

**T.C.**  
**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  
**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**  
**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**



**HEMŞİRELERİN ÖZ-BAKIM, TÜKENMİŞLİK VE**  
**HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ DÜZEYİNİN, HASTA**  
**BAKIM KALİTESİNE ETKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ÇAĞLA ÖZDEMİR**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM**

**BOLU, MAYIS- 2022**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

**Çağla ÖZDEMİR** tarafından hazırlanan “**HEMŞİRELERİN ÖZ-BAKIM, TÜKENMİŞLİK VE HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ DÜZEYİNİN HASTA BAKIM KALİTESİNE ETKİSİ**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir. 27/05/2022

### Jüri Üyeleri

### İmza

Danışman

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik  
Bölümü

.....

Üye

Doç. Dr. Gülgün DURAT

Sakarya Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik  
Bölümü

.....

Üye

Doç. Dr. Birgül CERİT

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik  
Bölümü

.....

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı**

**Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL**

**Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü**

## ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin 20/06/2022 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğü tarafından belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %22 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan (2021/01) ve Bolu İl Sağlık Müdürlüğü'nden gereken izinler yazılı olarak alınmıştır.

**ÇAĞLA ÖZDEMİR**

## ÖZET

### HEMŞİRELERİN ÖZ-BAKIM, TÜKENMİŞLİK VE HEMŞİRE- HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ DÜZEYİNİN, HASTA BAKIM KALİTESİNE ETKİSİ

#### YÜKSEK LİSANS TEZİ

#### ÇAĞLA ÖZDEMİR

#### BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(TEZ DANIŞMANI: PROF.DR. NAZMİYE YILDIRIM)  
BOLU, MAYIS - 2022  
X+66

Araştırma, hemşirelerin öz bakım ve hemşire-hemşire iş birliği düzeyleriyle birlikte tükenmişlik düzeylerini belirlemek ve bu faktörlerin hastalara sunulan bakım kalitesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir anket çalışmasıdır. Araştırma Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde yatarak veya ayaktan tedavi gören hastalara doğrudan bakım veren 213 hemşirenin katılımıyla bu çalışma Haziran - Ekim 2021 tarihleri arasında hemşirelerle gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, Bakım Davranışları Ölçeği – 24, Bilinçli Farkındalık Temelli Öz-Bakım Ölçeği (BFÖBÖ), Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği, Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Pearson korelasyon ve Çoklu Doğrusal Regresyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $29 \pm 6.87$  (20-53) yıl olup, %77.9'u kadındır. Çoğu (%74.2) lisans mezunudur ve ortalama altı yıldır hemşire olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin bakım davranışları ile öz-bakım ve hemşire-hemşire iş birliği arasında pozitif anlamlı ( $p < 0.05$ ) ilişki saptanmıştır. Regresyon analizinde hemşire-hemşire arasındaki iş birliğinin ( $\beta = .16$ ) bakım davranışları düzeyini anlamlı ölçüde yordadığı ( $F=4.655$ ,  $p=0.004$ ,  $R=.25$ ,  $R^2 = .06$ , Düzeltilmiş  $R^2 = .05$ ,  $p < 0.05$ ) tespit edilmiştir. Sonuçta, hemşirelerin toplam bakım davranışlarındaki değişimin %5'inin hemşire-hemşire arasındaki iş birliği düzeyiyle açıklandığı görülmüştür.

**ANAHTAR KELİMELER:** Hemşire-hemşire iş birliği, Bakım davranışları, Bakım kalitesi, Hemşirelerde tükenmişlik, Öz bakım

## **ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF NURSES' LEVEL OF SELF-CARE, BURNOUT AND NURSE-NURSE COLLABORATION ON PATIENT CARE QUALITY**

#### **MASTER'S THESIS**

**ÇAĞLA ÖZDEMİR**

**INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES  
BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY  
DEPARTMENT OF NURSING**

**(SUPERVISOR: PROF. DR. NAZMİYE YILDIRIM)**

**BOLU, MAY 2022**

**X+66**

The research was carried out to determine the burnout levels of nurses, self-care and nurse-nurse cooperation levels and to examine the effects of these factors on the quality of care given to patients.

The research is a cross-sectional descriptive and relationship-seeking survey. This study was carried out with nurses between June and October 2021 with the participation of 213 nurses who gave direct care to inpatient or outpatient patients in Bolu Izzet Baysal State Hospital. Data were collected using Personal Information Form, Care Behaviors Scale 24, Conscious Self-Care Scale, Nurse-Nurse Cooperation Scale, Burnout Scale Short Form. Descriptive statistics, Pearson correlation and Multiple Linear Regression analysis were used in evaluation of the data.

The mean age of the nurses participating in the study was  $29 \pm 6.87$  (20-53) years, and %77.9 of them were women. Most of them (%74.2) have a bachelor's degree and have been working as nurses for an average of six years. A positive significant ( $p < 0.05$ ) correlation was found between nurses' caring behaviors and self-care and nurse-nurse cooperation. In the regression analysis, the level of care behaviors of nurse-nurse cooperation ( $\beta = .16$ ) ( $F=4.655$ ,  $p=0.004$ ,  $R=.25$ ,  $R^2 = .06$ , Adjusted  $R^2 = .05$ ,  $p < 0.05$ ). As a result, it was seen that 5% of the change in the total care behavior of nurses was explained by the level of cooperation between nurses and nurses.

**KEY WORDS:** Nurse-Nurse Collaboration, Care Behaviors, Quality of Care, Burnout in Nurses, Self-Care

# İÇİNDEKİLER

|                                              | <u>Sayfa</u> |
|----------------------------------------------|--------------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI .....                  | ii           |
| ETİK BEYAN.....                              | iii          |
| ÖZET.....                                    | iv           |
| ABSTRACT .....                               | v            |
| İÇİNDEKİLER .....                            | vi           |
| TABLO LİSTESİ .....                          | vii          |
| KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ .....          | viii         |
| TEŞEKKÜR .....                               | ix           |
| <b>1. GİRİŞ .....</b>                        | <b>1</b>     |
| 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi .....          | 1            |
| 1.2 Araştırmanın Amacı .....                 | 3            |
| 1.3 Araştırmanın Hipotezleri .....           | 3            |
| <b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>                | <b>4</b>     |
| 2.1 Hemşirelik Bakım Kalitesi .....          | 4            |
| 2.2 Öz Bakım.....                            | 6            |
| 2.3 Tükenmişlik.....                         | 8            |
| 2.3.1 Tükenmişliğin Nedenleri .....          | 11           |
| 2.3.1.1 Çevresel Nedenler.....               | 11           |
| 2.3.1.2 Bireysel Nedenler .....              | 12           |
| 2.3.2 Tükenmişliğin Sonuçları.....           | 14           |
| 2.4 Hemşire-Hemşire İş Birliği .....         | 15           |
| <b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>               | <b>19</b>    |
| 3.1 Araştırmanın Şekli.....                  | 19           |
| 3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....   | 19           |
| 3.3 Araştırmanın Sınırlılıkları .....        | 19           |
| 3.4 Araştırmanın Veri Toplama Araçları ..... | 19           |
| 3.5 Araştırma Verilerinin Toplanması.....    | 21           |
| 3.6 Verilerin Değerlendirilmesi.....         | 21           |
| 3.7 Araştırmanın Etik Boyutu .....           | 23           |
| <b>4. BULGULAR .....</b>                     | <b>24</b>    |
| <b>5. TARTIŞMA .....</b>                     | <b>34</b>    |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>             | <b>41</b>    |
| 6.1 Sonuçlar.....                            | 41           |
| 6.2 Öneriler.....                            | 42           |
| <b>7. KAYNAKLAR.....</b>                     | <b>44</b>    |
| <b>8. EKLER.....</b>                         | <b>53</b>    |

## TABLO LİSTESİ

### Sayfa

|                                                                                                                                                                               |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Tablo 3.1.</b> Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa, Çarpıklık ve Basıklık değerleri.....                                                                       | 22 |
| <b>Tablo 4.1.</b> Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleri .....                                                                                                        | 24 |
| <b>Tablo 4.2.</b> Hemşirelerin bakım, öz-bakım davranışları, hemşire-hemşire iş birliği ve tükenmişlik düzeyleri .....                                                        | 25 |
| <b>Tablo 4.3.</b> Hemşirelerin öz-bakım davranışları, hemşire-hemşire iş birliği ve alt boyutları ile tükenmişlik düzeylerinin bakım davranışlarıyla ilişkisi.....            | 28 |
| <b>Tablo 4.4.</b> Hemşirelerin bakım davranışlarının yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları .....                             | 30 |
| <b>Tablo 4.5.</b> Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutu olan güvencenin yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları.....      | 31 |
| <b>Tablo 4.6.</b> Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutu olan bilgi-becerinin yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları..... | 31 |
| <b>Tablo 4.7.</b> Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutu olan saygılı olmanın yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları..... | 32 |
| <b>Tablo 4.8.</b> Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutu olan bağlılığın yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları.....      | 33 |

## KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

|              |                                               |
|--------------|-----------------------------------------------|
| <b>BDÖ</b>   | :Bakım Davranışları Ölçeği-24                 |
| <b>BFÖBÖ</b> | :Bilinçli Farkındalık Temelli Öz Bakım Ölçeği |
| <b>TÖ-KF</b> | :Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu                |





## TEŞEKKÜR

Hayatıma farklı bir bakış açısı getirmemi sağlayan, ufkumu genişleten, her anlamda yanımda olan, tez döneminde de desteğini ve engin bilgisini esirgemeyen çok değerli tez danışmanım Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM'a;

Eğitim hayatım boyunca bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren, cesaretlendiren, üzerimde emeği geçen tüm öğretmen ve değerli hocalarıma;

Tez döneminin başlangıcından itibaren yanımda olan, veri toplama sürecinde yardımcı olan, ilgi ve desteğini esirgemeyen ismini sayamadığım tüm değerli dostlarıma ve çalışmama katılan meslektaşlarıma;

Yüksek lisans dönemimde hayatıma giren bana anne olmayı tattıran ve bu süreçte varlığıyla huzur bulduğum, hayatıma güzellikler ve anlam katan, onunla geçireceğim vakitlerden ödünç alarak çalışmamı sürdürmüş olmama rağmen o küçük bedeninde, düşüncelerinde beni anladığını bildiğim, biricik kızım Eylül Meva'ya,

Beni tüm hayatım boyunca destekleyen ve hep yanımda olan, bu süreçte de varlıklarını fazlasıyla hissettiren sevgili annem Zeliha KALKAN ve babam Osman KALKAN'a ve yine her zaman bana destek veren kardeşim Bahar KALKAN ve abim Ragıp KALKAN'a,

Çalışmama başladığım ilk andan itibaren çalışmamın her aşamasında beni destekleyen, her zaman, her durumda yanımda hissettiğim biricik eşim Kazım ÖZDEMİR'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**ÇAĞLA ÖZDEMİR**

# 1. GİRİŞ

## 1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Hemşirelik bakımı, bireyin mevcut ya da olası sağlık bakım gereksinimlerini belirlemeyi, karşılamayı ve değerlendirmeyi içeren, bireyin kendi gereksinimlerini karşılayabilir seviyeye getirmeyi amaçlayan bir hizmettir (1). Mümkün olabilecek en iyi, kaliteli bakımı sağlamak, hemşirenin temel sorumluluğudur. Hemşirelik bakım kalitesi, “mevcut bilgilerle verilen bakımın, istenen sonuçlarını artıran, olası istenmeyen sonuçlarını azaltan en iyi hemşirelik bakımını sağlamada yer alan aktiviteleri” ifade etmektedir (2). Literatürde kaliteli hemşirelik bakımının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (3).

Hemşirelik bakımı birçok ögeyi ve eylemi içinde barındırdığından oldukça geniştir. Bu konuda yapılan çalışmalarda sıklıkla bilgi-beceri, güvence, saygılı olma ve bağlılık alt boyutlarından oluşan bakım davranışları değerlendirilmektedir (2-4). Ülkemizde hemşirelerin bakım kalitesine yönelik algılarını inceleyen çalışmalarda, bilgi beceri alt boyutunda yüksek puan alındığı (3,5), en düşük puanın bağlılık, bunu saygılı olma alt boyutunun takip ettiği sonucu ortaya konmuştur (2,3,5,6). Hastalarla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (7-9). İrlanda’da yapılan bir çalışmada hem hasta yakınlarının hem de hemşirelerin “uyumu” en önemli bakım davranışı olarak algıladıkları belirlenmiştir (10). İran’da hastalarla yapılan bir çalışmada bakım davranışlarından en yüksek değeri ulaşılabilir olmanın, en düşük değeri rahatlık ve güvenli ilişki kurmanın aldığı bildirilmiştir (11).

Hemşirelerin bakım kalitesi düzeyini etkileyen faktörlere ilişkin çalışmaların çoğunlukla hemşirelerin demografik ve mesleki özelliklerini içerdiği, elde edilen sonuçların tutarsız olduğu görülmüştür (3,4,12). Diğer çalışmalarda, hemşirelerin bakım kalitesi algılama düzeyi ile duygusal zekâ düzeyi arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu (6); hemşirelerin profesyonel değerleri ile pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki olduğu (5) tespit edilmiştir. Hemşirelerin bakım davranışları algıları üzerine İnsan Bakım Kuramının olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (13). Rostami ve ark. (2019) bakım davranışları ile yararsız bakım algısı arasında negatif bir ilişki olduğunu bulmuşlardır (14). Başka bir çalışmada

hemşirelerin meslektaşlarıyla ilişkisinin hasta bakım kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (15). Hemşireler arasında etkili iş birliği sorumluluk paylaşımını kolaylaştırmakta, hastaların hızlı iyileşmesini sağlamak ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (16). Bu çalışmaların sonuçlarına dayanarak hemşire-hemşire iş birliğinin, hasta bakımı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ancak hemşire-hemşire iş birliği ile ilgili literatürde yer alan çalışmalar sınırlıdır (17-19). Ülkemizde ise bu konuda bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Hemşirelerin odak noktası diğer insanlara bakım vermektir. Bir ömür boyunca, bu genellikle kendi fiziksel ve zihinsel sağlığı pahasına gerçekleşir. Kaya ve ark. (2010)'nın aktardığı üzere Amerikan Hemşireler Birliği hemşirelerin %68'inin hastalarının sağlığını, güvenliğini ve zindeliğini kendilerinin önüne koyduklarını açıklamıştır (20). Oysa birinin diğerine yardım edebilmesi, özellikle iyi bir bakım sunabilmesi için, önce kendi ihtiyaçlarını karşılamış olması gerekir. Öz bakımın stresi azalttığı, şefkat ve empati sağlamak için bir hemşirenin kapasitesini yenilediği ve bakım kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (21). Amerikan Hemşireler Birliği'nin etik kurallarında, hemşireler için "başkalarına borçlu olduğu görevlerin aynısını kendilerine de borçlu olduğu", "öz bakımın hemşirelikle birlikte gelen stresi iyileştirmek için bir yol olduğu" ifade edilmiştir (22). Bu bilgiler doğrultusunda hemşirelerin öz bakımının hasta bakım davranışlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Hemşirelerin öz bakımı ülkemizde yeni gündeme gelen bir konudur ve hasta bakım kalitesine etkisi henüz çalışılmamıştır (23). Literatürde daha çok öz-bakım stratejileri, hemşirelerin tükenmişliğini azaltmak için önerilen ve etkisi değerlendirilen bireysel müdahaleler arasında yer almaktadır (24-28).

"Profesyonel bir kişinin mesleğinin özgün anlamı ve amacından kopması, hizmet verdiği insanlar ile artık gerçekten ilgilenemiyor olması" olarak tanımlanan (29) tükenmişliğin hemşirelerde yoğun olarak yaşandığı birçok çalışmada gösterilmiştir (30-37). Hemşirelerin tükenmişliği hem hemşireleri hem de hasta bakımını etkileyen yaygın ve maliyetli bir organizasyonel problemdir (25). Tükenmişlik yaşamayan hemşirelerin bakım verdikleri kişilerle ve tedavi ekibiyle olumlu sağlıklı/hasta birey, ailesi, toplum ve sağlık ekibi üyeleri ile olumlu ilişkiler kurabileceği ve dolayısı ile bakım kalitesinin artacağı bildirilmektedir (20).

Sağlık hizmetlerinde kalite kavramıyla birlikte hemşirelerde tükenmişlik, ekip çalışması ve öz bakım gibi kavramlar daha çok gündemdedir (38) ancak hemşire-hemşire iş birliği, hemşirelerin öz bakım düzeyleri ve tükenmişlikleri ile hasta bakım kalitesinin ilişkisini birlikte değerlendiren kapsamlı bir çalışmanın eksik olduğu görülmüştür. Bu nedenle özgün bir çalışma olup literatürde önemli bir boşluğu dolduracaktır. Araştırmanın sonuçları, hemşirelerin öz bakım, tükenmişlik düzeylerini, hemşireler arasındaki iş birliğini ve bunların hasta bakım kalitesine etkisini ortaya koyacaktır. Böylece hemşirelerin hasta bakım kalitesini yükseltecek faaliyetlerin arttırılmasına yönelik etkili girişimlerin planlanmasında yol gösterici olacaktır. Özellikle COVID-19 pandemisiyle birlikte sağlık çalışanlarının iş yüklerinin arttığı bilinmektedir. Salgın süreci, sağlık çalışanlarının verimli çalışabilmesinin toplum sağlığı için önemini bir kez daha göstermiştir. Çalışmanın böyle kriz durumunda gerçekleştirilmesinin de ayrıcalıklı bir önemi vardır. Son olarak bu çalışma, yeni çalışmaların planlanmasına katkı sağlayacaktır.

### **1.2 Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin hastalarına bakım davranışlarını, öz bakımını, hemşire-hemşire iş birliğini, tükenmişlik düzeylerini değerlendirmek ve bu değişkenlerin hemşirelerin bakım kalitesine etkisini incelemektir.

### **1.3 Araştırmanın Hipotezleri**

Araştırmada şu hipotezler test edilecektir:

- H<sub>1</sub>: Hemşirelerin öz-bakım düzeyi ile bakım davranışları arasında bir ilişki vardır.
- H<sub>2</sub>: Hemşirelerin meslektaşlarıyla iş birliği düzeyi ile bakım davranışları arasında bir ilişki vardır.
- H<sub>3</sub>: Hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ile bakım davranışları arasında bir ilişki vardır.
- H<sub>4</sub>: Hemşirelerin bakım davranışlarını, hemşirelerin öz-bakım düzeyi yordamaktadır.
- H<sub>5</sub>: Hemşirelerin bakım davranışlarını, hemşirelerin meslektaşlarıyla iş birliği düzeyi yordamaktadır.
- H<sub>6</sub>: Hemşirelerin bakım davranışlarını, hemşirelerin tükenmişlik düzeyi yordamaktadır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 Hemşirelik Bakım Kalitesi

Bakım, “herhangi bir nesneye ya da bir başkasına değer ve emek vermeyi, ilgi ve özen göstermeyi, bir başkası için bakma sorumluluğunun üstlenilmesini” içerir (39). En az iki kişi ve daha fazla insan arasında gelişen bir süreç olarak ifade edilen bakım; kişinin kendini daha iyi hissedebileceği tüm olumlu girişimler olarak tanımlanabilir (40). İnsanlara yardım etme, şefkat gösterme, empati duyma ve destekleme bakım işlevinin temel kavramlar arasında yer almaktadır. Bakım ve hemşirelik kavramları birbiriyle bağlantılıdır, hatta bazen aynı anlamda kullanılmaktadır. İsim olarak “nurse”, en çok hastalara bakım vermekte uzmanlaşmış kişi ve fiil olarak da bakmak, beslemek dikkat etmek anlamındadır (41).

Hemşirelik mesleğinin merkezinde bakım yer alır. Bakım, çok boyutlu bir kavramdır ve hemşire teorisyenler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır. Leninger “bakım hemşireliktir, hemşirelik bakımdır” sözü ile hemşirelik ve bakım arasındaki yakın ilişkiye vurgu yapmıştır (1). Leininger bakımı, bakım davranışı ve hemşireliğin temeli olarak belirtmiştir. Bakım olmadan tedavinin mümkün olmayacağını, fakat tedavi olmadan da bakımın olabileceğini ifade etmiştir. Leninger bakım ve hemşirelik bakımını birbirinden ayırmıştır. Bakımı, “gereksinimi olan bireyin ya da grubun belirlenen gereksinimlerinin giderilmesine yönelik desteklenmesi ve yardım edilmesi” olarak tanımlamıştır. Hemşirelik bakımını ise “şefkat, yardım etme, empati ve güven verme gibi değerler temelinde sağlığın korunması ve geliştirilmesi için mesleki bilgi ve beceri olarak kişi ya da grubun belirlenen ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik yardım edilmesi ve desteklenmesi” olarak tanımlamıştır (42). Henderson (1955)’a göre hemşirelik bakımı; “hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel ve entelektüel yönünü göz önünde bulundurarak temel gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmektir” (39). Patricia Benner ve Wrubel bakımı, “sağlık, rahatsızlık ve hastalık arasındaki ilişkiye” temellendirmiştir. Ayrıca “bilgili, deneyimli hemşirelerin sağlık, rahatsızlık ve hastalık arasındaki farkı bildiğini ve bakım yolu ile kurulan ilişkiler sayesinde hemşirelerin birey merkezli bakımı uygulayabildiğini” belirtişlerdir (42).

Hemşirelerin odağında insan yer alır. İnsanın temel fizyolojik ihtiyaçlarından kendini gerçekleştirmeye kadar uzanan çeşitli ihtiyaçları vardır. Hemşire, sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanan bireye ve hastalık durumunda ortaya çıkan yeni ihtiyaçlarını karşılamasına yardım etmektedir (43). Hemşirelik bakımı; teorik bilgiye, sistematik bilimsel yöntemlere, hemşire ve hasta arasındaki dinamik ilişkiye ve günlük yaşamın evrensel ve bireysel ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik etkileşim ve katılımlara bağlıdır (44). Bireysellik, bütüncülük, etik, kalite, iş birliği, eleştirel düşünme yeteneği, şefkat, beceri ve deneyim, hemşirelik bakımının doğasında bulunan unsurlardır (40). Cortis ve Kendrick (2003)'e göre hemşirelik bakımının özellikleri şunlardır:

- Evrensel ve kapsayıcı bir insani özelliktir.
- Hemşireyi diğer kişilere bakmaya yönelten temel motivasyon öğeleri; birine bir yardım etme, merhamet gösterme veya bakım alan bireye empatidir.
- Karşılıklı düşünce alışverişlerinin yapıldığı kişilerarası bir dinamiktir.
- Tedavi edici bir yöntemdir.
- Ahlaki bir mecburiyet, hemşireliğin temel bir erdemidir (45).

Hemşirelik bakımı, hemşire ve hasta arasındaki sürecin tamamını kapsamaktadır. Hemşirelik bakımını ayrıcalıklı yapan özellik, profesyonel bilgi ve beceriler ile bakımın ahlaki ve duyuşsal yönlerinin birleştirilerek hemşire-hasta arasındaki ilişkiye yansıtılmasıdır (46). Hastaya uygulanan tıbbi uygulamalar hakkında bilgi sağlanması, uygulamaların gerçekleştirilmesi, hastanın baş edemediği durumlarda destek sağlanması gibi tüm durumlar bakım sürecine dahildir. Bu süreçte hemşire ve hasta arasında kurulan ilişki hemşirenin kişisel becerileri ve kuramsal bilgilerinden temelini almaktadır. Kurulan ilişkinin nitelikli olması ise hemşireliğin sanatı olarak değerlendirilmektedir. Bakım veren hemşirenin etik standartlar çerçevesinde ve duyarlı yaklaşım sergilemesi bakımın şefkatli hale gelmesini sağlamaktadır (47).

Hemşirelikte bakımın hayati bir önemi vardır. Bakım sürecindeki ihmal ve dikkatsizlik, uygulama hataları, takibin yanlış yapılması gibi hatalar hastanın hayatını sonlandırabilecek kadar ciddi sonuçlar doğurabilir. Hastanın güvenliğinin maksimum düzeyde tutulması ve sağlanan bakımın nitelikli olması için hemşirelikte bakım standartlarına bağlı kalınması son derece önemlidir.

Standartlar dahilinde sağlanan hizmetin mesleki kaliteyi arttırması kaçınılmazdır. Standartlara uygun uygulamalar kurumda çalışan hemşirelerin sağladıkları bakımın benzer nitelikte olmasına yardımcı olmaktadır. Hemşireler arasındaki bilgi ve beceri farklılıklarının en aza indirgenmesi için bakım standartlarının oluşturulması gerekmektedir (48).

Hemşirelerin sağladığı profesyonel bakım hizmetleri sağlık hizmetlerindeki kalitenin kilit noktalarından biridir. Sağlık hizmetlerindeki kalite hizmet alan kişilerin tüm süreçlerden memnun kalmasını ve ihtiyaçlarının karşılanmasını ifade etmektedir (43). Hastalara devamlı hizmet sağlayan hemşireler diğer sağlık çalışanlarına kıyasla hastalarla çok daha yoğun ve yakın bir ilişki kurmaktadır. Hastaların hastanelerden duyduğu memnuniyeti belirleyen en önemli kriterlerden biri hemşirelerin sağladığı bakımdır (49). Hemşirelerin bakım davranışları, hastaların algı ve memnuniyetinde en önemli faktör olarak bildirilmiştir. Hemşirelerin hastanın kültürel özelliklerini, değerlerini ve inançlarını göz önünde bulundurarak bakım sunması gerekir (50). Bakıma ilişkin hemşire davranışları; bilgi-beceri, kültürel farklılıkları dikkate alma, bireye/hastaya saygılı olma, adı ile hitap etme, açık ve ulaşılabilir olma, hastanın yanında olma, güven verme, dokunma, göz teması kurma, dinleme, hastayı tanıma / bilme, rahatlatma, güvence sunma, sorumluluk alma, dürüstlük, duyarlılık, fiziksel ve ruhsal hazır bulunma, bilgi verme, bağlılık, uyum ve şefkati içerir (4,10,11,51,52).

Leininger'e göre bakım "temel bir insan gereksinimi olup tüm bireylerin hayatta kalmaları için gereklidir" (42). Hemşirelik mesleğinde hem bakım veren hem bakım alan insan olduğuna göre hemşirenin de kendine bakmaya ihtiyacı vardır. En temel insani ihtiyaçları ifade eden öz bakım tüm insanlarda olduğu gibi hemşirelerde de önemli bir yere sahiptir. Yoğun çalışma koşulları ve bakım yükü ile karşı karşıya olan hemşirelerin öz bakımlarını sağlayarak yaşam kalitelerini ve iş motivasyonlarını yüksek tutmaya ihtiyaçları vardır.

## **2.2 Öz Bakım**

Öz-bakım kavramı ilk defa 1959 yılında Dorethea Elizabeth Orem tarafından geliştirilmiş ve yayınlanmıştır (53). Orem'in Genel Hemşirelik Kuramında öz-bakım ana kavramlardan biridir (54) Orem, öz-bakımı "bireyin sağlığını, yaşamını ve iyilik halini korumak için gerekli aktiviteleri doğru zamanlamayla başlatması ve uygulaması" (55), "bireyin amaçlı, kontrollü, etkili

ve sürekli davranışlarının olgunlaşması ile kendi kendine yaptığı bakım” (56) olarak tanımlamıştır. Diğer bir deyişle “bireyin yaşamını, sağlık ve iyiliğini korumak için kendine düşeni yapmasını” ifade etmektedir (53). Orem öz-bakım kavramında bireysel kontrolün önemini belirtmiş ve öz-bakımı bireyin gereksinimlerini devamlı olarak tanınması ve karşılaması olarak ifade etmiştir (54). Bazı araştırmacılar öz-bakımı, uyku, beslenme, egzersiz gibi önemli bireysel fonksiyonların yönetimi olarak açıklamaktadır (57). Bireysel öz bakım örneğin kişinin günde en az 6-8 saat uyuması, dengeli, yeterli düzeyde besin ve yeteri kadar sıvı alması, hareket etmesi, dinlenmeye zaman ayırması, kişisel hijyenini sağlaması gibi eylemleri içerir (58).

Öz-bakımın temel amacı; bireyin sağlığıyla ilişkili tüm sorumlulukları üstlenmesidir (54). Öz bakımın üç özelliği vardır; kendinle ilgilenmek, bedensel, duygusal ve ahlaki ihtiyaçları karşılamak ve bu ihtiyaçları karşılamak için bilinçli bir çaba sarf etmek. Her bireyin bu üç özelliği taşıyan öz bakımını gerçekleştirme hakkı vardır. Öz bakım ihtiyaçlarını karşılamak kişinin kendi sorumluluğundadır (59). Bilinçli öz bakımın altı farklı alt boyutu olduğu belirtilmektedir. Bu boyutlar, fiziksel bakım, destekleyici ilişkiler, bilinçli farkındalık, öz-şefkat ve amaç, dikkatli rahatlama ve destekleyici yapı olarak belirtilmektedir. Fiziksel bakım, kişinin bedeninin ihtiyaç duyduğu beslenme, temizlik, egzersiz gibi eylemleri içermektedir. Destekleyici ilişkiler, kişinin duygusal paylaşımlar yapabildiği kişilerle kurduğu iletişimi, bilinçli farkındalık ise kişinin duygu ve düşüncelerine yönelik farkındalığını ifade etmektedir. Öz şefkat ve amaç boyutu ise kişinin yaşamdaki problemlerine karşı şefkatli bir yaklaşım içinde olmasını, duygularını olduğunu gibi kabul etmesini göstermektedir. Dikkatli rahatlama, içinde bulunulan olumsuz duygu durumdan sıyrılmak ve rahatlamak için amaca yönelik eylemlerde bulunmayı, destekleyici yapı ise kişinin yaşadığı ortamda kendisine rahatlama alanı sağlayacak bir alan oluşturmasını ifade etmektedir (60).

Kişinin kendine sağladığı bakımın hem fiziksel hem de ruhsal açıdan önemli etkileri söz konusudur (58). Temel gereksinimler etkin bir şekilde karşılandığında sağlığı ve iyiliği destekler (53). Kişisel bakımın mesleki yaşantıya da etkisi vardır. Mesleki yaşam içinde kişinin öz bakımını sağlayabilmesi, bu konuda farkındalık sahibi olması tükenmişliğe yönelik alınabilecek önlemlerden biridir. İş yaşamında temel hijyen gereklerinin karşılanması, yeme içme molalarına zamanında çıkılması, iş arkadaşları ile



mümkün olduğu kadar etkileşim sağlanması gibi eylemler kişinin özbakımını iş ortamında da devam ettirmesini sağlamaktadır. Bu eylemlerin iş yaşamının getirdiği travmatik etkilerden korunmak için önemli olduğu bildirilmektedir. İş arkadaşları ile kurulan iletişimin nitelikli olması, sınır koyabilmek ve iş birliği sağlamak mesleki öz bakım açısından gereklidir (58). COVID-19 pandemi sürecinde ağır şartlar altında hizmet veren hemşireler travmatik olarak etkilenmişlerdir. Hemşirelerin iş yerindeki ruh sağlığının sağlanması, tükenmişliğin en aza indirilmesi ve travmatik etkilerin azaltılması için çalışma ortamında öz bakımlarının devamlılığının sağlanması önemlidir. Hemşirelerin ekip arkadaşları ile etkin iletişim halinde kalarak öz bakımlarına önem göstermeleri travmatik etkilerin azaltılması için gereklidir (61).

### **2.3 Tükenmişlik**

Tükenmişlik, temelde kronik iş stresinin etkisi yanı sıra çalışanın kişilik özellikleriyle de ilişkilidir. Nihayetinde stresin yönetilememesinin bir sonucudur. Kişinin iş ortamı ile bireysel özelliklerinin etkileşimi sonucunda meydana gelen tükenmişlik basitçe “zihinsel ve fiziksel olarak enerjinin tükenişi” olarak tanımlanmaktadır. Ortaya çıkan yorgunluk, yılgınlık hali çalışanları ve kurumu da olumsuz etkilemektedir. Çalışma arkadaşlarına yabancılaşma, işe gitmek istememe, işine karşı duyarsızlaşma, alaycılık, bezginlik, keyifsizlik, umutsuzluk hakimdir. Kişiyi iş hayatına motive eden en önemli değişkenlerden biri olan maddi kaynaklar bile çekici olmaz ve kişi verimsiz bir çalışan olma yolunda ilerler. Bu gidişat çoğunlukla mevcut işten ayrılmayla sonuçlanabilmektedir. (62-64).

Sağlık çalışanlarında gözlenen mesleki yorgunluğu ve tükenmeyi ifade eden tükenmişlik kavramı ilk kez Freudenberg tarafından kavramsallaştırılmıştır (65). Daha sonra, Maslach bu konuda çalışmış ve tükenmişlik sendromunu açıklamaya önemli katkılar sunmuştur. Maslach ve Jackson (1986)’a göre tükenmişlik insana yardım etmeyi amaç edinmiş meslek gruplarında çalışan kişilerde duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda azalma hissini içeren bir sendromdur (66). İlgili alanyazın incelendiğinde tükenmişliğe yönelik araştırmaların en fazla Maslach’ın mesleki tükenmişlik modeli doğrultusunda yapıldığı görülmektedir. Pines’in Psikanalitik Varoluşçu modeli de tükenmişliğe yönelik araştırmalarda sıkça referans alınmaktadır (67,68). Bu modeller dışında diğerleri Cherniss Tükenmişlik Modeli, Meier Tükenmişlik Modeli ve Pearlman Heartman Tükenmişlik Modeli’dir (69).

**Maslach'ın Mesleki Tükenmişlik Modeli;** Christina Maslach modelinde tükenmişliği duygusal tükenme ve duyarsızlaşma, kişisel başarıda azalma hissi olarak açıklamıştır. Maslach'a göre tükenmişlik sendromunun ilk ve en önemli boyutu duygusal tükenmedir. Bu boyutta çalışanın enerjisi, öz kaynakları ve duygulanımı azalmıştır. Duygusal tükenme, çalışana yaptığı iş sebebi ile fazla yüklenilmesi ve tüketilmiş olma duyguları şeklinde de açıklanmaktadır (71). Özellikle kişilerarası ilişkilerin yoğun olarak yaşandığı bir çalışma ortamı içinde birey, diğer insanların duygusal talepleri altında ezildiğini, kendini koruyamadığını hissetmekte ve bunun sonucunda da duygusal tükenme ortaya çıkmaktadır (72). Duygusal tükenmede çalışanlar kendini depresif ve desteksiz hissederler. Gerginlik, sabırsızlık, kızgınlık, yalnızlık, umutsuzluk gibi duygular artar. Nezaket, arkadaşlık ve saygı gibi duygular azalır (73).

Duyarsızlaşma, olumsuz tutumları ve işe yönelik tepkisizleşmeyi ifade eder (74). Hizmet alan bireylere ve birlikte çalıştığı kişilere yönelik duygudan yoksun, soğuk, ilgisiz, apatik, umursamaz, küçümseyici ve nezaketsiz davranışlar sergiler. Talepleri görmezde gelebilir, ilişkilerini asgari seviyeye indirebilir. Hizmet verdiği kişileri birer nesne olarak görebilir, katı ve duyarsız davranabilir (75).

Duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşmayı, kişisel başarıda azalama hissi takip eder. Kişisel başarıda azalma, çalışanın talepleri karşılamadaki çabalarının yetersiz olduğunu düşünmesiyle ilişkidir. Artık çalışan, olumsuz düşüncelerini kendisine yönlendirmiştir. Başarısızlık duygusuna suçluluk ve değersizlik de eşlik eder, kendisini dışlanmış hisseder (63,74-76).

**Pines'in Psikanalitik Varoluşçu Tükenmişlik Modeli;** Bu model tükenmişliği “enerji kaybı, umutsuzluk, idealin ve amacın kaybıyla birlikte gözlenen duygusal yorgunluk sendromu” olarak tanımlamaktadır. Tükenmişliği üç boyutta açıklamaktadır: İlki, enerji azalması, kronik yorgunluk ile görülen fiziksel bitkinliktir. İkincisi, hayal kırıklığı, kapana kısılmış gibi çaresiz hissetme ve umutsuzluğu içeren duygusal bitkinliktir. Üçüncüsü, kişinin kendisine, çevresindeki kişilere ve işine karşı olumsuz tutumlar sergilemesini içeren zihinsel bitkinliktir (67,68).

Pines modelinde hem destekleyici hem de engelleyici unsurlara ve bunların dengesine dikkati çekmiştir. Ayrıca her bir bireyin bu unsurları algılamasında fark olduğunu, bu nedenle de aynı ortamda çalışan bireylerin

bazılarının tükendiğini bazılarının ise tükenmişlik yaşamadığını belirtmiştir (77,78).

Pines (1988) kişiyi sürekli duygusal baskı altına alan iş ortamlarını tükenmişliğin nedeni olarak görmektedir (67). Bu nedenle kişinin sahip olduğu motivasyon düzeyinin tükenmişlik ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir. İşe karşı motivasyonu çok yüksek olan kişilerin daha fazla sorumluluk ve duygusal baskı hissetmesinin tükenmişliğe neden olabileceğini düşünmektedir. İş yaşamındaki ödüllendirmeleri ve başarıyı yaşamının merkezine koyan kişiler kendilerini daha fazla baskı altında hissetmekte ve en küçük başarısızlıkta dahi büyük hayal kırıklıkları yaşayabilmektedir. Var oluş nedenini iş yaşamındaki başarıya atfeden bu kişilerin tükenmişlik yaşama olasılıkları oldukça yüksektir. Tükenmişlikle ilgili önemli görüşleri olan Pines ve Aronson'ın (1988) geliştirdikleri tükenmişlik ölçeği bu alanda yaygın olarak kullanılmaktadır (68).

**Cherniss Tükenmişlik Modeli;** Bu modele göre tükenmişliğin kaynağı strestir. Cherniss'e göre tükenmişlik, kişinin stres kaynaklarına karşı geliştirdiği bir tepki olarak meydana gelen, başa çıkma çabalarının yer aldığı ve sonunda psikolojik olarak ilişkiden uzaklaşmayla biten bir süreçtir (80). Bu süreçle ilgili modelinde tükenmişliğin nedenlerini, sonuçlarını ve başatma yöntemlerini açıklamıştır. Tükenmişliğin nedeni olarak strese odaklanmıştır. Hem kurum içi hem de kişisel değişkenlerle stresin ortaya çıktığını belirtmiştir. İş yükünün, amaçların net olmamasının, kurum içindeki gerginliklerin, çatışmaların kurumsal değişkenler olduğunu, kariyer planı gibi kişisel değişkenlerin olduğunu ve bu stresörlerin zaman içinde tükenmişliğe neden olduğunu açıklamıştır. Kişinin beklentilerinin yüksek olmasının da önemli bir stresör olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Cherniss baş etmenin önemini de vurgulamış, stresle baş edemeyenlerin tükenmişliğe yakalanacağını ifade etmiştir (63,81).

**Scott Meier Tükenmişlik Modeli;** Meier'e göre tükenmişlik, "iş tecrübelerinin sonucu olarak ortaya çıkan bir durumdur" (75). Kişinin ödül-ceza beklentisi ve var olan pekiştiricileri kontrol edebilme beklentisi ile bu kontrolü sağlamak üzere gerekli davranışları sergilemeyle ilgili kişisel yeterlilik beklentileri üzerinden açıklamıştır. Buna göre, eğer kişinin ödül beklentisi düşük, ceza beklentisi yüksek, pekiştiricileri kontrol edebilme isteği yüksek, pekiştireçleri kontrol etmek için gereken davranışları ortaya koymada kişisel yeterliliği düşük ise tükenmişlik ortaya çıkmaktadır (68,82).

**Pearlman ve Hartman Tükenmişlik Modeli;** Model diğer tükenmişlik tanımlamalarının sentezini yapmıştır (82). Boyutlarını; fiziksel ve duygusal tükenme, iş veriminde düşme olarak açıklamışlardır (71).

### **2.3.1 Tükenmişliğin Nedenleri**

Tükenmişlik, çalışan kişilerde sık yaşanan önemli bir durumdur. Kişinin, işinde kendi içsel dengesi ile dış denge arasında bağ kuramamasından kaynaklanır (23). Tükenmişlik konusunda yapılan araştırmalara göre tükenmişliğin etkenlerinin kişinin kendisinden ve çevresinden kaynaklandığı belirlenmiştir (83). Kişinin hangi seviyede tükenmişlik yaşayacağı; çalıştığı işteki kıdem yılı, cinsiyeti, yaşı, sahip olduğu sosyal kaynakları, iş arkadaşlarının özellikleri ve çalışma koşulları gibi birçok faktörden etkilenmektedir (84).

#### **2.3.1.1 Çevresel Nedenler**

Tükenmişlik ile doğrudan ilişkili olan çalışma ortamının ve şartlarının olumsuz olması durumunda o ortamda çalışan kişilerde tükenmişlik görülme olasılığı yükselmektedir. Tükenmişliğe etki eden çevresel faktörler, işin getirdiği yükler, kişinin iş üzerindeki kontrolü, ödüller, işe yönelik aidiyet ve değerler olarak belirlenmiştir. Bu alanlarda sağlanan denge ve uyum kişinin tükenmişlik yaşamasını engellemektedir. Tam tersi şekilde bu alanlarda gözlenen dengesizlik kişinin işe karşı olan enerjisini yitirmesine ve tükenmişlik yaşamasına neden olabilmektedir (85).

**İş Yüğü:** İş yükü, belirli zaman aralığında belirli kalite ölçüsünde yapılması gereken iş miktarı şeklinde tanımlanmaktadır (86). İş yükünün kişinin kaldırabileceğinden daha fazla olduğu durumlarda çalışan çok fazla yorgunluk yaşamaktadır. İş yüküne bağlı aşırı zorlanma ve yorgunluk duygusal kaynakların yavaş yavaş tükenmesine neden olmaktadır. Çalışan işin gerektirdiklerini fazladan enerji kaybederek yerine getirmeye çalışırken bir süre sonra hizmet sunduğu kişilere karşı yoğun bir duyarsızlaşma içine girebilmektedir (20).

**Kontrol:** Kontrol, kişinin sahip olduğu işe yönelik karar verme, sorumluluk alma ve seçim yapma imkanları olarak tanımlanmaktadır. Çalışılan işte çalışanın aktif olarak kontrol mekanizmalarının içinde yer alması oldukça önemlidir. Sahip olunan yetkiler ve sorumlulukların paralel nitelikte olması gerekmektedir. Aksi şekilde kişi çalıştığı işte çok fazla sorumluluk alıyor ancak yeteri kadar yetki kullanamıyor ise bu durum yorgunluğa neden olmaktadır.

Yaptığı işte yeterince kontrolü olmadığını hisseden çalışan işe yönelik motivasyonunu kaybetmekte ve tükenmişlik gelişmektedir (85).

**Ödüller:** Ödül, bir çalışanın kurum için harcadığı enerjiye ve emeğe karşılık aldığı maddi ve manevi takdirdir. Maaş zammı, ikramiye ve prim gibi ödüller maddi kapsamda değerlendirilmektedir. Çalışanın sağladığı katkılar karşısında takdir alması, terfi etmesi, izne çıkarılması gibi durumlar ise manevi ödüllerdir. Ödüllerin adaletli ve etkili şekilde dağıtılması çalışanı motive eder ve kuruma faydalı olduğunu hissetmesini sağlar. Çalışanın kurum için sarf ettiği çabanın görülmesi ve takdir edilmesi performansı olumlu yönde etkilemektedir. Üstleri tarafından fark edilen çalışanın işe karşı motivasyonu artmaktadır (23).

**Aidiyet:** Örgüt içinde çalışan bireyler sosyal varlıklar olmaları nedeni ile birbirleri ile etkileşim halindedirler. Her bireyin çalıştığı ortamda kendini ait ve değerli hissetme ihtiyacı vardır. Kişinin çalıştığı kuruma karşı hissettiği aidiyet işe karşı bağlılığını da yakından etkilemektedir (68). Kendini bir gruba ait olarak gören çalışanlar daha güçlü hissetmektedir. Çalıştığı kurum ile duygusal bağ kuran çalışanların işlerinde daha özverili oldukları, kendilerini çalıştıkları iş yerine ait hissettikleri gözlenmektedir (73).

**Adalet:** Bir örgüt içinde alınan kararların ve uygulamaya konulan politikaların doğruluğu ve adaletli oluşu konusunda çalışanların olumlu bir algı içinde olması adaleti tanımlamaktadır. Adil olan örgütlerde uygulanan politikalar tüm çalışanlar için eşittir ve tutarlılık söz konusudur (75). Çalışanlar, yöneticilerin adaletli davrandıklarını düşündüklerinde performansları artmakta ve tükenmişlik azalmaktadır (84). Bazı çalışmalara göre örgütsel adalet ile tükenmişlik arasında ters yönlü ve anlamlı bir ilişki söz konusudur. Buna göre örgüt içindeki adalet zayıfladıkça çalışanların yaşadığı tükenmişlik artmaktadır (87-89).

**Değerler:** Değerler, kişinin iş yaşamından beklentilerini, ideallerini ve duygusal gücünü tanımlamaktadır. Çalışanın işe dair değerleri maddiyatın dışında kalan yararlı olma isteğidir. Bu nedenle değerler çalışanın motivasyonunu ve performansını yükseltmektedir. Örgütün ve çalışanın değerleri uyumlu olduğu takdirde çalışan motivasyonu sağlanabilir. Ancak örgütün ve çalışanın işe dair değerleri uyumlu değilse tükenmişlik yaşanma ihtimali artmaktadır (63,90).

### **2.3.1.2 Bireysel Nedenler**

Her bireyin sadece kendine özgü bireysel özellikleri vardır. Bu durum her kişinin yaşama bakış açısının farklı olmasını, olay ve durumları kendine özgü

biçimde değerlendirmesini sağlamaktadır. Bu sebeple iş yaşamında karşılaşılan olay ve durumlar her bireyde farklı etkiler bırakacaktır. Benzer özellikteki iş koşulları bazı bireylerde tükenmişliğe neden olurken bazı kişilerde olumsuz etki bırakmamaktadır. Tükenmişliğin meydana gelmesinde cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum gibi pek çok bireysel faktör etkili olmaktadır (91).

**Kişilik yapısı:** Kişilik, bireyin kendisi ile özdeşleşmiş ve çevresine aksettği davranışlar bütünü şeklinde tanımlanmaktadır. Kişilik yapısı ise bireyin yaşadığı olumlu veya olumsuz durumlarda gösterdiği tutum ve davranışlarla özdeşleşmesiyle oluşmaktadır. Kişinin tükenmişlik yaşamasında, sorunlara bakış açısı ve yaklaşımı ve gelişen olaylara vereceği tepkide kişilik yapısı oldukça etkili sayılmaktadır (23). Kişilik özellikleri, bireysel nedenlerin arasında önemli yer tutmaktadır (92).

**Yaş:** Yaşa göre tükenmişlik yaşama olasılığı değişmektedir. Kavlu ve Pınar (2009) yaptıkları çalışmada yaş arttıkça duyarsızlaşmanın azaldığını tespit etmişlerdir (93). Esen ve arkadaşları (2018) çalışmasında yaş ile tükenmişlik arasında ters ilişki tespit etmiştir (94). Yapılan bazı çalışmalara göre tükenmişlik, çalışma yılı arttıkça azalmaktadır (72,85,95,96). Yaşın ve çalışma yılının artması ile tükenmişliğin azalmasının, kişilerin tecrübelerinin artması ile birlikte baş etme yolları geliştirmesine ve kendilerini mesleki olarak daha yeterli görmelerine bağlı olduğu açıklanmaktadır (94,97).

**Cinsiyet:** Tükenmişlik ve cinsiyete dair yapılan bilimsel araştırmalar farklı sonuçlar sunmaktadır. Bazı araştırma sonuçları cinsiyet ve tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bazıları ise anlamlı ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Anlamlı ilişki olduğunu ileri süren araştırmaların bazılarında kadınların bazılarında ise erkeklerin daha fazla tükenmişlik yaşadığı bildirilmektedir (94,98-101). Bazı çalışmalara göre kadınların erkeklere göre tükenmişlik yaşama riskinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (20,75,102).

**Eğitim durumu:** Literatür incelendiğinde eğitim durumu ve tükenmişlik arasındaki ilişkide farklı sonuçlar olduğu görülmektedir. Bazı çalışmalarda eğitim seviyesi yükseldikçe, tükenmişlik yaşama oranının arttığı bulunmuştur. Bazı çalışmalarda ise eğitim seviyesi yüksek olanların tükenmişlik yaşama oranının daha az olduğu saptanmıştır (20,74, 103,104).

**Medeni durum:** Literatür taramasında medeni durumun tükenmişlik üzerinde etkili olup olmadığı hakkında farklı sonuçlar ortaya çıktığı görülmüştür.

Bazı çalışmalara göre tükenmişlik yaşanmasında evli ya da bekar olunmasının fark yaratmadığı tespit edilmiştir (105). Evli olmanın tükenmişliği azalttığını bildiren çalışmalar da vardır (97,106,107). Medeni durum ile ilgili olarak, bekar kişilerin, evli olanlara kıyasla tükenmişlik yaşamaya daha meyilli olduğu görülmektedir (85,103).

### **2.3.2 Tükenmişliğin Sonuçları**

Tükenmişlik uzun vadede geçici veya kalıcı etkilere neden olmaktadır. Tükenmişliğin neden olduğu belirtiler çoğu zaman farklı durumlarla karıştırıldığı için tanı koymak güç olabilmektedir. Bu nedenle kişiler kendilerinde meydana gelen değişiklikleri hemen fark edememekte ve yardım alması gecikmektedir. Erken dönemde fark edilmeyen tükenmişlik zaman içinde daha şiddetli semptomlara neden olabilmektedir. Tükenmişliğin sonuçları her bireyde farklı seyredebilmektedir. Kişinin sahip olduğu sosyal kaynaklar, iş koşulları, tükenmişliğe yönelik farkındalık, içsel kaynaklar gibi birçok etken tükenmişlikten etkilenme seviyelerini farklılaştırmaktadır. Bununla birlikte tükenmişliğin her bireyde yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğine dikkat çekilmektedir (108). Tükenmişliğin sonuçları sadece bireyin kendini değil aile bireylerini de olumsuz etkilemektedir. İş yaşamında yaşadığı tükenmişlik nedeniyle yoğun belirtilere sahip olan kişilerin aile bireyleriyle çatışma yaşadığı bildirilmektedir (109).

Tükenmişliğin ilk bulgularından biri olan yorgunluk ve yıpranma bağışıklık sisteminde zayıflamaya neden olabilmektedir. Kas ağrıları, uyku problemleri, konsantrasyon bozuklukları gibi birçok sonuç kişinin mevcut potansiyelini ortaya koymasını engellemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir (108,110).

Tükenmişliğin en kritik sonuçlarından bir diğeri ise umutsuzluktur. İş yaşamında karşılaştığı sorunları çözemediğini gören kişi yoğun umutsuzluğa kapılabilmektedir. Bu durum özgüvende düşüşe ve depresif belirtilere de neden olabilmektedir. Umutsuzluk duygusunun en ciddi sonuçlarından biri intihar düşünceleridir. Depresyona dair yapılan araştırmalar umutsuzluğun intiharın en önemli yordayıcılarından biri olduğunu göstermektedir. Bu sebeple tükenmişliğin intihar düşünceleri ve eylemleri gibi çok ciddi sonuçları olduğu bildirilmektedir (111).

Tüm meslek dallarında olduğu gibi hemşirelikte de tükenmişliğin hizmet veren ve alan kişiye etkileri söz konusudur. Gök Balcı ve arkadaşları (2013)

tarafından yürütülen bir araştırmada 107 hemşirenin tükenmişlik durumları incelenmiş ve katılımcıların %52,8'inde sürekli uyku problemi, %76,9'unda ise kronik yorgunluk belirtileri gözlenmiştir (112). Elde edilen bu veri hemşirelerin tükenmişliğe bağlı belirtileri yoğun olarak yaşadıklarını göstermektedir. Tükenmişlik yaşayan bir hemşirenin iş motivasyonu, sağladığı bakımın niteliği ve kurduğu ilişkiler bozulabilmektedir. Hezer (2019) tarafından yürütülen bir araştırmada, hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve bakım davranışları arasında negatif ilişki olduğu sonucu bildirilmiştir (113).

#### **2.4 Hemşire-Hemşire İş Birliği**

İş birliği kişilerin gönüllü olarak birlikte çalışmalarını ifade eden bir kavramdır. Çalışma yaşamında iş birliği, meslektaşlar arasında bilgi, beceri ve tecrübe paylaşımını, kişilerarası ilişkileri de kapsamaktadır. Çalışma ortamında kurulan ekipler arasındaki mesleki aktarımlar, iletişim ve bilgi paylaşımı ekip iş birliğini ifade etmektedir. Hemşirelikte de hem ekip üyeleri hem de hemşireler arasındaki iş birliği verilen hizmetin kalitesi bakımından önem arz etmektedir. Hemşireler ile yetersiz iletişim kurulan sağlık ekiplerinde hastaya sağlanan bakımın kalitesinde de sorunlar yaşandığı belirtilmektedir (114).

Sağlık ekibi arasındaki iletişim temelli problemler hem sağlık çalışanlarının işle ilgili motivasyonları hem de hastaya sağlanan bakımın kalitesi açısından önem arz etmektedir. Sağlık kurumlarında sunulan tedavi sadece tıbbi uygulamalarla sınırlı olmayıp ekip üyelerinin davranışlarından etkilenmektedir. Bu sebeple hastaya sağlanan bakım kalitesinin artırılması, sağlık çalışanlarının işle ilgili problemlerinin en aza indirilmesi açısından ekip üyeleri arasındaki iş birliği son derece önemlidir (115).

Sağlık kurumlarında gerçekleşen tıbbi uygulama hataları yatış süresinin uzaması, mortalite ve morbiditede artış gibi ciddi problemlere neden olabilmektedir. Meydana gelen hataların sağlık ekibi arasındaki iletişimin yetersiz olması, bilgi akışının sağlıklı şekilde sağlanmaması ve iş birliği sorunlarından kaynaklandığı bildirilmektedir (80). Özellikle sağlık çalışanlarının vardiya teslimi sırasında bilgi akışını sağlıklı şekilde gerçekleştirememeleri hastaya verilen bakımın kalitesinde ciddi ölçüde düşüşe neden olmaktadır (18). Bu nedenle sağlık ekibi arasındaki etkili iletişim sağlanan bakımın kalitesini arttırmada oldukça kilit bir öneme sahip olduğu söylenebilir.



Hemşirelik mesleği özerk ve iş birliği gerektiren uygulamaları birlikte içermektedir. Hastanın bakım sürecindeki uygulamalar arasında en uygununa karar verme mesleğin özerk yanını ifade etmektedir. Hemşire, hasta için en uygun bakım uygulamasını seçebilme ve uygulayabilme özerkliğine sahiptir. Bu özerklikte ekipte yer alan diğer sağlık profesyonelleri ile eş güdüm ve iş birliği içinde olmalıdır. Hemşirenin planladığı bakım uygulamalarının sürekliliğinin ve değerlendirilmesinin sağlanabilmesi için ekip arkadaşları ile iş birliği içinde olması gerekmektedir. Ekibin etkin bir iş birliği ile hareket etmesi hastaya verilecek bakımın sürekliliğinin sağlanması açısından önem arz etmektedir. Bununla birlikte çalışma koşullarının uygun hale getirilmesi de hemşireler arasındaki iş birliğinin sağlanabilmesi açısından önemlidir (16).

Sağlık ekibinin en önemli yapıtaşlarından biri olan hemşirelerin iş birliği içinde olması hemşirelik uygulamalarının bir standardı olarak değerlendirilmektedir. Buna göre hemşireler arasındaki iş birliği ortak bir hedefe varmak için uyum ve iletişim halinde çalışmayı ifade etmektedir (116). Yapılan bir araştırmada hemşire – hemşire ve hemşire – hekim iş birliğinin hasta bakımı ve hemşirelerin iş koşulları açısından değerlendirildiğinde, elde edilen veriler iş birliğinin güçlü olduğu hemşire ekiplerinde hastaya verilen bakım kalitesinin ve çalışanlarının iş doyumunun daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte güçlü iş birliği olan ekiplerde işten ayrılma niyeti de düşük olarak gözlenmiştir (114). Başka bir çalışmada terminal evredeki hastalara bakım veren 375 hemşire ile görüşme yapılmıştır. Elde edilen verilere göre katılımcıların %10'u meslektaşları ile duygularını paylaşmaktan çekindiklerini, %7'si bakım konusunda meslektaşları ile görüş ayrılığı yaşadıklarını %5'i ise meslektaşları ile iletişim kurmakta güçlük çektiklerini belirtmişlerdir (117). Ülkemizde yapılan bir araştırmada hemşirelerin ekip çalışmasına yönelik tutumlarına etki eden faktörler incelenmiştir. Elde edilen verilere göre hemşirelerin temel eğitim sırasında ekip çalışmasına yönelik eğitim almaları ekip çalışmasına olumlu bakmalarını sağlayan değişkenlerden biridir. 230 hemşirenin katıldığı araştırmada katılımcıların ekip çalışması ve iş birliğine karşı bakış açılarının olumlu olduğu bildirilmiştir (110).

Hemşireler arasındaki iş birliğini bilimsel zeminde inceleyen ilk araştırmacılar Dougherty ve Larson (2010) olmuştur. Araştırmacılar hemşire –

hemşire iş birliğini bazı alt boyutlara ayırarak incelemişlerdir (19). Bu alt boyutlar aşağıdaki gibidir:

**Problem Çözme:** Sağlık hizmetlerinde problem çözme sadece hastaya verilen bakım konusundaki problemleri değil bakım hizmetlerinin yönetilmesi ve ekip çalışmasında meydana gelen sorunları da içermektedir. Tıbbi uygulamalarda hekim – hemşire ve hemşire – hemşire arasındaki etkin takım çalışması problem çözme becerilerinin güçlü olması ile yakından ilişkilidir. Hastaya verilen bakımın nitelikli şekilde yürütülmesini amaçlayan ekip, ortak bir hedef doğrultusunda hareket ederek meydana gelen sorunları çözebilmelidir. Takım içinde oluşan problemlerin sağlıklı şekilde yönetilememesi başta sağlık çalışanının iş motivasyonunu daha sonra ise tıbbi uygulamaların niteliğini düşürebilmektedir. Ekip üyelerinin karşılaştıkları problemleri çözememesi veya etkin bir şekilde yönetememesi, iş birliğinin önündeki önemli engellerden biridir. (118).

**İletişim:** Hemşirelik mesleği insan ilişkilerinin oldukça yoğun yaşandığı mesleklerden biridir. Hastaya bakım veren konumundakini hemşirenin hem ekip arkadaşları hem de hasta ile kurduğu iletişim, verimlilik açısından önem arz etmektedir. Hemşirelerin sözel ve sözel olmayan iletişimle hizmet verdikleri hastalara ve ekip arkadaşlarına karşı etkin bir iletişim içinde olması iyi uygulamalar açısından gereklidir (119). Sağlık çalışanları arasındaki pozitif ve etkili iletişim hayati önem arz etmektedir. Bu nedenle çalışanlar arasındaki etkili iletişim diğer iş kolları ile kıyaslandığında çok daha kritik bir öneme sahiptir. Çalışanlar arasındaki güç mücadeleleri, iletişim hataları, rol çatışması gibi durumlar hasta için hayati öneme sahip olan bakımın sektöre uğramasına neden olabilmektedir. Sağlık ekibi içinde kritik rolü olan hemşirelerin etkin iletişim içinde olmaları ve olumlu ilişkiler geliştirmeleri verilen bakımın kalitesi ile yakından ilişkilidir (120).

**Süreç Paylaşımı:** Değişen sağlık uygulamalarında hemşirelerin daha fazla otonomiye sahip oldukları görülmektedir. Karar verme süreçlerinde hemşirelerin etkin bir şekilde rol almaları hastaların taleplerinin zamanında karşılanması açısından gereklidir. Belli bir düzen dahilinde bakım uygulamalarında kendi kararlarını alan hemşirelerin ekip arkadaşları ile süreç konusunda iş birliği içinde olmaları beklenmektedir (121). Bakım uygulamalarında yeterli otonomiye sahip olmayan hemşirelerin hastanın ihtiyaçlarını zamanında karşılayamaması ekip arkadaşları arasında problemlere neden olabilmektedir. Hemşireler arasındaki

etkin sorumluluk paylaşımı hastanın yatış süresinin kısılması, tıbbi maliyetin azalması, bakımın kalitesinin artması gibi durumları da beraberinde getirmektedir. Bu nedenle hemşirelerin süreci yönetirken iş birliği içinde olmaları mesleki standartlar içinde beklenen davranışlar arasındadır (122).

**Koordinasyon:** Koordinasyon, bir örgütün ulaşmak istediği hedefler için uyum ve iş birliği içinde hareket etmesini ifade etmektedir. Sağlık kuruluşlarında da hastaya sağlanan bakım hizmetinin nitelikli olması için ekip üyelerinin eşgüdüm içinde çalışmaları gerekmektedir. Her işletmede başarılı bir yönetimin temel amaçlarından biri çalışanların koordinasyonunu sağlamaktır. Gelişen sağlık hizmetleriyle birlikte sağlık kuruluşlarında oldukça fazla birim kurulmuş, çalışan sayısı yükselmiştir. Bu durum çalışanlar arasındaki iletişim ve koordinasyonun iyi sağlanmasını daha önemli hale getirmiştir. Sağlık kuruluşlarında hemşirelik hizmetlerinden sorumlu müdür, baş hemşire ve astlar arasındaki koordinasyonun sağlanmasında rol oynamaktadır. Astlar ve üstler arasındaki dikey iletişimde meydana gelecek hatalar koordinasyonu olumsuz yönde etkileyen temel etmenlerden biridir (123). Bununla beraber hasta bakımında ilgili kişilerle koordineli olarak hareket etmek, bakımın doğru şekilde ilerlemesi gereklidir. Bakım sürecindeki koordinasyon eksikliği hasta güvenliği açısından risk teşkil etmektedir (124).

**Profesyonellik:** Meslek elemanlarının mesleğin gereklerine dair eğitim almaları, hizmet sağlarken ilgili standartlar çerçevesinde davranmaları profesyonellik kapsamındadır. Hemşirelerin meslek kuruluşlarına üye olmaları, özerklik içinde hareket edebilmeleri, uzun vadeli eğitim almaları, meslek etiğine özen göstermeleri, mesleğin gerektirdiği bilimsel yöntem ve teknikleri kullanmaları profesyonellik için gerekli koşullardır. Gelişen sağlık sistemi içinde hemşirelerin klasik anlayışa özgü sadece bakım verici rolünden sıyrılıp farklı rollerde yer almaları profesyonelliği geliştirmiştir. Hemşireler artık sadece bakım veren kişi değil, rehberlik eden, sorumluluk alan ve yöneten pozisyonlarda da yer almaktadır. Hemşirelerin meslekteki yenilikleri ve bilimsel gelişmeleri takip eden, sürekli gelişime önem veren duruma gelmeleri profesyonellik için gereklidir. Profesyonel gelişime değer veren hemşirelerin sağlayacağı hizmetin de kaliteli olması beklenmektedir. Profesyonel standartlar çerçevesinde sağlanacak hizmet hem hemşirelerin hem de hastaların güvenliği açısından gereklidir (19).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir anket çalışmasıdır.

#### 3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde Haziran- Ekim 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın evrenini, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi'nde yatarak veya ayaktan tedavi gören hastalara doğrudan bakım veren 400 hemşire oluşturmaktadır. Örneklem, evreni bilinen örnekleme yöntemi ile hesaplandığında %5 hata, %95 güven seviyesine göre 197 olarak belirlenmiştir. Yönetim, eğitim alanında çalışan, çalışma sürecinde izinli olan hemşireler ve diğer sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmemiştir. Doğrudan hastaya bakım veren, çalışmaya gönüllü katılmak isteyen ve verileri eksiksiz tamamlayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Veri kaybı da göz önüne alınarak %7.5 fazla katılımcı ile birlikte bu çalışma toplam 213 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir.

#### 3.3 Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma bir ilde ve yalnızca bir hastanede olması sebebi ile sonuçların genelleştirilmesine dair kısıtlılık içermektedir. Aynı zamanda araştırmada kullanılan ölçme araçları kendi kendine bildirim araçları olup, katılımcıların yanıtları doğrultusunda değerlendirme yapılabilmektedir.

#### 3.4 Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu (EK-1), Bakım Davranışları Ölçeği – 24 (BDÖ) (EK-2), Bilinçli Farkındalık Temelli Öz-Bakım Ölçeği (BFÖBÖ) (EK-3), Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği (EK-4), Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu (TÖ-KF) (EK-5) kullanılmıştır.

**Kişisel Bilgi Formu;** Bu formda araştırmaya katılan hemşirelerin sosyo-demografik (yaş, cinsiyet, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı, eğitim düzeyi) ve mesleki (meslekteki toplam hizmet süresi, çalıştığı birim, çalıştığı birimdeki hizmet süresi, mevcut çalışma şekli, nöbet tutma sıklığı, aylık fazla çalışma süresi, kadrosu) özelliklerini içeren sorulardan oluşmuştur.

**Bakım Davranışları Ölçeği – 24 (BDÖ):** Wu ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilmiş, Kurşun ve Kanan (2012) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (4,125). Hemşirelerin ve hastaların bakım

davranışlarını nasıl algıladığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Ölçekte 24 madde bulunmaktadır ve bilgi-beceri (5 Madde), güvence (8 Madde) saygılı olma (6 Madde), bağlılık (5 Madde) olmak üzere dört alt ölçeği mevcuttur. Yanıt seçenekleri, “1= asla, 2= hemen hemen asla, 3= bazen, 4= genellikle, 5= çoğu zaman, 6= her zaman” olmak üzere 6 puanlı likert tipindedir. Her bir alt boyut, maddelerin puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Alt boyut puanlarının toplanmasıyla ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Puanın yüksek olması hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algının olumlu olduğunu göstermektedir. Kurşun ve Kanan (2012) toplam ölçek için Cronbach alfa değerinin 0.96, alt ölçekler için 0.82-0.92 arasında değiştiği saptamıştır. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

***Bilinçli Farkındalık Temelli Öz-Bakım Ölçeği (BFÖBÖ):*** Sünbül ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilen ölçek bireylerin kendilerini bilinçli olarak ihtiyaç duydukları bakım hizmetlerinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir (60). Ölçek 33 madde ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar Fiziksel Bakım (8 madde), Destekleyici İlişkiler (5 Madde), Bilinçli Farkındalık (4 Madde), Öz-Duyarlık ve Amaç (6 Madde), Bilinçli Farkındalığa Dayalı Rahatlama (6 Madde) ve Destekleyici Yapı (4 Madde) şeklindedir. Yanıt seçenekleri, “1 = hiç, 2 = nadiren, 3 = bazen, 4 = sık sık ve 5 = düzenli” olmak üzere 5’li likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan ise 165, en düşük puan 33’tir. Puan yükseldikçe farkındalığa dayalı bilinçli öz bakım becerilerinin de arttığı anlamına gelmektedir. Toplam ölçek için Cronbach alfa değerinin 0.92 alt ölçekler için 0.87-0.92 arasında değiştiği saptamıştır. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

***Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği:*** Dougherty ve Larson (2010) tarafından geliştirilmiş, Temuçin, Dolu ve Kargın (2019) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır (19,126). Ölçekte 35 madde bulunmaktadır ve çatışma yönetimi (7 Madde), iletişim (8 Madde), paylaşım süreci (8 Madde), koordinasyon (5 Madde) ve profesyonellik (7 Madde) olmak üzere beş alt ölçeği mevcuttur. Yanıt seçenekleri, “Kesinlikle Katılmıyorum (1), Katılmıyorum (2), Katılıyorum (3) ve Kesinlikle Katılıyorum (4)” olmak üzere 4’lü likert tipindedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan ise 140, en düşük puan 35’tir. Alınan toplam puanın artması hemşireler arasındaki iş birliğinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Toplam ölçek için Cronbach alfa değerinin 0.89 alt ölçekler için 0.66-0.90 arasında değiştiği saptamıştır. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

**Tükenmişlik Ölçeği Kısa formu (TÖ-KF):** Pines (2005) tarafından, bir kişinin fiziksel, duygusal ve zihinsel yorgunluk düzeylerini değerlendiren 21 maddelik tükenmişlik ölçeğinin 10 maddelik kısa formu uyarlanmıştır (90). Türkçe’ye uyarlaması Çapri (2013) tarafından hemşire, öğretmen ve okul yöneticileri örnekleminde yapılmıştır (127). Ölçek tek boyutlu olup, kişilerin mesleki tükenmişlik düzeyini ölçmek üzere yedi dereceli (1=Hiçbir zaman- 7=Her zaman) değerlendirme yapılmaktadır. Ölçekten elde edilen puanların toplamı 10’a bölünerek kişinin mesleki tükenmişlik puanı hesaplanır. Puanların artması mesleki tükenmişliğin yüksek düzeyde olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Pines (2005) tarafından 0.85, Çapri (2013) tarafından 0.91 olarak saptanmıştır (90,127). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri Tablo 3.1’de gösterilmiştir.

### **3.5 Araştırma Verilerinin Toplanması**

Verilerin büyük çoğunluğu (135) kâğıda basılı olarak anketin dağıtılmasıyla, 78’i çevrimiçi bir anket platformu (surveey.com) aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmanın kriterlerini karşılayan hemşirelere öncelikle araştırmanın hangi amaçla yapıldığı, toplanan verilerin gizliliği ve bir test bataryası haline getirilen formları evde uygun oldukları zaman diliminde, samimi, içten doldurmaları konusunda gerekli bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerden anketi çevrimiçi mi yoksa kâğıda basılı olarak mı doldurmayı tercih ettikleri öğrenilmiştir. Çevrimiçi katılmayı seçenlere veri toplama formlarını içeren platformun bağlantısı araştırmacı tarafından telefonlarına mesaj yoluyla gönderilmiştir. Katılımcılar çalışmaya kaydolduktan sonra onay vererek anketi yanıtlamaya geçebilmişlerdir. Kâğıda basılı anketi doldurmayı seçenlere veri toplama formu araştırmacı tarafından teslim edilmiş, yazılı olarak onayları alınmış ve bir hafta sonra kendilerinden teslim alınmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

### **3.6 Verilerin Değerlendirilmesi**

İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 programı kullanılmıştır. Verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve  $\pm 1.5$  arasında elde edilenlere parametrik analizler yapılmıştır (128). Genel ve alt

ölçeklerinin çarpıklık ve basıklık değerlerinin-.25 ile +.80 arasında değişmesi normal dağıldığını göstermiştir. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin kategorik verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, sürekli verilerin ve ölçeklerin değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. BDÖ, BFÖBÖ, Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği ve TÖ-KF ölçek puanları arasındaki ilişki pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Pearson korelasyon katsayısı +1 ile -1 arasında bir değer alır ve korelasyon katsayısının 0 olması iki değişken arasında doğrusal bir ilişkinin olmadığını +1 veya -1 olması ise değişkenler arasında mükemmel bir doğrusal ilişkinin olduğunu gösterir. Korelasyon katsayıları (r) işaretten bağımsız olarak: 0.29 ve altı düşük, 0.30-0.49 orta, 0.50 ve üzeri büyük etki olarak yorumlanmıştır (129). Bu değişkenlerin hemşirelerin bakım davranışını ne derece yordadığını belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < .05$  olarak kabul edilmiştir.

**Tablo 3.1.** Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa, Çarpıklık ve Basıklık değerleri

| Değişkenler                                      | Cronbach alfa | Çarpıklık | Basıklık |
|--------------------------------------------------|---------------|-----------|----------|
| <b>Bakım davranışları toplam puan (BDÖ-24)</b>   | .963          | -.305     | -.871    |
| Güvence                                          | .911          | -.406     | -.776    |
| Bilgi-beceri                                     | .858          | -.854     | -.072    |
| Saygılı olma                                     | .893          | -.223     | -1.079   |
| Bağlılık                                         | .874          | -.219     | -.641    |
| <b>Öz-bakım davranışları toplam puan (BFÖBÖ)</b> | .948          | .026      | -.171    |
| Fiziksel bakım                                   | .796          | .727      | .413     |
| Destekleyici ilişkiler                           | .884          | -.845     | .709     |
| Bilinçli farkındalık                             | .922          | -.393     | .273     |
| Öz-duyarlılık ve amaç                            | .829          | -.169     | .119     |
| Bilinçli farkındalığa dayalı rahatlama           | .856          | -.182     | -.603    |
| Destekleyici yapı                                | .871          | .246      | -.735    |
| <b>Hemşire-hemşire iş birliği toplam puan</b>    | .934          | .048      | .206     |
| Çatışma yönetimi                                 | .720          | -.501     | .800     |
| İletişim                                         | .738          | .259      | .364     |
| Paylaşım süreci                                  | .747          | -.034     | .406     |
| Koordinasyon                                     | .843          | -.153     | .249     |
| Profesyonellik                                   | .921          | -.025     | .705     |
| <b>Tükenmişlik toplam puan (TÖ-KF)</b>           | .946          | -.333     | -.567    |

### 3.7 Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmada kullanılan ölçeklerden ‘Bakım Davranışları Ölçeği-24’ü kullanmak için Kurşun’dan, ‘Bilinçli Farkındalık Temelli Öz Bakım Ölçeği’ni kullanabilmek için Sünbül’dan, ‘Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği’ni kullanabilmek için Dolu’dan ve ‘Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu’nu kullanmak için Çapri’dan izin alınmıştır (EK-6). Araştırma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (01.02.2021 tarihli 2021/01 protokol numarası) (EK-7). Kurum izni, Bolu İl Sağlık Müdürlüğü tarafından verilmiştir (EK-8). Ölçek izinleri, etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra veri toplama işlemine geçilmiş ve bu aşamada her bir katılımcıdan aydınlatılmış onamları yazılı olarak alınmıştır. Bu araştırma insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarda gerçekleştirilen tüm prosedürlere, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına, 1964 Helsinki deklarasyonuna ve etik standartlara uygun olarak yapılmıştır.



## 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 213 hemşirenin sosyodemografik ve mesleki özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.1.** Hemşirelerin demografik ve mesleki özellikleri

| Değişkenler                         | Ortalama    | Ss* (Minimum-Maksimum) |
|-------------------------------------|-------------|------------------------|
| Yaş (yıl)                           | 29          | 6.87 (20-53)           |
| Meslekte çalışma süresi (yıl)       | 6           | 7.74 (1-34)            |
| Mevcut birimde çalışma süresi (yıl) | 2           | 2.24 (1-13)            |
| Aylık tutulan nöbet sayısı          | 8           | 3.81 (0-14)            |
| Aylık tutulan nöbet saati           | 56          | 47.61 (0-288)          |
|                                     | <b>Sayı</b> | <b>%</b>               |
| <b>Cinsiyet</b>                     |             |                        |
| Kadın                               | 166         | 77.9                   |
| Erkek                               | 47          | 22.1                   |
| <b>Medeni durum</b>                 |             |                        |
| Evli                                | 151         | 70.9                   |
| Bekar                               | 62          | 29.1                   |
| <b>Çocuk sayısı</b>                 |             |                        |
| 0                                   | 118         | 55.4                   |
| 1                                   | 43          | 20.2                   |
| 2                                   | 45          | 21.1                   |
| 3-4                                 | 7           | 3.3                    |
| <b>Eğitim durumu</b>                |             |                        |
| Sağlık meslek lisesi                | 9           | 4.2                    |
| Ön lisans                           | 25          | 11.7                   |
| Lisans                              | 158         | 74.2                   |
| Yüksek lisans                       | 21          | 9.9                    |
| <b>Kadronuz</b>                     |             |                        |
| Sözleşmeli                          | 34          | 16                     |
| Kadrolu                             | 179         | 84                     |
| <b>Çalışılan birim</b>              |             |                        |
| Dahili klinikler                    | 24          | 11.3                   |
| Cerrahi klinikler                   | 39          | 18.3                   |
| Psikiyatri                          | 16          | 7.5                    |
| Yoğun bakım ünitesi                 | 22          | 10.3                   |
| Acil servis                         | 36          | 16.9                   |
| Palyatif servis                     | 24          | 11.3                   |
| COVID servisi                       | 14          | 6.6                    |
| Poliklinik                          | 38          | 17.8                   |
| <b>Toplam</b>                       | 213         | 100                    |

\*Standart Sapma

Hemşirelerin yaş ortalaması 29±6.87 yıldır ve yaş aralığı 20-53 yıl arasında değişmektedir. Hemşirelerin çoğunluğu (%77.9) kadındır, %22.1’i

erkektir. Hemşirelerin %70.9'u evli, %29.1'i bekar olup, yarısından çoğunun (%55.4) çocuğu olmadığı, %20.2'sinin bir, %21.1'inin iki, %3.3'ünün üç veya dört çocuğu olduğu belirlenmiştir. Lisans mezunu hemşireler çoğunlukta (%74.2) olup, %11.7'si ön lisans, %9.9'u lisansüstü ve sadece %4.2'si sağlık meslek lisesi mezunudur. Hemşire olarak çalışma süresi 1-34 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması 6±7.4 yıldır. Kurumlarında %84'ü kadrolu, %16'sı sözleşmeli olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %16.9'u acil serviste, %18.3'ü cerrahi kliniklerde, %17.8'i poliklinikte, %11.3'ü dahili kliniklerde, %10.3'ü yoğun bakım ünitesinde, %7.5'i psikiyatri, %11.3'ü palyatif bakım, %6.6'si COVID servisinde çalışmaktadır. Mevcut servislerde çalışma süresi 1-13 yıl olup, ortalaması 2±2.24 yıldır. Aylık tutulan nöbet sayısı ortalaması 8±3.81 (0-14), nöbet saati ortalaması 56±47.61 (0-288) olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.** Hemşirelerin bakım, öz-bakım davranışları, hemşire-hemşire iş birliği ve tükenmişlik düzeyleri

| Değişkenler                                      | Ortalama | Ss*   | Katılımcıların Aldığı Minimum-Maksimum Değerler |
|--------------------------------------------------|----------|-------|-------------------------------------------------|
| <b>Bakım davranışları toplam puan (BDÖ-24)</b>   | 5.00     | .65   | 3.58-6.00                                       |
| Güvence                                          | 5.00     | .69   | 3.38-6                                          |
| Bilgi-beceri                                     | 5.35     | .57   | 4-6                                             |
| Saygılı olma                                     | 4.90     | .76   | 3.17-6                                          |
| Bağlılık                                         | 4.76     | .80   | 3-6                                             |
| <b>Öz-bakım davranışları toplam puan (BFÖBÖ)</b> | 100.60   | 20.31 | 51-153                                          |
| Fiziksel bakım                                   | 20.30    | 5.05  | 11-36                                           |
| Destekleyici ilişkiler                           | 16.92    | 4.19  | 5-25                                            |
| Bilinçli farkındalık                             | 13.58    | 3.35  | 4-20                                            |
| Öz-duyarlılık ve amaç                            | 20.84    | 3.74  | 10-30                                           |
| Bilinçli farkındalığa dayalı rahatlama           | 18.07    | 5.14  | 7-30                                            |
| Destekleyici yapı                                | 10.86    | 3.80  | 4-20                                            |
| <b>Hemşire-hemşire iş birliği toplam puan</b>    | 73.99    | 10.48 | 49-98                                           |
| Çatışma yönetimi                                 | 13.03    | 1.82  | 7-16                                            |
| İletişim                                         | 11.08    | 2.16  | 5-16                                            |
| Paylaşım süreci                                  | 11.43    | 2.08  | 6-16                                            |
| Koordinasyon                                     | 14.38    | 2.74  | 7-20                                            |
| Profesyonellik                                   | 24.05    | 4.15  | 12-32                                           |
| <b>Tükenmişlik toplam puan (TÖ-KF)</b>           | 4.71     | 1.31  | 1.6-6.9                                         |

\*Standart Sapma

Bakım Davranışları Ölçeği'nden elde edilen toplam puanın ortalaması  $5.00 \pm 0.65$  (3.58-6.00), alt ölçeklerinin puan ortalaması güvence için  $5.00 \pm 0.69$  (3.38-6), bilgi beceri için  $5.35 \pm 0.57$  (4-6), saygılı olma için  $4.90 \pm 0.76$  (3.17-6) ve bağlılık için  $4.76 \pm 0.80$  (3-6) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Öz Bakım Davranışları Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması  $100.60 \pm 30.31$  (51-153), alt ölçeklerinin puan ortalaması fiziksel bakım için  $20.30 \pm 5.05$  (11-36), destekleyici ilişkiler için  $16.92 \pm 4.19$  (5-25), bilinçli farkındalık için  $13.58 \pm 3.35$  (4-20), öz-duyarlılık ve amaç için  $20.84 \pm 3.74$  (10-30), bilinçli farkındalığa dayalı rahatlama için  $18.07 \pm 5.14$  (7-30) ve destekleyici yapı için  $10.86 \pm 3.80$  (4-20) olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması  $73.99 \pm 10.48$  (49-98), alt ölçeklerinin puan ortalaması çatışma yönetimi için  $13.03 \pm 1.82$  (7-16), iletişim için  $11.08 \pm 2.16$  (5-16), paylaşım süreci için  $11.43 \pm 2.08$  (6-16), koordinasyon için  $14.38 \pm 2.74$  (7-20) ve profesyonellik için  $24.05 \pm 4.15$  (12-32) olarak saptanmıştır. Tükenmişlik Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalaması  $4.71 \pm 1.31$  (1.6-6.9) olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Hemşirelerin öz-bakım davranışları, hemşire-hemşire iş birliği ve alt boyutları ile tükenmişlik düzeylerinin bakım davranışlarıyla ilişkisi Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Bakım Davranışları Ölçeği ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ( $r=.175$ ;  $p=0.01$ ), Öz Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bilinçli farkındalık ( $r=.151$ ;  $p=0.03$ ), öz duyarlılık ve amaç ( $r=.221$ ;  $p=0.001$ ) ve destekleyici yapı puanı ( $r=.145$ ;  $p=0.03$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından fiziksel bakım, destekleyici ilişkiler ve bilinçli farkındalığa dayalı rahatlama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bakım Davranışları Ölçeği ile Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği toplam puanı ( $r=.199$ ;  $p=0.004$ ), Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından paylaşım süreci ( $r=.223$ ;  $p=0.001$ ), koordinasyon ( $r=.218$ ;  $p=0.001$ ) ve profesyonellik puanı ( $r=.176$ ;  $p=0.010$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. Bakım Davranışları Ölçeği ile Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından çatışma yönetimi ve iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ile tükenmişlik arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $r=-.138$ ;  $p=0.045$ ) tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından güvence ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ( $r=.171$ ;  $p=0.01$ ), Öz Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bilinçli farkındalık ( $r=.161$ ;  $p=0.02$ ), öz duyarlılık ve amaç ( $r=.227$ ;  $p=0.001$ ) ve destekleyici yapı puanı ( $r=.156$ ;  $p=0.02$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından güvence ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından fiziksel bakım, destekleyici ilişkiler ve bilinçli farkındalığa dayalı rahatlama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından güvence ile Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği toplam puanı ( $r=.201$ ;  $p=0.003$ ), Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından paylaşım süreci ( $r=.210$ ;  $p=0.002$ ), koordinasyon ( $r=.234$ ;  $p=0.001$ ) ve profesyonellik puanı ( $r=.187$ ;  $p=0.006$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından güvence ile Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından çatışma yönetimi ve iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından güvence ile Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı ( $r=-.227$ ;  $p=0.001$ ) arasında negatif yönlü düşük düzeyli istatistiksel anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bilgi-beceri ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından destekleyici ilişkiler ( $r=.163$ ;  $p=0.02$ ), öz duyarlılık ve amaç puanı ( $r=.191$ ;  $p=0.005$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bilgi-beceri ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ve Öz Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından fiziksel bakım, bilinçli farkındalık, bilinçli farkındalığa dayalı rahatlama ve destekleyici yapı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bilgi-beceri ile Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği toplam puanı ( $r=.153$ ;  $p=0.03$ ), Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından paylaşım süreci ( $r=.189$ ;  $p=0.006$ ), koordinasyon ( $r=.160$ ;  $p=0.002$ ) ve profesyonellik puanı ( $r=.145$ ;  $p=0.03$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bilgi-beceri ile

Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından çatışma yönetimi ve iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bilgi-beceri ile tükenmişlik toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3).

**Tablo 4.3.** Hemşirelerin öz-bakım davranışları, hemşire-hemşire iş birliği ve alt boyutları ile tükenmişlik düzeylerinin bakım davranışlarıyla ilişkisi

| Değişkenler                                      |   | Bakım davranışları toplam puanı (BDÖ-24) | Güvence | Bilgi-beceri | Saygılı olma | Bağlılık |
|--------------------------------------------------|---|------------------------------------------|---------|--------------|--------------|----------|
| <b>Öz-bakım davranışları toplam puan (BFÖBÖ)</b> | r | .175*                                    | .171*   | .121         | .097         | .238**   |
|                                                  | p | .011                                     | .012    | .079         | .159         | .000     |
| Fiziksel bakım                                   | r | .109                                     | .105    | .082         | .034         | .171*    |
|                                                  | p | .112                                     | .127    | .236         | .617         | .012     |
| Destekleyici ilişkiler                           | r | .125                                     | .067    | .163*        | .056         | .177**   |
|                                                  | p | .068                                     | .331    | .017         | .412         | .010     |
| Bilinçli farkındalık                             | r | .151*                                    | .161*   | .130         | .055         | .201**   |
|                                                  | p | .028                                     | .018    | .058         | .423         | .003     |
| Öz-duyarlılık ve amaç                            | r | .221**                                   | .227**  | .191**       | .187**       | .205**   |
|                                                  | p | .001                                     | .001    | .005         | .006         | .003     |
| Bilinçli farkındalığa dayalı rahatlama           | r | .114                                     | .134    | .040         | .059         | .168*    |
|                                                  | p | .097                                     | .051    | .559         | .389         | .014     |
| Destekleyici yapı                                | r | .145*                                    | .156*   | -.001        | .096         | .243**   |
|                                                  | p | .034                                     | .022    | .988         | .163         | .000     |
| <b>Hemşire-hemşire iş birliği toplam puan</b>    | r | .199**                                   | .201**  | .153*        | .164*        | .205**   |
|                                                  | p | .004                                     | .003    | .026         | .017         | .003     |
| Çatışma yönetimi                                 | r | .095                                     | .082    | .060         | .099         | .100     |
|                                                  | p | .166                                     | .236    | .383         | .148         | .144     |
| İletişim                                         | r | .054                                     | .047    | .025         | .044         | .073     |
|                                                  | p | .435                                     | .491    | .714         | .520         | .291     |
| Paylaşım süreci                                  | r | .223**                                   | .210**  | .189**       | .202**       | .214**   |
|                                                  | p | .001                                     | .002    | .006         | .003         | .002     |
| Koordinasyon                                     | r | .218**                                   | .234**  | .160*        | .176*        | .221**   |
|                                                  | p | .001                                     | .001    | .019         | .010         | .001     |
| Profesyonellik                                   | r | .176**                                   | .187**  | .145*        | .130         | .181**   |
|                                                  | p | .010                                     | .006    | .034         | .059         | .008     |
| <b>Tükenmişlik toplam puan (TÖ-KF)</b>           | r | -.138                                    | -.227** | -.110        | -.073        | -.100    |
|                                                  | p | .045                                     | .001    | .109         | .289         | .145     |

Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından saygılı olma ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından öz duyarlılık ve amaç puanı ( $r=.187$ ;  $p=0.006$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından saygılı olma ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ve Öz Bakım Davranışları Ölçeği alt

boyutlarından fiziksel bakım destekleyici ilişkiler, bilinçli farkındalık, bilinçli farkındalığa dayalı rahatlama ve destekleyici yapı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından saygılı olma ile Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği toplam puanı ( $r=.164$ ;  $p=0.02$ ), Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından paylaşım süreci ( $r=.202$ ;  $p=0.003$ ) ve koordinasyon puanı ( $r=.176$ ;  $p=0.01$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından saygılı olma ile Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından çatışma yönetimi, iletişim ve profesyonellik arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından saygılı olma ile tükenmişlik toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3).

Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bağıllık ile Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puanı ( $r=.238$ ;  $p<0.0001$ ), Öz Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından fiziksel bakım ( $r=.171$ ;  $p=0.01$ ), destekleyici ilişkiler ( $r=.177$ ;  $p=0.01$ ), bilinçli farkındalık ( $r=.201$ ;  $p=0.003$ ), öz duyarlılık ve amaç ( $r=.205$ ;  $p=0.003$ ), bilinçli farkındalığa dayalı rahatlama ( $r=.168$ ;  $p=0.014$ ) ve destekleyici yapı puanı ( $r=.243$ ;  $p<0.0001$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bağıllık ile Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği toplam puanı ( $r=.205$ ;  $p=0.003$ ), Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından paylaşım süreci ( $r=.214$ ;  $p=0.002$ ), koordinasyon ( $r=.221$ ;  $p=0.001$ ) ve profesyonellik puanı ( $r=.181$ ;  $p=0.008$ ) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir. Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bağıllık ile Hemşire Hemşire İş birliği Ölçeği alt boyutlarından çatışma yönetimi ve iletişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarından bağıllık ile tükenmişlik toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.3).

Hemşirelerin öz-bakım davranışları, hemşire-hemşire iş birliği, tükenmişlik bağımsız değişkenlerinin bağımlı değişken olan bakım davranışlarına ve alt ölçeklerine etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Öncelikle çoklu doğrusal regresyon analizi kriteri olan normallik, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki doğrusallık varsayımını sağladığı,

bağımsız değişkenler arasında çoklu ortak doğrusallık (Multicollinearity) olmadığı, Varyans Büyütme Faktörü (Variance Inflation Factor-VIF) değerinin 10'dan küçük olduğu, Tolerans değerinin 0.2'den büyük olduğu kontrol edilmiştir (129).

**Tablo 4.4.** Hemşirelerin bakım davranışlarının yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

| Değişkenler                                                                        | Standardize Edilmemiş Katsayı | Standart Hata | Standardize $\beta$ Katsayısı | t      | p    | İkili r | Kısmi r | Tolerans | VIF   |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|--------|------|---------|---------|----------|-------|
| Sabit                                                                              | 4.086                         | .451          |                               | 9.059  | .000 |         |         |          |       |
| Öz-bakım davranışları                                                              | .004                          | .002          | .109                          | 1.505  | .134 | .172    | .104    | .848     | 1.180 |
| Hemşire-hemşire iş birliği                                                         | .010                          | .004          | .161                          | 2.338  | .020 | .199    | .160    | .941     | 1.063 |
| Tükenmişlik                                                                        | -.039                         | .036          | -.078                         | -1.085 | .279 | -.148   | -.075   | .858     | 1.165 |
| F=4.655, $p^1=0.004$ , R=0.250, $R^2=0.063$ , Düzeltilmiş $R^2=0.049$ , $p^2<0.05$ |                               |               |                               |        |      |         |         |          |       |

F: Modelin anlamlılığının sınandığı test değeri

$P^1$ : Modelin anlamlılığının sınandığı testin p değeri

R: Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki kolektif korelasyon katsayısı

$R^2$ : Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin ne kadarını açıkladığı (% olarak)

Tablo 4.4'te gösterildiği üzere analize alınan bağımsız değişkenlerin hemşirelerin bakım davranışlarına etkisini test etmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre modelin (F=4.655,  $p=0.004$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Regresyon katsayılarının anlamlılığını gösteren t istatistik değerleri; hemşire-hemşire arasındaki iş birliği ( $t=2.338$ ,  $p=0.02$ ) için anlamlı düzeydeyken diğer değişkenler için anlamsız bulunmuştur. Modelde hemşire-hemşire arasındaki iş birliği ( $\beta = .16$ ) anlamlı ölçüde bakım davranışları düzeyini yordamıştır ( $R=.25$ ,  $R^2 = .06$ , Düzeltilmiş  $R^2 = .05$ ).

Tablo 4.5'te gösterildiği üzere analize alınan bağımsız değişkenlerin hemşirelerin bakım davranışlarından güvence alt boyutuna etkisini test etmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre modelin (F=6.286,  $p<0.0001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Regresyon katsayılarının anlamlılığını gösteren t istatistik değerleri; hemşire-hemşire arasındaki iş birliği ( $t=2.232$ ,  $p=0.03$ ) ve tükenmişlik ( $t=-2.396$ ,  $p=0.02$ ) için anlamlı düzeydeyken öz bakım davranışları için anlamsız bulunmuştur. Modelde hemşire-hemşire arasındaki iş birliği ( $\beta = .15$ ) ve tükenmişlik düzeyinin ( $\beta = -.17$ )

bakım davranışları düzeyini anlamlı ölçüde yordadığı tespit edilmiştir ( $R=.29$ ,  $R^2=.08$ , Düzeltilmiş  $R^2=.07$ ).

**Tablo 4.5.** Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutu olan güvencenin yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

| Değişkenler                                                                            | Standardize Edilmemiş Katsayı | Standart Hata | Standardize $\beta$ Katsayısı | t      | p    | İkili r | Kısmi r | Tolerans | VIF   |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|--------|------|---------|---------|----------|-------|
| Sabit                                                                                  | 4.417                         | .475          |                               | 9.304  | .000 |         |         |          |       |
| Öz-bakım davranışları                                                                  | .003                          | .002          | .077                          | 1.072  | .285 | .171    | .074    | .848     | 1.180 |
| Hemşire-hemşire iş birliği                                                             | .010                          | .005          | .152                          | 2.232  | .027 | .201    | .153    | .941     | 1.063 |
| Tükenmişlik                                                                            | -.091                         | .038          | -.171                         | -2.396 | .017 | -.227   | -.164   | .858     | 1.165 |
| F=6.286, $p^1<0.0001$ , $R=0.288$ , $R^2=0.083$ , Düzeltilmiş $R^2=0.070$ , $p^2<0.05$ |                               |               |                               |        |      |         |         |          |       |

F: Modelin anlamlılığının sınıandığı test değeri

$P^1$ : Modelin anlamlılığının sınıandığı testin p değeri

R: Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki kolektif korelasyon katsayısı

$R^2$ : Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin ne kadarını açıkladığı (% olarak)

Tablo 4.6’da gösterildiği üzere analize alınan bağımsız değişkenlerin bakım davranışlarından bilgi-beceri alt boyutuna etkisini test etmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre modelin ( $F=2.498$ ,  $p=0.061$ ) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bulunan bu sonuç; hemşirelerin bilgi-beceri düzeyindeki değişimin, incelenen bağımsız değişkenlerle açıklanmadığını göstermiştir.

**Tablo 4.6.** Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutu olan bilgi-becerinin yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

| Değişkenler                | Standardize Edilmemiş Katsayı | Standart Hata | Standardize $\beta$ Katsayısı | t      | p    | İkili r | Kısmi r | Tolerans | VIF   |
|----------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|--------|------|---------|---------|----------|-------|
| Sabit                      | 4.766                         | .402          |                               | 11.866 | .000 |         |         |          |       |
| Öz-bakım davranışları      | .002                          | .002          | .072                          | .970   | .333 | .121    | .067    | .848     | 1.180 |
| Hemşire-hemşire iş birliği | .007                          | .004          | .126                          | 1.799  | .073 | .153    | .123    | .941     | 1.063 |
| Tükenmişlik                | -.027                         | .032          | -.061                         | -.833  | .406 | -.110   | -.058   | .858     | 1.165 |
| F=2.498, $p^1=0.061$       |                               |               |                               |        |      |         |         |          |       |

F: Modelin anlamlılığının sınıandığı test değeri

$P^1$ : Modelin anlamlılığının sınıandığı testin p değeri



Tablo 4.7’de gösterildiği üzere analize alınan bağımsız değişkenlerin bakım davranışlarından saygılı olma alt boyutuna etkisini test etmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre modelin ( $F=2.261$ ,  $p=0.082$ ) istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Bulunan bu sonuç; hemşirelerin saygılı olma düzeyindeki değişimin, incelenen bağımsız değişkenlerle açıklanmadığını göstermiştir.

**Tablo 4.7.** Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutu olan saygılı olmanın yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

| Değişkenler                | Standardize Edilmemiş Katsayı | Standart Hata | Standardize $\beta$ Katsayısı | t     | p    | İkili r | Kısmi r | Tolerans | VIF   |
|----------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|-------|------|---------|---------|----------|-------|
| Sabit                      | 3.972                         | .533          |                               | 7.456 | .000 |         |         |          |       |
| Öz-bakım davranışları      | .002                          | .003          | .056                          | .759  | .449 | .097    | .052    | .848     | 1.180 |
| Hemşire-hemşire iş birliği | .011                          | .005          | .147                          | 2.098 | .037 | .164    | .144    | .941     | 1.063 |
| Tükenmişlik                | -.015                         | .043          | -.026                         | -.347 | .729 | -.073   | -.024   | .858     | 1.165 |
| $F=2.261$ , $p^1=0.082$    |                               |               |                               |       |      |         |         |          |       |

F: Modelin anlamlılığının sınandığı test değeri

P<sup>1</sup>: Modelin anlamlılığının sınandığı testin p değeri

Tablo 4.8’de gösterildiği üzere analize alınan bağımsız değişkenlerin hemşirelerin bakım davranışlarından bağlılık alt boyutuna etkisini test etmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre modelin ( $F=6.184$ ,  $p<0.0001$ ) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Regresyon katsayılarının anlamlılığını gösteren t istatistik değerleri; öz bakım davranışları ( $t=2.845$ ,  $p=0.005$ ) ve hemşire-hemşire arasındaki iş birliği ( $t=2.365$ ,  $p=0.02$ ) için anlamlı düzeydeyken tükenmişlik için anlamsız ( $p=0.961$ ) bulunmuştur. Modelde öz-bakım davranışları ( $\beta = .21$ ) ve hemşire-hemşire arasındaki iş birliği ( $\beta = .16$ ) anlamlı ölçüde bakım davranışları düzeyini yordamıştır ( $R=.29$ ,  $R^2 = .08$ , Düzeltilmiş  $R^2 = .07$ ).

**Tablo 4.8.** Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutu olan bağlılığın yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

| Değişkenler                                                                             | Standardize Edilmemiş Katsayı | Standart Hata | Standardize $\beta$ Katsayısı | t     | p    | İkili r | Kısmi r | Tolerans | VIF   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|-------|------|---------|---------|----------|-------|
| Sabit                                                                                   | 3.015                         | .551          |                               | 5.468 | .000 |         |         |          |       |
| Öz-bakım davranışları                                                                   | .008                          | .003          | .205                          | 2.845 | .005 | .238    | .193    | .848     | 1.180 |
| Hemşire-hemşire iş birliği                                                              | .012                          | .005          | .162                          | 2.365 | .019 | .205    | .161    | .941     | 1.063 |
| Tükenmişlik                                                                             | -.002                         | .044          | -.004                         | -.050 | .961 | -.100   | -.003   | .858     | 1.165 |
| F=6.184, $p^1 < 0.0001$ , R=0.286, $R^2=0.082$ , Düzeltilmiş $R^2=0.068$ , $p^2 < 0.05$ |                               |               |                               |       |      |         |         |          |       |

F: Modelin anlamlılığının sınıandığı test değeri

$P^1$ : Modelin anlamlılığının sınıandığı testin p değeri

R: Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki kolektif korelasyon katsayısı

$R^2$ : Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin ne kadarını açıkladığı (% olarak)

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, yatarak veya ayaktan tedavi gören hastalara doğrudan bakım veren ve araştırmaya gönüllü olarak katılan hemşirelerin hastalarına bakım davranışları, öz bakımı, hemşire-hemşire iş birliği, tükenmişlik düzeyleri ve bu faktörlerin hastalara sunulan bakım davranışlarına etkisi literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmaya katılmayı kabul eden 213 hemşireden %22.1'inin erkek, yaş ortalamalarının  $29\pm6.87$  yıl ve lisans mezunu hemşirelerin çoğunlukta (%74.2) olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın yürütüldüğü Bolu'da 2018'de üniversite hastanesinin yataklı tedavi birimlerinde çalışan 103 hemşire ile yapılan bir çalışmada (2) da yaş ortalamasının benzer ( $29.82\pm6.43$ ) olduğu ancak erkek hemşirelerin ve lisans mezunu olanların bizim çalışmamızda daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu fark, son dört yılda erkek hemşire sayısının artması ve lisans mezunu hemşire istihdamı ile açıklanabilir. Nitekim son yıllarda İstanbul ili Anadolu yakasında yapılan çalışmaya katılan hemşirelerin de %21.3'ünün erkek ve %71.6'sının lisans mezunu olduğu saptanmıştır (130). Bu durumun yıllar içerisindeki değişime işaret ettiği düşünülmüştür.

Çalışmamızda hemşirelerin, Bakım Davranışları Ölçeği'nden elde edilen toplam puan ortalamasının  $5.00\pm.65$ , alt ölçekleri için en yüksek puanı bilgi beceri alt boyutundan ( $5.35\pm.57$ ), en düşük puanı ise bağlılık alt boyutundan ( $4.76\pm.80$ ) aldıkları tespit edilmiştir. Hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algının olumlu düzeyde olduğu görülmektedir. Literatürde bu konuda önceki yıllarda yapılan çalışmalarda olduğu gibi (131-134), son yıllarda da “Bakım Davranışları Ölçeği-24” toplam puan ortalaması Cerit ve Coşkun (2018) tarafından  $5.23\pm.52$ ; Erenoğlu ve ark. (2019) tarafından  $5.38\pm.50$ ; Küçüksarı (2020) tarafından  $5.38\pm.56$  olarak, yüksek düzeyde bildirilmiştir (2,3,130). Bu sonuç hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algının tutarlı biçimde olumlu olduğunu ve çalışmamızda belirlenen puan ortalamasıyla benzer veya çalışmamamızda elde edilen puanın kısmen düşük olduğunu göstermektedir. Görelî olarak puanın düşük olmasında, COVID-19 pandemisinin etkisinin olabileceği düşünülmüştür. Poyraz (2021) tarafından yapılan çalışmada ise bakım davranışları toplam puanın daha düşük ( $4.33$ ) olduğu görülmektedir (135). Önceki yıllarda Çin'de farklı şehirlerde olan toplam beş hastanede yürütülen, 540 hemşireyi kapsayan bir çalışmada, Bakım

Davranışları Ölçeği-24 toplam puan ortalamasının hemşireler için 4.96 olduğu, bilgi ve beceri alt boyutunun en yüksek ortalamaya (5.25) sahip olduğu ve en düşük puan ortalamasının (4.51) bağıllık alt boyutunda olduğu bildirilmiştir (136). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde bir devlet ve bir özel hastanede çalışan hemşirelerle yapılan bir araştırma sonucunda, Bakım Davranışları Ölçeği'nden elde edilen genel puanın yüksek olduğu (5.20), alt boyutlarda en yüksek ortalama puanın bilgi beceri alt boyutunda (5.52) olduğu, onu sırası ile güvence (5.29), saygılı olmanın (5.11) izlediği ve en düşük ortalama puanın bağıllık (4.90) alt boyutundan alındığı saptanmıştır (137). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da en yüksek puanı bilgi-beceri alt boyutundan ( $5.53 \pm .47$ ), en düşük puanı bağıllık alt boyutundan aldıkları ( $5.03 \pm .66$ ) belirlenmiştir (2). Başka bir çalışmada da bilgi-beceri alt boyut puan ortalaması en yüksek ( $5.54 \pm .53$ ), bağıllık alt boyut puan ortalamasının en düşük ( $5.26 \pm .60$ ) olduğu bulunmuştur (3). Son yıllarda yapılan benzer bir çalışmada da en yüksek puanı bilgi-beceri alt boyutundan ( $5.50 \pm .60$ ), en düşük puanı bağıllık alt boyutundan aldıkları ( $5.31 \pm .60$ ) bildirilmiştir (130). Diğer çalışmada da en yüksek puanı bilgi-beceri alt boyutundan (5.00), en düşük puanı bağıllık alt boyutundan aldıkları (4.00) saptanmıştır (135). Bakım Davranışları Ölçeği'nin bilgi-beceri alt boyutunu oluşturan maddeleri göz önüne alındığında, hemşirelerin girişimleri, araç-gereçleri beceriyle kullanabilmeleri, profesyonel bilgi-becerileri, etkin iletişim ve güven verme açısından bakım davranışlarını yüksek düzeyde değerlendirildiği anlaşılmaktadır. Bakım Davranışları Ölçeği'nin bağıllık alt boyutu, daha çok hemşirelerin hastaya zaman ayırma, anlayışlı olma ve bakımı birlikte planlama, hastayı bilgilendirme, destekleme davranışlarını içermektedir. Psikososyal bakım uygulamalarını ifade eden bu davranışların diğer alt boyutlara göre düşük olması, günümüzde de hala hemşirelerin bağımsız olarak gerçekleştirebilecekleri, bütüncül bakımın parçası olan psikolojik desteği sunmada yeterliliklerinin geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesinin artması için psikososyal bakım becerilerini öğrenmeleri ve hastaya etkili zaman ayırma, dinleme, empati kurma, bakımı hastayla birlikte planlama, hastayı bilgilendirme gibi davranışları sergilemeleri için hemşirelik eğitiminde ve sağlık hizmetlerinde gerekli düzenlemelerin yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin Öz-Bakım Davranışları Ölçeği'nden aldıkları puanlar 51 ile 153 arasında değişmekte olup, ortalaması  $100.60 \pm 20.31$ 'dir. Öz-

Bakım Davranışları Ölçeği alt boyutlarında en yüksek puan ortalaması öz-duyarlılık ve amaç (20.84±3.74), en düşük puan ortalaması ise destekleyici yapı (10.86±3.80)'dır. Hemşirelerin, öz bakım davranışlarına ilişkin algılarının olumlu ve ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Komser (2019) tarafından yapılan araştırmada da hemşirelerin Öz Bakım Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamasının 98.53±18.20 ve orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (138). Ülkemizde yapılan diğer çalışmaların sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerde olduğu, öz bakım düzeyinin 90.58 ile 103.43 arasında değiştiği tespit edilmiştir (54,55,139). Hemşirelerin kendi bakımlarına yönelik farkındalığın artırılmasına öğrencilik döneminden itibaren önem verilmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür. Çünkü hemşirelerin bakım davranışları sadece kendileri için değil, bakım verdikleri bireyler için de önemlidir. Çalışmamızda, hemşirelerin öz bakım düzeyleri ile bakım davranışları, güvence ve bağlılık alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, hemşirelerin kendilerine bakımları arttıkça bakım davranışlarının arttığını göstermektedir. Çalışmamızla benzer biçimde, Blum (2014) da yaptığı çalışmada öz bakımın stresi azalttığını, şefkat ve empati sağlamak için hemşirenin kapasitesini yenilediğini ve bakım kalitesini arttırdığını bildirmiştir (21). Hemşirelerin öz-bakımının özellikle diğer çalışmalarda da (2,3,130,137) en düşük bulunan bağlılık alt boyutuyla ilişki olması, ayrıca çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre de öz-bakım davranışlarının bağlılığı yordaması, hemşirelerin bakım davranışlarını geliştirmek için önemli bir sonuçtur. Bu sonucu test edecek çalışmaların artırılmasına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda yapılan analizler sonucunda hemşirelerin birbirleri ile iş birliği düzeyleri puan ortalaması 73.99±10.48, orta düzeyde olarak saptanmıştır. Önceki yıllarda yapılan bir çalışmada da hemşirelerin genel iş birliği düzeylerinin çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir (140). Diğer taraftan, Adana'da bir üniversite hastanesi dahili birimlerinde çalışan hemşireler arasındaki iş birliğini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışmada, çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak, hemşire-hemşire iş birliği ölçeği alt boyutlarından çatışma yönetimi, iletişim, paylaşım süresi, koordinasyon ve profesyonellik puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlenmiştir (141). İstanbul'daki bir kamu üniversitesi hastanesinde 328 hemşire ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise hemşire-hemşire iş birliği puan ortalamasının 3.14 olduğu ve en yüksek (3.26±.54) alt boyutun

profesyonellik, en düşük ( $2.92 \pm .47$ ) alt boyutun iletişim olduğu belirlenmiştir (142). Çalışmamızda da hemşire-hemşire iş birliği ölçeğinin alt boyutlarından profesyonelliğin en yüksek, iletişimin en düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu açıdan elde edilen sonuçlar benzer olup, hemşirelerin birbirleriyle iletişimlerinin geliştirilmesine ihtiyaç olduğu anlaşılmıştır. Yine de hem çalışmaların sınırlı sayıda olduğu ve tek merkezde yapıldığı hem de farklı sonuçlar elde edildiği göz önüne alındığında ülkemizde hemşirelerin birbirleriyle iş birliği hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Konuyla ilgili uluslararası çalışmalar da sınırlıdır. Finli ve Norveçli hemşireler ile yapılan bir çalışmada hemşire-hemşire iş birliği algısının her iki ülkede de iyi ancak Norveçli hemşirelerin çatışma yönetimi, iletişim, paylaşılan süreç, koordinasyon ve profesyonellik için Finlandiyalı meslektaşlarına göre daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Her iki ülkede de en yüksek puana sahip alt ölçekler profesyonellik, paylaşılan süreç ve iletişim olarak bildirilmiştir (143). Ülkemizde hemşirelik eğitiminde ve hemşirelerin hizmet içi eğitimlerinde etkili iletişimin ve iş birliğinin önemi vurgulanmakta ise de bilginin ötesinde becerilerin kazandırılmasına ve benimsetilmesine yönelik çaba harcanması gerektiği düşünülmektedir.

Hemşireler arasındaki iş birliğinin yüksek düzeyde olmasının; hasta bakım kalitesinin artmasını ve tıbbi hataların önlenmesini, hemşirelerin sorun çözme becerilerini ve profesyonellik düzeylerini etkileyeceği belirtilmektedir (144). Sağlık bakımında etkili iş birliği hemşireler arasında sorumluluk paylaşımını kolaylaştırmaktadır. Bu durum, hemşireler arasındaki iş birliğini olumlu etkilemekte, hastaların hızlı iyileşmesini ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (16). Çalışmamızda da hemşire-hemşire iş birliği ile bakım davranışları ve alt boyutları olan güvence, bilgi-beceri, saygılı olma ve bağlılık arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre de hemşire-hemşire iş birliğinin bakım kalitesini yordadığı görülmüştür. Deveci (2020) tarafından yapılan bir araştırmada hemşirelerin kendi aralarında ve diğer meslek gruplarıyla ilişkilerinde hasta bakım davranışlarının önemli bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (145). Başka bir çalışmada da çalışma arkadaşlarıyla ilişkisi olumsuz etkilenen bireylerin bakım davranışları tüm alt boyutlarda anlamlı şekilde düşük bulunmuştur (135). Benzer şekilde Ma, Shang ve Bott (2015) hemşire-hemşire iş birliğinin bakım kalitesini

etkilediğini belirtmektedir (146). Lemetti ve diğerleri (2015)'de yapmış oldukları çalışmada hemşireler arasındaki iş birliğinin bakım kalitesi için çok önemli olduğu ve hemşireler arasındaki iş birliğinin bakım kalitesini tanımlamak için kullanılan kategorilerden biri olduğu tespit edilmiştir (147). Ndundu (2015)'nun, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, hemşire-hemşire iş birliği uygulamalarına yönelik algılarını belirlediği çalışmada hemşirelerin hemşire-hemşire iş birliğine karşı olumlu tutumlarının yüksek olduğu ve iş birliğinin kaliteli hasta bakımı sunmada önemli olduğu vurgulanmaktadır (148). Bir çalışmada hemşirelerin meslektaşlarıyla ilişkisinin hasta bakım kalitesi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (15). Olumsuz iş ilişkileri bireylerin motivasyonunu ve verimini düşürebilir. Pandemi sürecinde ekip ilişkisinin önemli ölçüde olumsuz etkilendiği bilinmekte ve bu durumun bakım davranışlarını olumsuz etkileyebileceği anlaşılmaktadır. İlgili bulgular neticesinde hemşirelerin birbirleriyle iş birliği arttıkça, bakım kalitesinin de artabileceği söylenebilir.

Araştırmamız kapsamında elde edilen başka bir bulguda da hemşirelerin, tükenmişlik puan ortalamasının  $4.71 \pm 1.31$  olduğudur. Bu sonuç hemşirelerin yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığını göstermektedir. İlgili alan yazın incelendiğinde çalışmamızın bulgusuyla benzerlik gösteren çalışmalar önceki yıllarda olduğu gibi (37,149-151), son yıllarda da mevcuttur. Duman'ın (2021) bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan 205 hemşire ile yürüttüğü çalışmada, Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ortalamasının  $4.48 \pm 1.07$  olduğu tespit edilmiştir (152). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde yürütülen bir araştırmada da hemşirelerin Tükenmişlik Ölçeği toplam puanı  $4.52 \pm 0.81$  olarak bulunmuştur (153). Tükenmişlik Ölçeği toplam puan ortalaması Kabakçı (2021) tarafından  $4.04 \pm 1.27$ ; Can ve Hisar (2019) tarafından  $3.35 \pm 0.66$ ; Hoşgör ve ark. (2021) tarafından  $2.82 \pm 0.60$  olarak bildirilmiştir (154-156). Bu sonuç hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin orta ve yüksek düzeyde olduğunu, çalışılan kuruma ve servise göre de değiştiğini göstermektedir. Ayrıca elde edilen bu sonuçta pandemi döneminde yoğun bir şekilde çalışma durumunun önemli bir etkisinin olabileceği söylenebilir. Araştırmamızla benzer sonuçlar, Şahin ve arkadaşlarının (2020) pandemi hastanelerinde görev yapan sağlık çalışanları ile yaptıkları çalışmada da görülmektedir (157). Sağlık çalışanlarının yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadığı bulunmuştur. Samsun Çarşamba Devlet Hastanesinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin pandemi döneminde tükenmişlik ve işten

ayrılma niyeti incelenmiştir. Tükenmişlik Ölçeği puan ortalamaları yüksek düzeyde ( $4.34 \pm 1.10$ ) tespit edilmiştir (158). Benzer biçimde Bellanti ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, pandemi sürecinde çalışmakta olan hemşirelerde yüksek düzeyde tükenmişlik gözlemlendiği bildirilmiştir (159). Pandemiyle hemşirelerin artan iş yükü, buna rağmen emeklerinin karşılığını görememeleri son dönemde tükenmişlik seviyelerini daha da yükseltmiş olabilir. Dolayısıyla elde edilen bu sonucun beklenir olduğu söylenebilir.

İlginç olan, hemşirelerin tükenmişlik düzeyi ile bakım davranışlarından sadece güvence arasında negatif yönde istatistiksel anlamda ilişkinin tespit edilmesidir. Başka bir ifade ile hemşireler yüksek düzeyde tükenmiş hissetmelerine rağmen, algıladıkları bakım davranışlarının önemli ölçüde etkilenmediğini düşündükleri anlaşılmaktadır. Yine de yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre tükenmişliğin bakım davranışlarından güvence boyutunu yordadığı tespit edilmiştir. COVID-19 döneminde yapılan bir araştırmada, hemşirelerin duyarsızlaşma ve duygusal tükenme ile bakım davranışları ve alt boyutları (saygılı olma, bağlılık, bilgi beceri ve güvence) arasında negatif, kişisel başarı düzeyi ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (135). Başka bir araştırmada, hemşirelerin duygusal tükenme düzeyi ile bakım davranışları ve alt boyutları arasında ilişki saptanmazken, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı düzeyi ile bakım davranışları ve alt boyutları (saygılı olma, bağlılık, bilgi beceri ve güvence) arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (113). Önceki yıllarda altı ülkeden geniş örneklemde (53.846 hemşire) yapılan bir çalışmada hemşirelerin tükenmişlik düzeyi Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirilmiş ve bakım davranışlarını değerlendirmek için hemşirelerden, çalıştıkları son vardiyada hasta bakımını mükemmelden zayıfa doğru 4 puanlık bir ölçek kullanarak derecelendirmeleri istenmiştir. Sonuçta tükenmişlik düzeyi yüksek olan hemşirelerin bakım kalitesini daha düşük olarak derecelendirdikleri saptanmıştır (160). Hastalarla yakın temas ve karmaşık uygulama ortamları, pandemiyle de artan oranda hemşireleri tükenmişliğe yatkın hale getirebilmekte (161) ve daha sonra iş performanslarını ve bakım kalitesini etkileyebilmektedir. Pandemi döneminde yapılan bir çalışmada tükenmişlik, Profesyonel Yaşam Kalitesi Ölçeği ile değerlendirilmiş ve bakım davranışlarından sadece bilgi-beceri düzeyini istatistiksel olarak anlamlı etkilediği saptanmıştır. Bu sonuç, hastaların hastalık durumları ve tedavileri ile ilgili yetersiz



bilgiye sahip olduklarına inandıklarını ve klinik hemşirelere güncel, kanıta dayalı bilgiler sağlanmasının önemini gösterdiği biçiminde açıklanmıştır (162). Bizim çalışmamızda ise hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin bakım davranışlarından güvence boyutunu etkilediği görülmüştür. Hemşire tükenmişliği ve ciddi hemşire kıtlığı bağlamında güvenli ve kaliteli bakım sağlamanın daha da zor olabileceği söylenebilir ancak konuyla ilgili araştırmalar sınırlı ve sonuçları tutarsızdır. Bu durum tükenmişliğin ve bakım davranışlarının değerlendirilmesinde kullanılan araçların farklılığından kaynaklanabilir. Alternatif bir açıklama hem bakım kalitesinin hem de tükenmişliğin aynı temel çalışma koşullarıyla bağlantılı olmasıyla ilgili olabilir. Diğer bir ifadeyle tükenmişlik ve hemşirelerin düşük kaliteli bakım algıları hemşirelerin çalışma durumlarına ilişkin olumsuz değerlendirmelerini veya memnuniyetsizliklerini yansıtabilir. Tükenmişlik yaşayan hemşireler, yüksek kaliteli bakım sunma konusunda daha az beceri veya istek gösterebilir de bakım kalitesinin düşük olduğu ortamlarda çalışmanın duygusal sıkıntıya yol açması da mümkündür. Hemşirelerin tükenmişliğinin hasta bakım davranışları üzerine etkisi hakkında tutarsız sonuçlar, benzer çalışmalara ihtiyaç olduğunu da göstermektedir. Ayrıca, bakım kalitesinin sadece hemşirelerinin bildirimlerine dayalı olarak değil, hastaların görüşlerini de değerlendirerek birden çok kaynaktan toplanması anlamlı olacaktır. Böylece bu sorunun sadece hemşireleri olumsuz etkilemediğine dikkat çekilebilir. Tükenmişlik, hastanelerdeki her seviyedeki hem insan kaynakları hem de hemşire yöneticileri için bakım kalitesinin izlenmesinde önemli bir gösterge gibi görünmektedir. Hemşire tükenmişliğini azaltmak, özellikle hemşire açığının derinleştiği ve dünya çapında sağlık sistemlerinde güvenlik ve bakımın tutarlılığı ile ilgili sorunları ele alma baskısının arttığı bağlamlarda, hemşire tarafından derecelendirilen bakım kalitesini iyileştirmek için oldukça etkili bir strateji olabilir. Hasta bakım kalitesini sürdürmek veya yükseltmek dahil olmak üzere hemşirelerin tükenmişliğini azaltmak ve önlemek için bireysel ve organizasyonel müdahalelerin önemini vurgulamak gerekir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1 Sonuçlar

Hemşirelerin %77.9'u kadındır, %22.1'i erkektir. Yaş ortalamaları  $29 \pm 6.87$  yıldır ve yaş aralığı 20-53 yıl arasında değişmektedir.

Hemşirelerin %70.9'u evli, %29.1'i bekar olup, yarısından çoğunun (%55.4) çocuğu olmadığı, %20.2'sinin bir, %21.1'inin iki, %3.3'ünün üç veya dört çocuğu olduğu belirlenmiştir.

Lisans mezunu hemşireler çoğunlukta (%74.2) olup, %11.7'si ön lisans, %9.9'u lisansüstü ve sadece %4.2'si sağlık meslek lisesi mezunudur.

-Hemşire olarak çalışma süresi 1-34 yıl arasında değişmekte olup, ortalaması  $6 \pm 7.4$  yıldır. Kurumlarında %84'ü kadrolu, %16'sı sözleşmeli olarak çalışmaktadır.

Hemşirelerin %16.9'u acil serviste, %18.3'ü cerrahi kliniklerde, %17.8'i poliklinikte, %11.3'ü dahili kliniklerde, %10.3'ü yoğun bakım ünitesinde, %7.5'i psikiyatri, %11.3'ü palyatif bakım, %6.6'si COVID servisinde çalışmaktadır.

-Mevcut servislerde çalışma süresi 1-13 yıl olup, ortalaması  $2 \pm 2.24$  yıldır. Aylık tutulan nöbet sayısı ortalaması  $8 \pm 3.81$  (0-14), nöbet saati ortalaması  $56 \pm 47.61$  (0-288) olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin, hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algısının olumlu olduğu bulunmuştur. Bakım Davranışları Ölçeğine göre en yüksek puanı bilgi beceri, en düşük puanı ise bağlılık alt boyutundan aldıkları görülmüştür.

-Hemşirelerin bakım davranışlarıyla ilgili algısını özellikle hemşire-hemşire arasındaki iş birliğinin etkilediği bulunmuştur. Diğer bir ifade ile hemşirelerin meslektaşlarıyla iş birliğinin artmasının bakım kalitesine yönelik olumlu algılamayı yükselttiği ve bakım davranışlarının yordayıcısı olduğu belirlenmiştir.

Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutlarından güvence düzeyini hemşire-hemşire iş birliğinin, öz bakımlarının artmasının olumlu, tükenmişliğin artmasının olumsuz etkilediği saptanmıştır. İleri analizde hemşirelerin tükenmişlik ve öz bakım düzeyinin, güvence boyutunu yordadığı saptanmıştır.

Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutlarından saygılı olma düzeyini hemşire-hemşire arasındaki iş birliğinin yordadığı tespit edilmiştir.

Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutlarından bağlılık düzeyini, öz bakım davranışları ve hemşire-hemşire iş birliği düzeyinin yordadığı bulunmuştur.

Hemşirelerin bakım davranışları alt boyutlarından bilgi-beceri düzeyindeki değişimin, incelenen bağımsız değişkenlerle açıklanamadığı tespit edilmiştir.

## **6.2 Öneriler**

Hemşirelerin özbakım davranışları, meslektaşlarıyla iş birliği ve tükenmişlik düzeylerinin hemşirelerin bakım davranışlarına etkisi hakkında çalışmaların sınırlı olduğu, mevcut çalışmaların sonuçlarının tutarsız olması nedeniyle benzer çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Hemşirelerin psikososyal bakım becerilerinin geliştirilmesinin, bakım davranışlarına ve alt boyutlarına etkisinin incelenmesi önerilmektedir.

Sadece hemşirelerin değil hastaların da bakım davranışlarına yönelik algılarının değerlendirilmesi, hasta ve hemşirelerin bakım davranışı hakkındaki fikirlerinin kıyaslanması, hasta bakım gereksinimlerinin daha doğru tanımlanmasına ve karşılaştırılmasına olanak sağlayacaktır. Bu nedenle daha büyük popülasyonlarda hasta ve hemşirelerin görüşlerinin birlikte değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Hemşirelerin belirli zaman diliminde hasta bakım davranış algılamalarının değerlendirilmesi ve hemşirelik bakımını artırıcı faaliyetlerin artırılması bu konularda hizmet içi eğitim programlarının düzenli yapılması ve hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre yeni düzenlemelerin yapılması önerilmektedir.

Hasta güvenliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanması, hemşirelik bakım kalitesinin artırılabilmesi için hemşirelerin çalışma ortamlarında iş birliğine önem verilmesi önerilmektedir.

Hemşirelerin birbirleriyle iletişimleri geliştirilmeli ve kurum içinde belirli zaman aralıklarıyla hemşirelerin iş birliği düzeyleri değerlendirilmeli ve elde edilen sonuçlar neticesinde yeni politikalara ve düzenlemelere yer vermelidir.

Hemşirelerin kendi bakımlarına yönelik farkındalığın artırılmasına öğrencilik döneminden itibaren önem verilmeli ve bu konuda iyileştirmeler yapılmalıdır.

Yüksek düzeyde tükenmişlik yaşayan hemşirelerin tükenmişliklerinin azaltılmasına ve bakım davranışlarının etkisine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.



## 7. KAYNAKLAR

Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.

1. Baykara Göçmen Z. Hemşirelik bakımı kavramı. Türkiye Biyoetik Dergisi. 2014;1(2):92-9.
2. Cerit B, Coşkun S. Hasta ve hemşirelerin hemşirelik bakım kalitesine ilişkin algıları. Turkish Journal of Clinics and Laboratory. 2018;9(2):103-9.
3. Erenoğlu R, Can R, Tambağ H. Hemşirelik bakım davranışları ve bakım davranışları ile ilgili faktörler; Doğumevi örneği. Sağlık ve Toplum Dergisi. 2019;29(1):79-88.
4. Kurşun Ş, Kanan N. Bakım Davranışları Ölçeği 24'ün Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(4):229-35.
5. Uslu Ö, Kızılkaya M. Hemşirelerin profesyonel değerlerinin belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2021;8(2):192-202.
6. Çolak Okumuş D, Uğur E. Hemşirelerin duygusal zekâ düzeylerinin bakım davranışlarına etkisi. ACU Sağlık Bil Dergisi. 2017;8(2):104-9.
7. Eroğlu N. Acil servise başvuran hastaların hemşirelerin bakım davranışlarını değerlendirmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2018;20(2-3):13-21.
8. Gürkan A, Dikmen Aydın Y, Aldemir K. Cerrahi hastaların hemşirelik bakım kalitesi algıları ve bakımdan memnuniyetleri. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2020;12(3):329-36.
9. Yıldız Fındık Ü, Soydaş Yeşilyurt D. Cerrahi hastalarının ameliyat sonrası hemşirelik bakım kalitesi etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;20(3):195-200.
10. O'Connell E, Landers, M. The importance of critical care nurses' caring behaviours as perceived by nurses and relatives. Intensive Crit Care Nurs. 2008;24(6):349-58.
11. Joonbakhsh F, Pashae S. Caring behaviors perceived by nurses and students in critical care units in Tabriz University of medical sciences affiliated hospitals. Intl Res J Appl Basic Sci. 2014;8(4):489-93.
12. Shalaby SA, Janbi NF, Mohammed KK, Mohammed Al-harhi K. Assessing the caring behaviors of critical care nurses. Nurs Educ Pract. 2018;8(10):77-85.
13. Elbahnasawy H, Lawend J, Mohammed E. Application of Watson Caring Theory for nurses in pediatric critical care unit. IOSR Journal of Nursing and Health Science. 2016;5(4):56-67.
14. Rostami S, Esmaeali R, Jafari H, Cherati JY. Perception of futile care and caring behaviors of nurses in intensive care units. Nurs Ethic. 2019;26(1):248-55.
15. Donna S. Relational coordination among nurses and other providers: impact on the quality of patient care. Journal of Nursing Management. 2010;18(8):926-37.
16. Shohani M, Valizadeh L, Zamanzadeh VB, Dougherty M. Effective individual contributions on Iranian nurses interprofessional collaboration process: A qualitative study. Journal of Caring Sciences. 2017;6(3):213-20.
17. Stefaniak KA. Nurses Collaborating with Other Nurses: When All Else Fails. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Kentucky; 1998.

18. Dougherty BM. A Relationship Between Emotional Intelligence and Nurse - Nurse Collaboration, PhD Thesis, Colombia University. America; 2009.
19. Dougherty BM, Larson EL. The nurse-nurse collaboration scale. *Journal of Nursing Administration*. 2010;40 (1):17-25.
20. Kaya N, Kaya H, Ayık SE, Uygur E. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2010;7(1):402-19.
21. Blum C. Practicing Self-Care for Nurses: A Nursing Program Initiative. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2014;19(3):1-14.
22. Kocabıyık ZO, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9: 132-38.
23. Demirel Y, Tohum EU, Kartal, Ö. Tükenmişliğin örgütsel bağlılık üzerine etkisi: Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşireler üzerine araştırma. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2017;18(1):444-60.
24. Alexander GK, Rollins K, Walker D, Wong L, Pennings J. Yoga for self-care and burnout prevention among nurses. *Workplace Health & Safety*. 2015;63 (10):462-70.
25. Couser G, Chesak S, Cutshall S. Developing a course to promote self-care for nurses to address burnout. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2020;25(3):1-11.
26. Crowe C. Burnout and self-care considerations for oncology professionals. *J Pain Manage*. 2015;8(3):191-5.
27. Liao C, Qin Y, He Y, Guo Y. The Nurse Nurse Collaboration Behavior Scale: Development and psychometric testing. *International journal of nursing sciences*. 2015;2(2):334-9.
28. Zhang W, Wang K, Yin L, Zhao W, Xue Q, Peng M, Wang HX. Mental health and psychosocial problems of medical health workers during the COVID-19 epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2020;89:242-50.
29. Maslach C. Burned-out. *Hum Behav*. 1976;5:197-220.
30. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara: VII Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını. 1993;143-154.
31. Aslan H, Alpaslan ZN, Aslan O, Ünal M. Hemşirelerde tükenme, iş doyumu ve ruhsal belirtiler. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 1996;33(4):192-9.
32. Gülseren Ş, Karaduman E, Kültür S. Hemşire ve teknisyenlerde tükenmişlik sendromu ve depresif belirti düzeyi. *Kriz Dergisi*. 2000;8(1):27-38.
33. Karadağ A. Meslek Olarak Hemşirelik. *Atatürk Üni HYO Derg*. 2002;5(2):55-63.
34. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud*. 2003;40:807-27.
35. Kocabıyık ZO, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9:132-8.
36. Özbaş A, Bolol N, Solmaz Ş, Çavdar İ, Akyolcu N, Urhan S, Yıldız L. Kulak burun boğaz kliniğinde çalışan hemşirelerde tükenmişlik. *İ.Ü.F.N. Hem Derg*, 2006;14(56):41-8.
37. Şahin D, Turan FN, Alparslan N, Şahin İ, Faikoğlu R, Görgülü A. Devlet hastanesinde çalışan sağlık personelinin tükenmişlik düzeyleri. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 2008;45:116-21.

38. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*. 2002;346(2):1757-66.
39. Gül Ş. Bakım kavramı ışığında hemşirelik bakımı ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bilimler Dergisi*. 2019;10(2):129-34.
40. Aydın A, Hiçdurmaz, D. Kişilerarası duyarlılık ve hemşirelik. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2016;7(1):45-9.
41. Dalpezzo NK. Nursing care: A concept analysis. *Nursing Forum*. 2009;44(4):256-64
42. Altıok Ö, Şengün HF, Üstün B. Bakım: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Elektronik Dergisi*. 2011;4(3):137-40.
43. Uzun Ö. Hemşirelik bakım kalitesi ile ilgili Newcastle Memnuniyet Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliliğinin saptanması. *Türk Hemşireler Dergisi*. 2003;54(2):16-24.
44. Midilli ST, Kırmızıoğlu T, Kalkım A. Bir üniversite hastanesinde hastaların hemşirelik mesleğine yönelik tutumları ve hemşirelik bakım algılarını etkileyen faktörler ve ilişki. *J Pak Med*. 2017;67 (7):1059-64.
45. Cortis J.D, Kendrick K. Nursing ethics, caring and culture. *Nursing Ethics*. 2003;10:77-88.
46. Bayraktar D, Eşer İ. Hemşirelerin Bakım Odaklı Hemşire-hasta Etkileşimine Yönelik Tutum ve Davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;20:3-14.
47. Kuzu C, Ulus B. Cerrahi kliniklerde tedavi gören hastaların aldıkları hemşirelik bakımından memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;5 (2):129-34.
48. Ertem G, Sevil Ü. Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2007;4(2):1-13.
49. Akgün Ş, Kardaş Z, Özdemir F. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri. *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2014;2:1-10.
50. Al Momani M, Al Ko Hrashy. Patient experience of nursing quality in a teaching hospital in Saudi Arabia. *Iranian J Publ Health*. 2012;41 (8):42-9.
51. Arslan-Özkan İ, Okumuş H. Bakım ve iyileşmenin kesiştiği bir model: Watson'ın İnsan Bakım Modeli. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2012;2:61-72.
52. Öztunç G. Hemşireliğin Doğası. In Aştı TA, Karadağ A, editörler. *Hemşirelik Esasları/Hemşirelik Bilimi ve Sanatı*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık; 2013.
53. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2000;4(1):41-9.
54. Öztürk H, Nural Nİ. Hindistan S. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öz bakım gücü. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2009;17(2):87-93.
55. Ünalın D, Şenol V, Öztürk ve Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2007;14(2):101-9.
56. Öztürk C, Karataş H. Orem'in öz bakım yetersizlik kuramı ve posttravmatik epilepside hemşirelik bakımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;11(2):85-91.

57. Wong C, Choi KC, Lam LW. Examining self-care behaviors and their associated factors among adolescent girls with dysmenorrhea: An application of Orem's self-care deficit nursing theory: Self-care behaviors for dysmenorrhea. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015;47(3):219-27.
58. Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang, L, et al. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):15-16.
59. Braime H. From coping to thriving: How to turn self-care into a way of life. Individuate Press; 2013.
60. Sünbül ZA, Malkoç A, Gördeşli MA, Arslan R, Çekici F. Mindful Self-Care Scale (MSCS): Adaptation and Validation in a Normative Turkish Sample. *European Journal of Educational Research*. 2018;7 (4):887-92.
61. Hiçdurmaz D, Üzar Özçetin YS. COVID-19 pandemisinde ön safta çalışan hemşirelerin ruhsal sağlığının korunması ve ruhsal travmanın önlenmesi. *HUHEMFAD-JOHUFON*. 2020;7(Özel Sayı):1-7.
62. Sandström A, Rhodin IN, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired cognitive performance in patients with chronic burnout syndrome. *Biological Psychology*. 2005;69 (3):271-83.
63. Filiz Z. Öğretmenlerin iş doyumu ve tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*. 2014;10(23):157-72.
64. Algül R. Bugün İşe Gitmesem İş Yaşamında Tükenmişlik Sendromu. İstanbul: Mitra Yayınları; 2014.
65. Freudenberger JH. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 1974;159-65. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
66. Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. Consulting Psychologist Press.1986;195-218.
67. Pines AM. & Aronson E. Career burnout: Causes and cures. New York: Free Press; 1988.
68. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama (GOÜ Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2008;10(2):69-96.
69. Çavuş M, Gök T, Kurtay F. Tükenmişlik: Meslek yüksekokulu akademik personeli üzerine bir araştırma, Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007;16(2):89-101.
70. Maslach CJ. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 1981;2:99-113.
71. Dolunay AB. Keçiören İlçesi genel liseler ve teknik-ticaret-meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu araştırması. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2002;55 (1):47-9.
72. Maslach CS. Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 2001;11(3):397-422.
73. Akbolat M, Işık O. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2008; 11 (2):229-53.
74. Basım N, Şeşen H. Mesleki Tükenmişlikte bazı demografik değişkenlerin etkisi: kamu 'da bir araştırma. *Ege Akademik Bakış*. 2006;6(2):15-23.
75. Budak G, Sürgevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2005;20(2):95-108.



76. Çalgan Z, Yeğenoğlu S, Aslan D. Eczacılar da mesleki bir sağık sorunu: Tükenmişlik. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi. 2009;29(1):59-71.
77. Naktiyok A, Karabey CN. İşkoliklik ve tükenmişlik sendromu, Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2005;2(1):179-98.
78. Şahin NE, Emiroğlu O.N. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;6(3):57-66.
79. Pines AM. Keeping the spark Alive: Preventing burnout in love and marriage. New York: St. Martin Press; 1988.
80. Çelik Durmuş S, Yıldırım A. Adaptation to Turkish of Nurse- Nurse Collaboration Scale. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2016;13(2):3521- 28.
81. Şeker A, Kurt G. Bir sosyal politika alanı olarak yaşlılık ve sosyal hizmet uygulamaları. Nüfusbilim Dergisi. 2018;40:7-30.
82. Dinç L. Bakım Kavramı ve ahlaki boyutu. Sağık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2010; Özel Sayı:74-82.
83. Şıklar E, Tunalı D. Çalışanların tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi: Eskişehir örneğı. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2012;33(1):75-84.
84. Kayabaşı Y. Bazı değişkenler açısından öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeyleri. Sosyal Bilimler Dergisi. 2008;10(20):192-212.
85. Maslach C, Wilmar B, Schaufeli L, Michael P. Job burnout. Annual Review of Psychology.2001;52(11):397-411.
86. Arı SG, Bal EÇ. Tükenmişlik kavramı: birey ve örgütler açısından önemi. Yönetim ve Ekonomi. 2008;15(1):131-48.
87. Lambert GE, Hogan L, Jiang S, Elechi O, Benjamin B. The relationship among distributive and procedural justice and correctional life satisfaction, burnout, and turnover intent: An exploratory study. Journal of Criminal Justice. 2010;3(8):7-16.
88. Aghaei NM. Relationship between organizational justice and job burnout in employees of sport and youth head office of Tehran. Advances in Applied Science Research. 2012;3 (4): 2438-45.
89. Uluköy M. Sağık çalışanlarının örgütsel adalet algısı ile tükenmişlik duyguları arasındaki ilişki: bir uygulama. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2014;39:213-26.
90. Pines AM. The burnout measure, short version. International Journal of Stress Management. 2005;12(1):78-88.
91. Coğaltay N, Anar S, Karadağ E. Öğretmenlerin tükenmişliğini etkileyen faktörler: cinsiyetin ve medeni durumun etkisine yönelik bir meta-analiz çalışması. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2017;32(3):695-707.
92. Malak B, Üstün B. Hemşirelerin sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011;2(1):1-16.
93. Kavlu İ, Pınar R. Acil servislerde çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2009;29(6):1543-55.
94. Esen DA, Mercan GN, Kaçar E. Aile hekimliği asistanlarında tükenmişlik sendromu ve iş doyum düzeyleri. Anatol J Family Med. 2018;1:34-6.

95. Turgut N, Karacalar S, Polat C, Kıran Ö, Gültop F, Türkmen Kalyon S. Burnout syndrome during residency. *Turk J Anaesthesiol Reanim.* 2016;44(5):258-64.
96. Anıl MY, Yurtseven A, Ülgen M, Anıl AB, Helvacı M, Aksu N. The evaluation of burnout and job satisfaction levels in residents of pediatrics. *Türk Pediatri Arşivi.* 2017;52:66-71.
97. Balcı GU, Demir Ş, Kurdal Y, Koyuncu G, Deniz Y, Tereci Ö ve ark. Hemşirelerde tükenmişlik ve yorgunluk semptomları. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi.* 2013;23(2):83-7.
98. Tekir Ö, Çevik C, Arık S, Çetin G. Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumu düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 2016;18(2):51-63.
99. Çankaya M. Özel hastane çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri ve bir alan uygulaması. *International Journal of Academic Value Studies.* 2017;3(9):1-15.
100. Akyüz İ. Hemşirelerin tükenmişlik ve depresyon düzeylerinin çalışma koşulları ve demografik özellikler açısından incelenmesi. *İşletme ve iktisat Çalışmaları Dergisi.* 2015;3(1):21-34.
101. Taycan O, Kutlu L, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyo-demografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2006;7(2):100-8.
102. Sayıl I, Haran S, Ölmez Ş, Özgüven DH. Ankara Üniversitesi hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri. *Kriz Dergisi.* 1997;5 (2):71-7.
103. Günüşen PN, Üstün B. Türkiye’de ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşire ve hekimlerde tükenmişlik: Literatür incelemesi. *DEUHYO ED.* 2010;3(1):40-51.
104. Demir A. Hemşirelikte tükenmişliğe bir bakış. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2004;7(1):71-9.
105. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: iş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2007;8: 241-7.
106. Yakut İH, Kapısız SG, Durutuna S, Evran A. Sağlık alanında çalışma yaşamında tükenmişlik. *The Journal of Gynecology- Obstetrics and Neonatology.* 2013;10 (38):1564-71.
107. Belloch GS, Renovell V, Alborch C, Salinas G. The burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *Annals of Internal Medicine.* 2000;17:112-22.
108. Ardıç K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: işle bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve idari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2009;32:21-46.
109. Maslach C, Jackson T. The measurement of experienced burnout, *Journal of Organizational Behavior.* 1981;2(2):99-113.
110. Türe Yılmaz A, Yıldırım A. Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2018;6(67):40-52.
111. Friganović A, Kovačević I, Ilić B, Žulec M, Kriksić C, Bile G. Healthy settings in hospital – how to prevent burnout syndrome in nurses: Literature review. *Acta Clinica Croatica.* 2017;56(2):292-8.
112. Gök Balcı U, Demir Ş, Kurdal Y, Koyuncu G, Deniz Y, Öngel, K. Hemşirelerde Tükenmişlik ve Yorgunluk Semptomları. *Tepecik Eğit Hast Dergisi.* 2013;23(2):83-87.
113. Hezer M. Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Hemşirelik Bakım Kalitesinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul; 2019.

114. Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı Çelik S, Avcı Aİ. Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011;38(1):49-56.
115. Makary MA, Mukherje A, Sexton B, Syin D, Goodrich E, Hartmann E. Operating room briefings and wrong-site surgery. *Journal of the American College of Surgeons*, 2007;204 (2):236-42.
116. Haire B. Interprofessional Care: A model of collaborative practice. PEI Health Sector Council Charlottetown, Canada; 2010.
117. Sasahara T, Miyashita M, Kawa M, Kazuma K. Difficulties encountered by nurses in the care of terminally cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliative Medicine*. 2003;17(6):520-6.
118. Kelleci M, Gölbaşı Z, Doğan S, Tuğut N. Entegre eğitim programında öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri: Bir izlem çalışması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2011;19(1):23-8.
119. Babadağı B, Ekiz ES, Erdoğan S. Hekimlerin ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 2006;1(3):52-69.
120. Nadzam DM, Faan RN. Nurses' role in communication and patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*. 2009;24(3):184-8.
121. Tan M, Polat H, Şahin, Akgün Z. Hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*. 2012;4(2):67-78.
122. Vatan F, Argon G, Engin D, Binbir H, Çiçek A. Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2012;28(3):13-24.
123. Ekici D. Sağlık bakım hizmetinin yönetimi, Sim Matbaacılık, Ankara;2013.
124. Apker J, Propp KM, Zabava-Ford WS, Hofmeister N. Collaboration, credibility, compassion and coordination: professional nurse communication skill sets in health care team interactions. *Journal of Professional Nursing*. 2006;22(3):180-9.
125. Wu Y, Larrabee JH, Putman HP. Caring Behaviors Inventory: A reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*. 2016;55(1):18-25.
126. Temuçin E, Dolu İ, Kargın M. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği: Klinikte çalışan hemşire örnekleme. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019;6(1):1-7.
127. Çapri B. Tükenmişlik Ölçeği-Kısa Formu ile Eş Tükenmişlik Ölçeği-Kısa Formu nun Türkçe uyarlaması ve psikoanalitik-varoluşçu bakış açısından mesleki ve eş tükenmişlik ilişkisi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2013;13 (3):1393-1418.
128. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics (6th ed.), Boston: Allyn and Bacon; 2013.
129. Cevahir E. SPSS ile Nicel Veri Analizi Rehberi. İstanbul, Kibele Yayınları; 2020.
130. Küçükşarı T. Hemşirelikte Personel Güçlendirmenin İş Performansı ve Bakım Davranışları ile İlişkisi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul; 2020.
131. Kurşun Ş. Genel Cerrahi Servisinde Hasta ve Hemşireler Tarafından Hemşirelik Bakım Kalitesinin Algılanması. (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

132. Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H et al. A cross-cultural study of the concept of caring through behaviors: Patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *J Adv Nurs*. 2012;68:1026-37.
133. Kiliç M, Öztunç G. Comparison of nursing care perceptions between patients who had surgical operation and nurses who provided care to those patients. *International Journal of Caring Sciences*. 2015;8:625-33.
134. Burtson PL, Stichler JF. Nursing work environment and nurse caring: Relationship among motivational factors. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66:1819-31.
135. Poyraz A. Pandemi Sürecinde Hemşirelerin COVID-19 Korkusu ve Tükenmişliğinin Bakım Davranışlarına Etkisi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bursa; 2021.
136. Du Y, He T, Wang L, et al. Perceptions of caring in China: patient and nurse questionnaire survey. *Int Nurs Rev*. 2013;60(4):487-93.
137. Yürün Y. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Hasta Bakım Davranışlarının Belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). KKTC Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Lefkoşa; 2015.
138. Komser N. Hemşirelik Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul; 2019.
139. Hacıoğlu E. Sağlık alanında öğrenim gören üniversite öğrencilerinin öz bakım gücü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul; 2011.
140. Papathanassoglou ED, Karanikola MN, Kalafati M, Giannakopoulou M, Lemonidou C, Albarran, JW. Professional autonomy, collaboration with physicians, and moral distress among European intensive care nurses. *American Journal of Critical Care*. 2012;21(2):e41-e52.
141. Aktaş S. Hemşire- Hemşire İş Birliğinin Değerlendirilmesi: Adana Örneği. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim dalı; 2020
142. Hatip Ö, Seren AH. Bir Üniversite Hastanesinde Hemşireler Arasındaki İş Birliğinin Hemşirelerin İş Doyum Düzeyleri Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021; Cilt 1, Sayı 3:181-94.
143. Ylitörmänen T, Kvist T, Turunen H. Perceptions on nurse-nurse collaboration among registered nurses in Finland and Norway. *Scand J Caring Sci*. 2019;33(3):731-40.
144. Çelik Durmus S, Topcu I, Yildirim A. Mobbing behaviors encountered by nurses and their effects on nurses. *International Journal of Caring Sciences*. 2018;11(2):905-12.
145. Deveci H. Hemşire-Hemşire ve Hekim-Hemşire İş Birliğinin İş Doyumu ve Hasta Bakım Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara; 2020.
146. Ma C, Shang J. and Bott MJ. Linking unit collaboration and nursing leadership to nurse outcomes and quality of care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2015;45(9):435-42.
147. Lemetti T, Stolt M, Rickard N, Suhonen R. Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review. *International Nursing Review*. 2015;62(2):248-66.
148. Ndundu LD. Nurses' Perceptions of Nurse-Nurse Collaboration in The Intensive Care Units of a Public Sector Hospital in Johannesburg. (Master Thesis). University of the Witwatersrand, Johannesburg, 2015.
149. Yıldız Fındık Ü, Erol Ö, Süt N, Motör D. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2011;27:55-65.
150. Karadağ N. Tükenmişlik ve iş doyumu: Kırklareli Devlet Hastanesi hemşireleri örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul; 2013.

151. Küçükyörük Ş. Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerin Fazla Mesailerinin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul; 2013.
152. Duman FN. Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde COVID-19 Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Tükenmişlik Durumları Ve Mesleğe Bağlılıklarının Belirlenmesi, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara; 2021.
153. Tosun K. Cerrahi Kliniklerde Çalışan Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü İle Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara; 2021.
154. Kabakçı K. Hemşirelerin Öz Anlayışları ile Mesleki Tükenmişlikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum; 2021.
155. Can R, Hisar KM. Hemşirelerin profesyonellik davranışları ve tükenmişlik düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2019;6(1):1-9.
156. Hoşgör DG, Tanyel TÇ, Cin S, Demirsoy SB. COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarında tükenmişlik: İstanbul ili örneği. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 2021;8(2):372-86.
157. Şahin MK, Aker S, Şahin G. Prevalence of depression, anxiety, distress and insomnia and related factors in healthcare workers during COVID-19 Pandemic in Turkey. J. Community Health. 2020;45(6):1168-77.
158. Dinçer G. COVID-19 Pandemi Sürecinde Hemşirelerin Tükenmişlik Durumları İle İşten Ayrılma Niyetleri Arasındaki İlişki. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Samsun; 2021.
159. Bellanti F, Lo Buglio, A, Capuano E, Dobrakowski M, Kasperczyk A, Kasperczyk S, Vendemiale, G. Factors Related to nurses' burnout during the first wave of coronavirus disease-19 in a University Hospital in Italy. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(10):5051.
160. Poghosyan L, Clarke SP, Finlayson M, Aiken LH. Nurse burnout and quality of care: Cross-national investigation in six countries. Research In Nursing & Health. 2010;33(4):288-98.
161. AlAteeq DA, Aljhani S, Althiyabi I, Majzoub S. Mental health among healthcare providers during Coronavirus Disease (COVID-19) outbreak in Saudi Arabia. Journal of Infection and Public. 2020;13(10):1432-37.
162. Inocian EP, Cruz JP, Saeed Alshehry A, Alshamlani, Y, Ignacio, EH, Tumala, RB. Professional quality of life and caring behaviours among clinical nurses during the COVID- 19 pandemic. Journal of Clinical Nursing. 2021;1-13.

## 8. EKLER

### EK-1

#### Aydınlatılmış Onam Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “*Hemşirelerin Öz-Bakımının, Tükenmişlik Düzeylerinin ve Hemşire-Hemşire İş Birliğinin, Hasta Bakım Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi*” dir. Bu çalışma BAIBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım danışmanlığında BAIBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğrencisi Çağla Özdemir tarafından yapılmaktadır. Bu araştırma herhangi bir kurum/kuruluş tarafından desteklenmemektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin kendilerine bakım ve meslektaşlarıyla iş birliği düzeyleriyle birlikte tükenmişlik düzeylerini değerlendirmek ve bu faktörlerin hastalara sunulan bakım davranışlarına etkisini incelemek amaçlanmaktadır. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğinizde sizden kişisel bilgi formu, Bilinçli Farkındalık Temelli Öz-Bakım Ölçeği, Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği, Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu ve Bakım Davranışları Ölçeği – 24 içeren anket formunu doldurmanız istenmektedir. Bu araştırma ile ilgili olarak anket formunda yer alan soruları samimiyetle, kendi düşüncenize göre yanıtlamanız ve bunun için yaklaşık 20-25 dakika ayırmanız sizin sorumluluklarıdır.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu nedenle çalışmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk veya rahatsızlık söz konusu değildir. Araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan çekilmeniz durumunda sizinle ilgili bilgiler bilimsel amaçla kullanılabilir. Araştırma yayınlansa bile kişisel bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendi bilgilerinize ulaşabilirsiniz. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için 05332162646 no.lu telefondan Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım’a başvurabilirsiniz.

#### Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

|                                                              |                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Gönüllünün,</b><br>Adı-Soyadı:<br>Tel:<br>Tarih:<br>İmza: | <b>Açıklamaları yapan araştırmacının,</b><br>Adı-Soyadı: Çağla Özdemir<br>Görevi: Hemşire / Yüksek lisans öğrencisi<br>Tel:<br>Tarih:<br>İmza: |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

1. Yaşınız .....
2. Cinsiyetiniz ( ) Kadın ( ) Erkek
3. Medeni durumunuz ( ) Evli ( ) Bekar
4. Çocuk sayısı.....
5. Eğitim durumunuz ( ) Sağlık Meslek Lisesi ( ) Ön lisans  
( ) Lisans ( ) Yüksek lisans
6. Meslekteki süreniz (ay/yıl) ....
7. Bulunduğunuz birimdeki çalışma süreniz (ay/yıl).....
8. Çalıştığınız birim  
( ) Dahili klinikler ( ) Cerrahi klinikler ( ) Psikiyatri ( ) Yoğun bakım  
( ) Acil servis ( ) Palyatif Bakım Servisi  
( ) Covid Servisi  
( ) Diğer.....
9. Nöbet tutma sıklığınız (sayı olarak yazınız)....
10. Aylık fazla çalışma süresi (saat)....
11. Kadronuz ( ) Sözleşmeli ( ) Kadrolu
12. İşinizden memnun olma düzeyiniz (0 hiç memnun değil, 10 çok memnun)?....
13. İşinizi sürdürme motivasyonunuza 0 ile 10 arasında kaç puan verirsiniz?.....

### EK-3 Bakım Davranışları Ölçeği-24

Bakım davranışlarınızla ilgili aşağıdaki maddeleri okuyup, lütfen her maddeyi yanıtlayınız. Her bir maddenin karşısına yanıtınızı gösteren sütundaki kutuya “X” işareti koyunuz.

| Maddeler                                                                             | Asla<br>(1) | Hemen<br>hemen<br>asla<br>(2) | Bazen<br>(3) | Genellikle<br>(4) | Çoğu<br>zaman<br>(5) | Her<br>zaman<br>(6) |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------|--------------|-------------------|----------------------|---------------------|
| 1. Hastayı dikkatle dinleme                                                          |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 2. Hastayı eğitime ya da bilgilendirme                                               |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 3. Hastaya bir birey olarak davranma                                                 |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 4. Hastaya zaman ayırma                                                              |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 5. Hastaya destek olma                                                               |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 6. Hastayla özdeşleşme ya da empati kurma                                            |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 7. Hastanın gelişimine yardım etme/destek olma                                       |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 8. Hastaya karşı sabırlı ve anlayışlı olma                                           |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 9. Enjeksiyon, intravenöz gibi girişimlerin nasıl uygulanacağını bilme               |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 10. Hastaya güven verme                                                              |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 11. Profesyonel/mesleki bilgi ve beceri sergileme                                    |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 12. Araç-gereci beceriyle kullanma                                                   |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 13. Hastanın, hastalığı ya da tedavisine ilişkin duygularını açıklamasına izin verme |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 14. Bakımın planlamasında hastanın katılımını sağlama                                |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 15. Hastaya ait bilgileri gizli tutma                                                |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 16. Hastaya istekle gitme                                                            |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 17. Hastayla konuşma                                                                 |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 18. Sorunu olduğunda çağırması için hastayı cesaretlendirme                          |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 19. Hastanın ifade ettiği ya da etmediği gereksinimlerini karşılama                  |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 20. Hastanın çağrısına hemen yanıt verme                                             |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 21. Hastanın ağrısını azaltmaya yardım etme                                          |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 22. Hastaya ilgi gösterme                                                            |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 23. Hastanın tedavilerini ve ilaçlarını zamanında uygulama                           |             |                               |              |                   |                      |                     |
| 24. Hastanın semptomlarını hafifletme                                                |             |                               |              |                   |                      |                     |



#### EK-4 Bilinçli Farkındalık Temelli Öz-Bakım Ölçeği (BFÖBÖ)

Geçtiğimiz hafta içerisinde (7 gün), aşağıda yer alan davranışları ne kadar çok veya ne sıklıkta yaptığınızı belirten rakamı yuvarlak içerisinde alınız.

| <i><b>Geçtiğimiz hafta,<br/>bu davranışı kaç<br/>gün yaptınız?</b></i> | Hiç   | Nadiren | Bazen     | Sık sık   | Düzenli<br>olarak |
|------------------------------------------------------------------------|-------|---------|-----------|-----------|-------------------|
|                                                                        | 0 gün | 1 gün   | 2 - 3 gün | 4 - 5 gün | 6 - 7 gün         |
| Örneğin: En az 6-8 bardak su içtim.                                    | 1     | 2       | 3         | 4         | 5                 |

| <b>Puan</b> | <b>Madde</b>                                                                                                    |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 2 3 4 5   | 1.1.En az 6-8 bardak su içtim.                                                                                  |
| 1 2 3 4 5   | 1.2.Besleyici gıdalar tükettim (ör; sebze, protein, meyve ve tahıllı yiyecekler)                                |
| 1 2 3 4 5   | 1.3.Ana öğünlerimi ve ara öğünlerimi düzenledim.                                                                |
| 1 2 3 4 5   | 1.4.En az 30-60 dakika arası egzersiz yaptım.                                                                   |
| 1 2 3 4 5   | 1.5.Spor, dans ya da planlı başka fiziksel etkinlikler yaptım (ör; spor kulübü, dans dersi)                     |
| 1 2 3 4 5   | 1.6.Egzersiz yerine oturarak yapılan etkinlikleri yaptım (ör; televizyon izledim, bilgisayarda oynadım)         |
| 1 2 3 4 5   | 1.7.Günlük egzersizlerimi planladım.                                                                            |
| 1 2 3 4 5   | 1.8.Yoga ya da başka bir zihin/beden uygulaması (ör; tekvando, TaiChi) yaptım.                                  |
| 1 2 3 4 5   | 2.1.Bana iyi davranan insanlarla zaman geçirdim (ör; beni destekleyen, cesaretlendiren ve bana inanan insanlar) |
| 1 2 3 4 5   | 2.2.Hayatımdaki insanların beni desteklediğini hissettim.                                                       |
| 1 2 3 4 5   | 2.3.Üzgün olduğumda, beni dinleyecek birisi olduğunu hissettim (ör, arkadaş, danışman, grup)                    |
| 1 2 3 4 5   | 2.4.“Hayır” dediğimde hayatımdaki insanların buna saygı duyacağından emindim.                                   |
| 1 2 3 4 5   | 2.5.Benim için özel olan insanlarla bir arada olmak için zaman yarattım.                                        |
| 1 2 3 4 5   | 3.1.Düşüncelerime yönelik yansız (ne olumlu ne de olumsuz) bir farkındalığım vardı.                             |
| 1 2 3 4 5   | 3.2.Duygularıma yönelik yansız (ne olumlu ne de olumsuz) bir farkındalığım vardı.                               |
| 1 2 3 4 5   | 3.3.Bedenime yönelik yansız (ne olumlu ne de olumsuz) bir farkındalığım vardı.                                  |

|           |                                                                                                                 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 2 3 4 5 | 3.4.Davranışlarımı yönlendirmek için hangi duygu ve düşünceleri kullandığımı farkındaydım.                      |
| 1 2 3 4 5 | 4.1.Sorunlarımı ve zorluklarımı nezaketle kabul ettim.                                                          |
| 1 2 3 4 5 | 4.2.Destekleyici ve rahatlatıcı içsel konuşmalar yaptım. (ör, “Çabam değerli ve anlamlıdır”)                    |
| 1 2 3 4 5 | 4.3.Başarısızlık ve zorluğun insan deneyiminin bir parçası olduğunu kendime hatırlattım.                        |
| 1 2 3 4 5 | 4.4.Duygularımı yaşamaya izin verdim (ör, ağlamak istediğimde kendimi bıraktım)                                 |
| 1 2 3 4 5 | 4.5.İş/okul yaşamımda bir anlam ve amaç bulabildim.                                                             |
| 1 2 3 4 5 | 4.6.Özel/kişisel yaşamımda bir anlam ve amaç bulabildim.                                                        |
| 1 2 3 4 5 | 5.1.Rahatlamak için entelektüel (zihin yoluyla) bir şeyler yaptım (ör, kitap okudum, bir şeyler yazdım)         |
| 1 2 3 4 5 | 5.2.Rahatlamak için başkalarıyla bir şeyler yaptım (ör, arkadaşlarımla bir araya geldim.)                       |
| 1 2 3 4 5 | 5.3.Rahatlamak için yaratıcı bir şeyler yaptım (ör, resim yaptım, enstrüman çaldım, yaratıcı bir şeyler yazdım) |
| 1 2 3 4 5 | 5.4.Rahatlamak için bir şeyler dinledim (ör, müzik, radyo yayını, yağmur sesi gibi rahatlatıcı sesler)          |
| 1 2 3 4 5 | 5.5.Rahatlamak için görsel şeylerden yararlandım (ör, film izledim, doğayı seyrettim)                           |
| 1 2 3 4 5 | 5.6.Rahatlamak için kokulardan yararlandım (ör. losyonlar, mum/tütsüler, yemek kokuları)                        |
| 1 2 3 4 5 | 6.1.İş/okul görev/ödevlerim için destekleyici bir ortam oluşturdum.                                             |
| 1 2 3 4 5 | 6.2.Gerçekleştirebileceğim bir zaman çizelgesi oluşturdum.                                                      |
| 1 2 3 4 5 | 6.3.Başkalarının beklentileri ile benim için önemli olan şeyler arasında bir denge kurdum.                      |
| 1 2 3 4 5 | 6.4.Rahatlatıcı ve keyifli bir yaşam alanı oluşturdum.                                                          |

### EK-5 Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği

Lütfen aşağıdaki soruları olması gerektiğini düşündüğünüz iş deneyimlerinize göre değil **Bulunduğunuz Serviste** çalışırken edindiğiniz deneyimlere bağlı olarak yanıtlayınız. Her bir maddenin karşısına yanıtınızı gösteren sütundaki kutuya “X” işareti koyunuz.

| Madde                                                                                                            | Tamamen katılıyorum | Katılıyorum | Katılmıyorum | Hiç Katılmıyorum |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|--------------|------------------|
| 1.1. Mevcut probleme yönelik en iyi çözüme ulaşmak için bütün görüşler dikkatli bir şekilde ele alınmalıdır.     |                     |             |              |                  |
| 1.2 Hastanın bakımıyla ilgili bir problemin en iyi çözümüne ulaşmak için bütün hemşireler birlikte çalışmalıdır. |                     |             |              |                  |
| 1.3 İlgili hemşirelerin hepsi alınan karardan tatmin olana kadar problem çözüme ulaşmayacaktır.                  |                     |             |              |                  |
| 1.4.Hemşireler kaliteli bir çözüme ulaşmak için kendi deneyim ve uzmanlığından yararlanır.                       |                     |             |              |                  |
| 2.1 Bu servisteki hemşirelerle konuşmayı eğlenceli buluyorum.                                                    |                     |             |              |                  |
| 2.2 Bu servisteki diğer hemşirelerden hasta bakımına ilişkin konularda kolaylıkla tavsiye alabiliyorum.          |                     |             |              |                  |
| 2.3.Bu serviste çalışan hemşirelerden kimi zaman hastalar hakkında doğru olmayan bilgiler alırım.                |                     |             |              |                  |
| 2.4. Kimi zaman hemşirelerden aldığım bilgilerin yeterliliğini incelemem gerekir.                                |                     |             |              |                  |
| 3.1. Bu servisteki diğer hemşirelerle açık bir şekilde konuşmak benim için kolaydır.                             |                     |             |              |                  |
| 3.2. İş yerinde beni etkileyen konularda karar verme yetkisine sahibim.                                          |                     |             |              |                  |
| 3.3. Kendi servisimde hasta bakımı ile ilgili önemli ölçüde söz sahibiyim.                                       |                     |             |              |                  |
| 3.4. Serviste çalışan hemşireler hasta güvenliği hedefleriyle ilgili uzlaşma içindedirler.                       |                     |             |              |                  |

|                                                                                                                                                   |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 4.1.Hemşireler santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden işlemleri durdurma yetkisine sahiptir. |  |  |  |  |
| 4.2. Hasta bakımı hakkında hemşireler birbirleriyle açık bir şekilde konuşurlar.                                                                  |  |  |  |  |
| 4.3. Hemşireler hasta bakımına ilişkin konuların tartışılması gerektiğinde toplantı yaparlar.                                                     |  |  |  |  |
| 4.4. Hasta bakımı için ulaşılabilir, yazılı, kanıta dayalı tedavi protokolleri vardır.                                                            |  |  |  |  |
| 4.5.Hemşireler tarafından verilen bakımın koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler bulunmaktadır.                                   |  |  |  |  |
| 5.1. Hemşireler hasta devir işlemlerinde devredilecek hastanın klinik durumuyla ilgili diğer hemşirelerle iletişim kurarlar.                      |  |  |  |  |
| 5.2. Hemşireler arasında saygılı ve samimi bir ilişki vardır.                                                                                     |  |  |  |  |
| 5.3. Hemşireler birbirleri ile iş birliği konusunda isteklidirler.                                                                                |  |  |  |  |
| 5.4. Hemşireler bu serviste hastalara order edilen ilaçlarla ilgili yeterli bilgiye sahiptirler.                                                  |  |  |  |  |
| 5.5. Bu serviste hemşireler hastaların hastalık süreci ile ilgili yeterli bilgiye sahiptirler.                                                    |  |  |  |  |
| 5.6. Bu serviste hemşireler hastalara güvenli bakım sağlamak için gerekli teknik becerilere sahiptir.                                             |  |  |  |  |
| 5.7.Bu serviste deneyimli hemşireler öğretir ve yardımcı olurlar.                                                                                 |  |  |  |  |
| 5.8.Bu serviste, yönetici hemşireler iş birliğini destekler.                                                                                      |  |  |  |  |

### EK-6 Tükenmişlik Ölçeği Kısa Formu (TÖ-KF)

Bu bir kendini değerlendirme ölçeğidir. **İş ortamınız ve mesleğinizle** ilgili aşağıdaki durumları ne sıklıkla yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Lütfen aşağıdaki her ifadeyi okuduktan sonra 7 dereceli ölçeği kullanarak her bir maddenin yanındaki boşluğa size en uygun olan rakamı yazın.

| 1            | 2               | 3       | 4     | 5       | 6          | 7         |
|--------------|-----------------|---------|-------|---------|------------|-----------|
| Hiçbir Zaman | Sadece Bir Defa | Nadiren | Bazen | Sık Sık | Çoğunlukla | Her Zaman |

\_\_\_ 1- Yorgun

\_\_\_ 2- İnsanlar ile ilgili hayal kırıklığına uğramış

\_\_\_ 3- Umutsuz

\_\_\_ 4- Kapana kısılmış

\_\_\_ 5- Çaresiz

\_\_\_ 6- Çökmüş

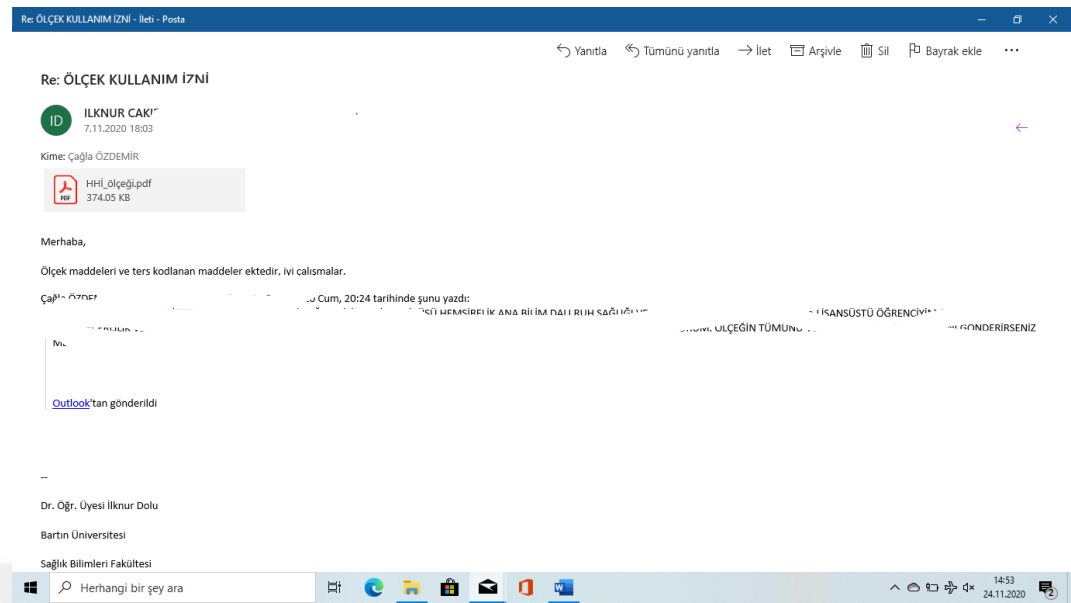
\_\_\_ 7- Zayıf

\_\_\_ 8- Güvensiz

\_\_\_ 9- Uyuma güçlüğü

\_\_\_ 10- Yeter artık dayanamıyorum

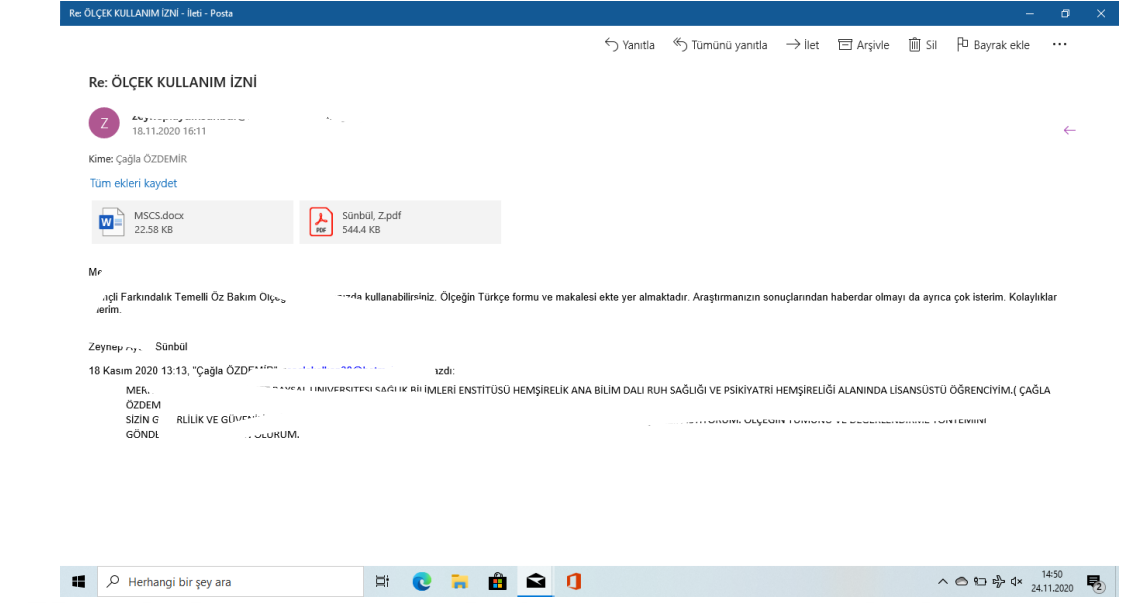
## EK-7 Ölçek Kullanım İzinleri



ŞK



believed to have been





ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ - İleti - Mail

Yanıtla Tümnü yanıtla İlet Arşivle Sil Bayrak ekle Eylemler

Re: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

BÇ burt 14.12.2020 12:02

Kime: Çağla ÖZDEMİR

Tüm ekleri kaydet

TÖ-KF.doc 33.5 KB

Tükenmişlik Ölçeği-Ksa Formu il... İndirilemedi

Merhaba,

Çalışmalar...

Çağla ÖZDEMİR 14:17 tarihinde şunu yazdı:

MERHABA ; BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI RUH SAĞLIĞI VE PSIKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ALANINDA LİSANSÜSTÜ ÖĞRENCİYİM.( ÇAĞLA ÖZDEMİR)

YÖNTEMİNİ GÖNDERİRSENİZ

Aramak için buraya yazın

14:47 19.12.2020