in the Intensive Care unit: An Integrative Literature Review. International Journal of Nursing Sciences, 5(1), (s.81-88).
- Wong, C. A. & Cummings, G. G. (2007). The Relationship between Nursing Leadership and Patient Outcomes: A Systematic Review. Journal of Nursing Management, 15(5), (s.508-521).
- Wynd, C. A. (2003). Current Factors Contributing to Professionalism in Nursing. Journal of Professional Nursing, 19(5), (s.251-261).
- Yardımcı, F., Başbakkal, Z., Beytut, D., Muslu, G. & Ersun, A. (2012). Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 13, (s.131-137).
- Yıldırım, B. & Özkahraman, Ş. (2011). Hemşirelikte Problem Çözme. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2(3), (s.155-160).
- Yiğit Avcı, Ş. & Yılmaz, D. (2022). Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşireler Arasındaki İş Birliğinin İncelenmesi. Hemşirelik Bilimi Dergisi, 5(2), (s.84-92).
- Ylitörmänen, T., Kvist, T. & Turunen, H. (2019). Perceptions on Nurse–Nurse Collaboration among Registered Nurses in Finland and Norway. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 33(3), (s.731-740).
- Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2019). Good Nurse–Nurse Collaboration Implies High Job Satisfaction: A Structural Equation Modelling Approach. Nursing Open, 6(3), (s.998-1005).

Yücel, Ş. Ç. (2011). Kolcaba'nın Konfor Kuramı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 27(2), (s.79-88).

Zamanzadeh, V., Irajpour, A., Valizadeh, L. & Shohani, M. (2014). The Meaning of Collaboration, from the Perspective of Iranian Nurses: A Qualitative Study. The Scientific World Journal, (s.1-9).

Zengin, N. (2010). Konfor Kuramı ve Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Konforuna Etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 14(2), (s.61-66).

Zengin, Ş. (2021). Hemşirelerin Örgütsel Güven Algısının Hemşire-Hemşire İş Birliği Üzerine Etkisi. Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

Zhang, L., Huang, L., Liu, M., Yan, H. & Li, X. (2016). Nurse-Physician Collaboration Impacts Job Satisfaction And Turnover Among Nurses: A Hospital-Based Cross-Sectional Study in Beijing: Nurse-Physician Collaboration. International Journal of Nursing Practice, 22(3), (s.284-290).

Ekler

EK-1. Kişisel Bilgi Formu

1. Yaşınız: _____
2. Cinsiyetiniz:
 - a) Kadın
 - b) Erkek
3. Medeni durumunuz:
 - a) Bekar
 - b) Evli
4. Eğitim durumunuz:
 - a) Lise
 - b) Ön lisans
 - c) Lisans
 - d) Lisans üstü
5. Çalıştığınız il: _____
6. Çalıştığınız kurum:
 - a) Şehir Hastanesi
 - b) Üniversite Hastanesi
 - c) Eğitim Araştırma Hastanesi
 - d) Devlet Hastanesi
 - e) Özel Hastane
 - f) Diğer _____
7. Çalıştığınız cerrahi bölüm:
 - a) Genel Cerrahi
 - b) Beyin ve Sinir Cerrahisi
 - c) Kalp ve Damar Cerrahisi
 - d) Kadın Hastalıkları ve Doğum
 - e) Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Cerrahisi
 - f) Göz Hastalıkları Cerrahisi
 - g) Göğüs Hastalıkları Cerrahisi
 - h) Ortopedi ve Travmatoloji Cerrahisi
 - i) Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi

- j) Organ Nakli Uygulama ve Araştırma Merkezi
- k) Ürolojik Cerrahi
- l) Acil Servis
- m) Çocuk Cerrahisi
- n) Karma Servis
- o) Diğer _____

8. Çalıştığınız birim:

- a) Poliklinik
- b) Klinik
- c) Yoğun Bakım Ünitesi
- d) Ameliyathane
- e) Diğer _____

9. Çalışma şekliniz:

- a) Gündüz
- b) Gece
- c) Gündüz ve gece

10. Kaç yıldır hemşirelik yapmaktasınız? _____

11. Cerrahi birimde ne kadar süredir çalışmaktasınız? _____

12. Çalıştığınız birimdeki göreviniz:

- a) Klinik hemşiresi
- b) Sorumlu hemşire
- c) Yönetici hemşire
- d) Ameliyathane hemşiresi

EK-2. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği

İfadeler	Tamamen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Çalıştığım birimde, herhangi bir sorunun olası en iyi çözümü için tüm görüşler dikkatlice değerlendirilir.				
2. Çalıştığım birimde tüm hemşireler, mümkün olan en iyi çözüme ulaşmak için çok çaba sarf ederler.				
3. Çalıştığım birimde, en iyi çözümü üretmek için, tüm hemşireler kendi deneyim ve uzmanlık alanından yararlanır.				
4. Çalıştığım birimde hemşirelerle açıkça konuşmak benim için kolaydır.				
5. Çalıştığım birimde, hemşireler arasındaki iletişim çok açıktır.				
6. Çalıştığım birimdeki hemşirelerle konuşmayı eğlenceli buluyorum.				
7. Çalıştığım birimde, hemşirelerden öneri almak kolaydır.				
8. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında aktarılan bilginin doğruluğu, beklenen seviyenin çok altındadır.				
9. Çalıştığım birimde, beni etkileyen kararları almama izin verilir.				
10. Çalıştığım birimde olup bitenler hakkındaki kararların alınmasına dahil olurum.				
11. Çalıştığım birimde, hasta bakımı ile ilgili neler olup bittiğine dair söyleyecek çok şeyim vardır.				
12. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalarda ağrı yönetimine yönelik hedefler üzerinde görüş birliği içindedir.				
13. Çalıştığım birimde hemşireler, birimin hasta güvenliği hedeflerinde görüş birliği içindedir.				

14. Çalıştığım birimde hemşireler, hasta kimliğinin doğrulanması ile ilgili hasta güvenliği standartlarını ihlal eden uygulamaları durdurma yetkisine sahiptir.				
15. Çalıştığım birimde hemşireler, santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden bir uygulamayı durdurma yetkisine sahiptir.				
16. Çalıştığım birimde hemşireler, hasta bakımına yönelik konularda birbirleriyle doğrudan konuşurlar.				
17. Çalıştığım birimde, tedavi protokolleri yazılı olarak bulunmaktadır.				
18. Çalıştığım birimde, günlük hemşire vizitleri vardır.				
19. Çalıştığım birimde, bakımın koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler vardır.				
20. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında samimi ve saygıya dayalı bir ilişki vardır.				
21. Çalıştığım birimde, hemşireler birbirleri ile iş birliği yapmaya isteklidir.				
22. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara istem edilen ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahiptir.				
23. Çalıştığım birimde hemşireler, hastaların hastalık süreçleri ile ilgili yeterli bilgiye sahiptir.				
24. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara güvenli bakım sunmak için gerekli teknik becerilere sahiptir.				
25. Çalıştığım birimde tecrübeli hemşireler, tecrübesi daha az olan hemşireleri eğiterek ve rehberlik ederek yardımcı olurlar.				
26. Çalıştığım birimde, hemşirelerin liderlik davranışları iş birliğini destekler.				

EK-3. Hemşire Konforu Anketi

İfadeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. İşyerinde kendimi rahat hissediyorum.				
2. Kendimi yetkin olarak hissediyorum.				
3. Yeterince desteğim var.				
4. Yardıma ihtiyacım olduğunda güvenebileceğim kişiler vardır.				
5. İşe gelmek istemiyorum.				
6. Kendimi güvende hissediyorum.				
7. Kendimi buraya ait değilmiş gibi hissediyorum.				
8. Çalışmama değer verildiğini hissediyorum.				
9. Ekibin bir parçası olduğumu bilmek beni mutlu ediyor.				
10. Bulduğum ortam memnuniyet verici.				
11. Çevre gürültüsü sinir bozucu.				
12. Kimse beni anlamıyor.				
13. İş yerindeyken mutsuz oluyorum.				
14. Değerlerim bu kurumla uyumuyor.				
15. Kendimi buraya ait hissediyorum.				
16. Molalar/ iş araları beni kendime getiriyor.				
17. Şu anda kendimi sağlıklı hissetmiyorum.				
18. Bu iş beni korkutuyor.				
19. Geleceğimden korkuyorum.				
20. Adil muamele görüyorum.				
21. Beni huzursuz eden değişiklikler yaşadım.				
22. Her gün bu birimin dışında bir yerde yemek yiyorum.				
23. Bu birimdeki ısı iyi.				
24. Kızgınım.				

25. Kaygılarımla başa çıkabilirim.				
26. Bulduğum ortamın atmosferi beni rahatlatıyor.				
27. Halimden memnunum.				
28. Kendimi buraya ait hissetmiyorum.				
29. Yönetici ve liderlerimle iyi çalışıyorum.				
30. İş yerinde elektronik posta/ kart atacak ya da telefonla arayacak pek fazla arkadaşım yok.				
31. Hasta bakımıyla ilgili önemli kararlar alma konusunda cesaretlendiriliyorum.				
32. Burada pozitif destek almıyorum.				
33. Bir öğrenciye ya da yeni bir hemşireye bir şeyler öğretmem istendiğinde bu benim için bir yüküdür.				
34. Aydınlatma kendimi iyi hissetmemi sağlıyor.				
35. İşimin büyük kısmı gerçek hemşirelik işidir, doğrudan hemşirelikle ilgilidir.				
36. Burada kalmak niyetindeyim.				
37. Kariyerimin gelecek vaat ettiğini düşünüyorum.				
38. Çalışma programım yaşam tarzıma uyuyor.				
39. Hasta odaları içinde rahat çalışılacak şekildedir.				

EK-4. Ölçek İzinleri

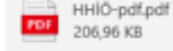
Ölçek İzni hak.



Serpil ÇELİK DURMUŞ <@>
13:55



Kime: Özge Özkan



Merhaba,
Hemşire-Hemşire İşbirliği ölçeğini araştırmanızda kullanmanız beni memnun eder. Yazarlara atıf yapmanız önerilir. Ölçeği ekte bulabilirsiniz. Kokaylıklar dilerim.

Serpil Çelik Durmuş

----- Forwarded message -----
Gönderen: Serpil ÇELİK DURMUŞ <@>
Date: 21 Nis 2021 Çar 13:53
Subject: Fwd: Ölçek İzni hak.
To: Serpil ÇELİK DURMUŞ <[serpilce](#)>

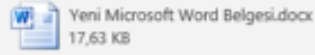
Ynt: Hemşire Konforu Anketi için İzin



eda yasar <@>
10.04.2021 21:47



Kime: Özge Özkan



Merhaba Özge Hanım,
Tez çalışmanızda başarılar dilerim. Tabi ki kullanabilirsiniz. Gerekli dosyalar ekte mevcuttur.
İyi çalışmalar dilerim

Eda ERGİN

EK-5. Etik Kurul İzni

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 15.10.2021-E.355091



EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-99166796-050.06.04-355091 ⁷⁶⁸
Konu : Onay Kararı 21-10T/23

Dr. Öğr. Üyesi Eda DOLGUN
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Kurulumuza başvurusunu yaptığınız "**Cerrahi Hemşirelerinde İş Birliği ve Konfor Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz onay kararı ekte sı

Başvuru dosyasının araştırmanın yürütüleceği kuruma iletilerek kurum izri alınmasından sonra çalışmaya başlanması ve süreç içinde bu belgenin (daha önces Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir.

Varsa **Biyolojik Materyal Transfer Formu'nun** imzaları tamamlanarak Kurulumuza iletilmesi gerekmektedir. 10.04.2016 tarih ve 29680 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 34. maddesinde "**yurtdışına tetkik amaçlı numune gönderme yetkisi sadece ruhsatlı tıbbi laboratuvarlara aittir**" ifadesi yer almakta olup bu madde Klinik Araştırmalar için de yürürlüğe girmiştir. Gönderilen insan kaynaklı biyolojik materyal klinik araştırma için gönderilse bile ruhsatlı bir tıbbi laboratuvar aracılığı ile <http://numunetransfer.saglik.gov.tr> adresindeki numune transfer yazılımı kullanılarak gönderilmesi konusuna dikkat edilmelidir.

Yazımızın bir örneğinin diğer araştırma merkezlerine ve destekleyiciye iletilmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Güzide AKSU
Kurul Başkanı

Ek:İlgili Etik Kurul Kararı (1 Adet aslı gibidir örneği elden gönderilecektir)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu:BSNRJNBZRZ

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/ege-universitesi-ebys>

Adres: Ege Üniversitesi Rektörlüğü Gençlik Cad. No:12 35040 Bornova/İzmir
Telefon: +90 (232) 311 21 10 Faks: +90 (232) 339 90 90
Web: www.ege.edu.tr
Kep Adresi: egeuniversitesi@egeuniversitesi.its03.kep.tr

Bilgi için: Aylin ÇELİK
Unvanı: Veri Kayıt Uzmanı
Tel No: 3902134



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIBBİ ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel: 0 232 390 2134 e-mail: egetaek@gmail.com
ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI Cerrahi Hemşirelerinde İş Birliği ve Konfor Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

KARAR BİLGİLERİ		Karar Nu: 21-10T/23				
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ceyda KABAROĞLU Üye	Klinik Biyokimya	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya A.D. Klinik Biyokimya B.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Çağdaş EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. H. Oya TÜRKOĞLU Üye	Periodontoloji	Ege Üniversitesi Diş Hek. Fakültesi Periodontoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Prof. Dr. Meltem SEZİŞ DEMİRCİ Üye	İç Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	ONLINE KATILMADI (**)
Prof. Dr. Şafak DAĞHAN Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.	Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	ONLINE KATILMADI (****)
Doç. Dr. Ahmet ÖZGÜR YENİEL Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Banu Sarsık KUMBARACI	Patoloji	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Mustafa Nuri DENİZ	Anestezi	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI
Doç. Dr. Tahir ATİK Üye	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	ONLINE KATILDI

- * Araştırma ile ilişki
** Toplantıya Katılmadı
*** Yıllık İzinli
****Raporlu

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı olan Kurul Üyesi sorumlu araştırmacı olduğunda, Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik Madde 8/c bendi gereğince araştırma ile ilişki bulunmayan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı üyesinin değerlendirilmesi için Kurul tarafından atanmıştır.
Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik Madde 8/c bendi gereğince görüş alınmak üzere kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bir hekim, dosyanın değerlendirilmesi için Kurul tarafından atanmıştır.

EK-6. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Değerli katılımcılar,

Bu çalışma, cerrahi hemşirelerinde iş birliği ve konfor arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden istenen, bütün soruları eksiksiz cevaplamanızdır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup katılıp katılmamakta özgürsünüz. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz. Bu soru formunu doldurmanız durumunda sizden ücret talep edilmeyecek ve size bir ücret ödenmeyecektir. Sorulara verdiğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu doldurunuz.

Tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız ve çalışmamıza katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

Hemşire Özge ARSLAN

Dr. Öğr. Üyesi Eda DOLGUN

* Gerekli

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okudum. “Cerrahi Hemşirelerinde İş birliği ve Konfor Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” isimli çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.*

Evet Hayır

Teşekkür

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin tüm aşamalarında ilgi ve desteğini esirgemeyen, bana her zaman vakit ayıran, değerli bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım danışman hocam Sayın Doç. Dr. Eda DOLGUN'a, değerli çalışmalarıyla bana yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Aslı KALKIM'a, hayatımın her aşamasında yanımda oldukları gibi yüksek lisans eğitim sürecinde de her türlü desteği veren kıymetli annem Hülya ÖZKAN ve babam Ahmet ÖZKAN'a, tez sürecimdeki tüm zorlukları benimle paylaşan eşim Tolga ARSLAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İzmir, 2023

Özge ARSLAN

Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

- **İsim:** Özge ARSLAN

Öğrenim Durumu

- **2019-Devam** Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tezli Yüksek Lisans Programı, İzmir
- **2013-2017** Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir
- **2009-2013** Buca Anadolu Lisesi, İzmir
- **2002-2009** Fevzi Çakmak İlköğretim Okulu, İzmir

İş Tecrübeleri

- **Kasım 2017-Ağustos 2022** Tekirdağ Malkara Devlet Hastanesi, Acil Servis, Hemşire
- **Eylül 2022-Devam** Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi, Üroloji Servisi, Hemşire

Yabancı Dil ve Düzeyi

- İngilizce (YÖKDİL 60)

Klinik Araştırmalarla İlgili Bilgiler

- Özkan, Ö., Solak, M., Yılmaz, E. ve Özçelik, C. (2019). Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Yönelik Bilgi Edinmede İnterneti Kullanma Durumlarının Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 22 (2), (s.105-113).