



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**360 DERECELİK DEĞERLENDİRME İLE BİR
HEMŞİRE GÜVEN ÖLÇEĞİ GELİŞTİRİLMESİ**

Elif KILIÇ GÜNER

DOKTORA TEZİ

Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

TRABZON-2023

İthaf

Bu doktora tezimi, benim bu günlere gelmem için emeğini ve sevgisini hiç esirgemeyen, yorulduğum yerde elimden tutup ayağa kaldıran ve her zaman arkamda desteğini hissettiğim, gücüme güç katan, babam Necati KILIÇ ve annem Esengül KILIÇ'a ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Güven Kavramı

4

2.2. Güven Unsurları

5

2.2.1. Belirsizlik ve Risk İçermesi

5

2.2.2. Olumlu Beklenti İçermesi

6

2.2.3. Savunmasızlık/Kırılganlık İçermesi

6

2.2.4. Rasyonel Bir Seçim Olması (Akıllı Güven)

7

2.2.5. Karşılıklı Olması

7

2.3. Güven Kavramı ile Benzer Kavramlar

7

2.3.1. Öngörülebilirlik

8

2.3.2. İnanılabilirlik/ Güvenilirlik

8

2.3.3. İnanç

9

2.3.4. İş birliği ve Ortaklık

9

2.3.5. Emin Olma

9

2.4. Güven Çeşitleri

10

2.4.1. Özgüven

10

2.4.2. Kişilerarası Güven

10

2.4.3. Süreç Tabanlı Güven

11

2.4.3.1. Hesaplanmış Güven

11

2.4.3.2. Bilgi Tabanlı Güven	11
2.4.3.3. Özdeşleşme Esaslı Güven	12
2.4.4. Örgütsel Güven	12
2.4.4.1. Çalışma Arkadaşlarına Güven	13
2.4.4.2. Yöneticilere Güven	13
2.4.4.3. Kuruma Güven	14
2.5. Güven Modelleri	15
2.5.1. Luhmann'ın Güven Kuramı	15
2.5.2. Mayer, Davis ve Schoorman Modeli	16
2.5.3. Bromiley ve Cummings' in Güven Modeli	17
2.5.4. Mishra Güven Modeli	18
2.5.5. Shokley Zalabak Ellis ve Winograd Güven Modeli	19
2.5.6. Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli	19
2.6. Güven Oluşma Süreci	20
2.7. Sağlık Kuruluşlarında Güvenin Önemi	22
2.8. Hemşirelikte Güvenin Önemi	24
2.9. 360 Derece Değerlendirme	26
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Tipi	28
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
3.3. Araştırmanın Evreni-Örnekleme	28
3.4. Araştırmaya Kabul ve Kabul Edilmeme Ölçütleri	29
3.5. Veri Toplama Araçları	29
3.6. Veri Toplama Süreci	30
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi	31
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	33
4. BULGULAR	34
4.1. Hemşire Güven Ölçeğinin Geçerlik Bulguları	34
4.1.1. Yüzey Geçerliği	34
4.1.1.1. Madde Havuzunun Oluşturulması	34
4.1.1.2. Akran Değerlendirmesi	34
4.1.1.3. Uzmanların Değerlendirmesi	35

4.1.1.4. Pilot Uygulama	35
4.1.2. Kapsam Geçerliği	35
4.1.3. Yapı Geçerliği	36
4.1.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi	36
4.1.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi	39
4.1.3.3. Yakınsak Geçerliliği ve Ayrışma Geçerliliği	42
4.1.3.4. %27'lik Alt ve Üst Çeyreklik t-testi	42
4.2. Hemşire Güven Ölçeğinin Güvenirlik Analizleri	43
4.3. HGÖ'nin Son Yapısı ve Puanlaması	46
4.4. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve Hemşire Güven Ölçeğine ilişkin Bulgular	47
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	55
5.1. Hemşire Güven Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması	55
5.2. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Hemşire Güven Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışması	61
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	65
7. KAYNAKLAR	67
EKLER	85
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	86
Ek 2. Kurum İzni	88
Ek 3. Etik Kurul Onayı	93
Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu	94
Ek 5. Kurtosis Basıklık ve Çarpıklık Değeri	95
Ek 6. Hemşire Güven Ölçeği	96
	97

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin tanıtıcı özellikleri	28
Tablo 2. HGÖ'nin geliştirme aşamaları ve veri toplama süreci	31
Tablo 3. HGÖ'nin geliştirilmesinde kullanılan testler ve yöntemler	32
Tablo 4. Kapsam geçerliği sonrası taslak hemşire güven ölçeği	36
Tablo 5. AFA sonrası HGÖ'nin alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yük değerleri	38
Tablo 6. AFA için HGÖ'nin toplam ile alt boyutları arasındaki ilişkisi	39
Tablo 7. HGÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi uyum indeks değerleri	40
Tablo 8. HGÖ'nin doğrulayıcı faktör analizindeki faktör yük değerleri	41
Tablo 9. HGÖ'yi yapı güvenirliği (CR) ve ortalama açıklanan varyans (AVE) değerleri	42
Tablo 10. HGÖ ve alt boyutlarının %27'lik alt ve üst çeyreklik karşılaştırması	43
Tablo 11. HGÖ'nin güvenirlik analizi bulguları	43
Tablo 12. HGÖ'nin AFA ve DFA sonrası madde-toplam madde korelasyon ve Cronbach Alpha değerleri	45
Tablo 13. HGÖ'nin test-tekrar test puan korelasyonları ve karşılaştırması	46
Tablo 14. Hemşire güven ölçeğinin maddeleri ve puan aralıkları	47
Tablo 15. Çalışmaya katılan tüm katılımcılara göre HGÖ ve alt boyut puan ortalamaları ve karşılaştırması	48
Tablo 16. Katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerinin HGÖ'nin toplam puanı üzerine etkisi	52

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Mayer, Davis ve Schoorman Güven Modeli	17
Şekil 2. Cummings ve Bromiley Güven Matrisi	18
Şekil 3. Hemşire Güven Ölçeği Yamaç Grafiği	37
Şekil 4. Doğrulayıcı Faktör analizine göre HGÖ'nin path diyagramı	40



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

AFA	Açıklayıcı Faktör Analizi
AVE	Average Variance Extracted (Ortalama Açıklanan Varyans)
CFI	Comparative Fit Index (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)
CR	Composite Reliability (Yapı Güvenilirliği)
FDH	Fatih Devlet Hastanesi
FH	Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi
GFI	Goodness of Fit Index (Uyum İndeksi)
HGÖ	Hemşire Güven Ölçeği
ICC	Intraclass Correlation Coefficient (Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı)
IFI	Incremental Fit Index (Fazlalık Uyum İndeksi)
KGİ	Kapsam Geçerlik İndeksi
KGO	Kapsam Geçerlik Oranları
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin Testi
NFI	Normed Fit Index (Normlaştırılmış Uyum İndeksi)
RMR	Root Mean Square Residual (Artık Kareler Ortalamasının Karakökü)
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (Yaklaşık Hataların Ortalama Karakökü)
TLI	Tucker-Lewis Index (Tucker-Lewis İndeksi)
YSKHH	Yavuz Selim Kemik Hastalıkları Hastanesi

Simgeler

β	Beta
---------	------

Formüller

χ^2/Sd	Düzeltilmiş Ki Kare İstatistiği
-------------	---------------------------------

ÖZET

360 Derecelik Değerlendirme ile Bir Hemşire Güven Ölçeği Geliştirilmesi

İnsan ilişkilerinin, etkileşimlerin ve işbirliğinin yoğun yaşandığı sağlık alanında güven oldukça önemli bir kavramdır. Araştırmada, 360 derecelik değerlendirme yöntemi ile hemşirelere yönelik güven düzeyini belirleyecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracının geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmada, açıklayıcı faktör analizinin örneklemini Trabzon il merkezindeki hastanelerde görev yapan 150 hemşire, 150 hekim, 150 diğer sağlık personeli, 150 sağlık dışı personel ve 150 hasta oluştururken, doğrulayıcı faktör analizinin örneklemini ise aynı il merkezinde açıklayıcı faktör analizinin örnekleminin dışında olan 120 hemşire, 66 hekim, 71 sağlık personeli, 73 sağlık dışı personel ve 72 hasta oluşturmuştur. Test-tekrar test analizi ise 51 katılımcı ile yapılmıştır. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Taslak Hemşire Güven ölçeği ile toplanmıştır. Bulgulara göre taslak ölçeğin yüzey geçerliği sağlanmış ve kapsam geçerlilik indeksi 0.75 olarak belirlenmiştir. Açıklayıcı faktör analizi için Kaiser-Meyer-Olkin değeri 0.979, Barlett testi $X^2=48070.025$ ($p<0.05$), anti imaj korelasyon değerleri 0.971 ile 0.985 arasındadır. Açıklayıcı faktör analizinde, ölçeğinin 30 madde ve 3 alt boyut ile şekillendiği, maddelerin faktör yük değerlerinin 0.940 ile 0.675 arasında olduğu saptanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinde ise düzeltilmiş X^2/Sd değeri= 2.75, RMSEA= 0.07, CFI= 0.93, NFI= 0.895, IFI= 0.93, TLI= 0.924'dür. İyi/kabul edilebilir düzeydeki bu uyum indekslerine göre açıklayıcı faktör analizi ile biçimlenen Hemşire Güven Ölçeğinin yapısı doğrulanmıştır. Ölçeğin güvenirliliğine ait Spearman-Brown=0.901, Guttman Split-Half=0.901 ve Cronbach Alpha değeri 0.971 olarak saptanmıştır. Madde toplam madde korelasyon değerleri 0.620-0.834, test-tekrar test analizinde $r=0.819$ ($p<0.001$) ve $t=-0.712$ 0.480 ($p>0.05$) olarak bulunmuştur. Ayrıca katılımcıların ölçek toplam puan ortalaması 4.05 ± 0.64 'dür. Katılımcıların, hemşirelerle çalışmaktan ve hizmet almaktan memnuniyet durumları hemşire güvenini etkilemiştir ($p<0.05$). Sonuç olarak hemşirelerin, hekimlerin, diğer sağlık ve sağlık dışı çalışanların ve hastaların katılımı ile 360 derece olarak değerlendirilen hemşire güven ölçeği, doğru ve tutarlı ölçüm yapılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olarak kabul edilebilir.

Anahtar Sözcükler: Hemşirelik, Hemşire-hasta ilişkileri, Güven, Kişilerarası ilişkiler, Meslekler arası ilişkiler

ABSTRACT

Developing a Nurse Trust Scale with 360 Degree Evaluation

Trust is a very important concept in the field of health, where human relations, interactions and cooperation are intense. In the study, it was aimed to develop a valid and reliable measurement tool that will determine the level of trust towards nurses with the 360-degree evaluation method. The sample of the explanatory factor analysis of the study consisted of 150 nurses, 150 physicians, 150 other health personnel, 150 non-health personnel and 150 patients working in hospitals in Trabzon city center, while the sample of the confirmatory factor analysis consisted of 120 nurses, 66 physicians, 71 health personnel, 73 non-health personnel and 72 patients who were outside the sample of the exploratory factor analysis in the same city center. The test-retest was conducted with a total of 51 participants. Datas were collected with Personal Information Form, Draft Nurse Trust Scale. According to the findings, the surface validity of the draft scale was ensured and the content validity index was fixed as 0.75. For explanatory factor analysis, Kaiser-Meyer-Olkin value was 0.979, Barlett test $X^2=48070.025$ ($p<0.05$), anti-image correlation values were between 0.971 and 0.985. In the explanatory factor analysis, it was determined that the scale was shaped with 30 items and 3 sub-dimensions, and the factor load values of the items were between 0.940 and 0.675. In confirmatory factor analysis, the corrected X^2/Sd value was 2.75, RMSEA= 0.07, CFI= 0.93, NFI= 0.895, IFI= 0.93, TLI= 0.924. The structure of the Nurse Trust Scale, which was formed by explanatory factor analysis according to these good/acceptable indices, was confirmed. The reliability of the scale was determined as Spearman-Brown=0.901, Guttman Split-Half=0.901 and Cronbach Alpha value as 0.971. Item-total item correlation values were 0.620-0.834, $r=0.819$ ($p<0.001$) and $t=-0.712$ 0.480 ($p>0.05$) in test-retest analysis. In addition, the scale total score average of the participants was 4.05 ± 0.64 . Participants' satisfaction with working with nurses and receiving services affected their trust ($p<0.05$). As a result, the nurse trust scale, which was evaluated as 360 degrees with the participation of nurses, physicians, other health and non-health workers and patients, can be accepted as a valid and reliable measurement tool that can be measured accurately and consistently.

Keywords: Nursing, Nurse-patient relationships, Trust, Interpersonal relations, Interprofessional relations

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Sağlık hizmetleri, kesintisiz ve koordineli çalışma gerektiren bir alandır. Bu anlamda sağlık hizmetlerinde hasta merkezli bakımın güvenli, zamanında, verimli ve etkili bir şekilde planlanıp sunulması için işbirliği içerisinde çalışacak sağlık ekiplerine gereksinim vardır (1, 2). Bu sağlık ekibinin önemli üyelerinden biri de hemşirelerdir (3). Hemşireler, rollerinin gereği hem hastalarla hem de diğer ekip üyeleriyle etkileşime giren ve diğer sağlık profesyonellerine göre hastalarla daha fazla zaman geçiren bir meslek grubu olduğu için multidisipliner hizmet sunumunun merkezinde yer almaktadır (4). Güvenilir bir ekip ilişkisi, etkili hemşire-hasta etkileşimleri için kritik öneme sahiptir (5, 6). Bu nedenle güven, hasta-hemşire ilişkisinin başarılı olması (7), mesleki gelişim ve optimal hasta bakımı için çok önemlidir (8, 9). Hasta hemşiresine güvendiğinde, kendisi ile ilgili gerekli tüm bilgileri gizlemeden verir ve bu durum hemşirelerin gözlemlerinde ve tanımlarında daha doğru müdahale ile bakımı başarıya ulaştırır (6, 10). Ayrıca, hasta kabul, transfer, taburculuk süreçleri, klinik kararlar, gözlemler, devredilen eylemlerin tamamlanması, acil durum yönetimi, izolasyon önlemleri gibi işbirliği gerektiren süreçlerin (11, 12) başarıya ulaşması için ekip çalışması ve ekip üyelerinin birbirine güvenmesi gerekir (13). Kısacası güven, çalışanlar arasında işbirliğini kolaylaştırıp istikrarı artırırken (14), karşılaşılabilecek sorunların azalmasında ve performansın artmasında etkilidir (15). Sağlık çalışanlarından oluşan ekiplerin uyumlu, işbirliği içinde ve güven ortamında çalışması, sunulan hizmetin kalitesinin artması (16) ve kurumsal maliyetlerin azalmasının (17) yanı sıra özellikle bu grubun içinde yer alan ve sürekli iletişim halindeki hemşirelerin meslekten ayrılmasını önleyebilir (18-20).

Bu kapsamda sağlık hizmeti sunan ve alanlar arasında güvene ilişkin çalışmalar incelendiğinde, çalışmaların hemşireler, hekimler ve tıp mesleği, sağlık araştırmacıları, sağlık sigorta şirketleri, hastane ya da sağlık sistemleri gibi farklı gruplarla/alanlarda yürütüldüğü görülmektedir (21). Hemşirelere güven ile ilgili çalışmalar değerlendirildiğinde; daha çok hemşireleri de kapsayan sağlık personellerinin kendi aralarındaki ilişkileri ölçen çalışmaların mevcut olduğu belirlenmiştir. Bu kapsamda sağlık profesyonelleri arasında ekip çalışması ve işbirliğini inceleyen bir sistematik derlemede, ekip çalışmasının uyum, saygı, işbirliğine açıklık, aidiyet hissi, alçakgönüllülük, dinleme ve konuşma için zamanın yanı sıra güven gerektirdiği belirtilmiştir (22). Oysa yardımcı sağlık hizmetinde çalışanlar, hekimler ve hemşireler arasında iletişim ve işbirliğini ölçen

bir nitel çalışmada, bu grupların birbiriyle oldukça az konuştuğu belirlenmiştir. Meslekler arası işbirliği açısından hemşireler ve yardımcı personel arasında hiyerarşik bir ilişki olduğu saptanan bir çalışmada hekimlerin ve hemşirelerin birbiri ile dayanışma içinde olduğu açıklanmıştır (23). Bunların dışında hemşireler ve hekimler arasındaki işbirliğini ölçen bazı çalışmalarda, hemşire-hekim ilişkisinin olumlu olduğu (17, 18, 24-26), ancak geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (19, 27, 28). Sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliğini inceleyen bir başka çalışmada, çalışanların işbirliğinin hasta deneyimlerini etkilediği bulunmuştur (29). Bu kapsamda hastalarla hemşireler arasındaki güven ilişkisini inceleyen uluslararası bazı çalışmalarda, kanser hastalarının (30-32), hastanede yatan çocukların (33) ve birinci basamak sağlık hizmeti alan hastaların (34) hemşirelere yüksek düzeyde güvendiği belirlenmiştir. Ancak total diz artroplasti operasyonu geçiren (35) ve hipertansiyonu olan hastalarla yapılan bazı çalışmalarda, hastaların hemşirelere orta düzeyde güvendiği bulunmuştur (36). Ülkemizde yürütülen bazı araştırmalarda da, kanser hastalarının hemşirelere yüksek düzeyde güven duyduğu belirlenmiştir (37). Güven, sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşirelerin, mesleki amacını tam olarak yerine getirmesi (6, 10) etkili hemşire-hasta ilişkisinin kurulması açısından bir gerekliliktir (38). Hemşirelere yüksek düzeyde güvenilmesine rağmen kurumsal düzeyde güven ölçümleri ihmal edilmemeli, belirli aralıklarla hemşirelikte güven düzeyi ve güveni etkileyen faktörler ölçülüp değerlendirilmelidir.

Hemşirelere yönelik güven düzeyini ve boyutlarını değerlendiren ölçekler araştırıldığında, yeni mezun hemşirelerin meslekler arası işbirliğini (5), hemşire-hemşire işbirliği davranışını (39), acil serviste sağlık çalışanlarının meslekler arası ekip çalışmasına ilişkin algılarını (40) ölçen ölçekler olmakla birlikte hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarında kişiler arası güveni ve bağlantısını ölçen (41) ölçeklerin mevcut olduğu görülmektedir. Ancak literatüre bakıldığında, daha çok hasta/yakınlarının hemşirelere güvenini değerlendiren ölçeklerle karşılaşılmaktadır. Bu ölçeklerden bazıları; hasta ve hemşirelerin karşılıklı güvenini ölçen Gibson'ın Güven Aracı Q-sort/yöntemi (Trust Instrument Q-Sort) (42), Ebeveynlerin Hemşirelere Güven (P-TINS) Ölçeği (43), Çocukların Genel Hemşirelere Güven Ölçeği (CTGNS) (44) yetersiz bakım alan toplumlarda Hasta-Hemşire Güven Ölçeği (45), Cinsel ve Cinsiyet Azınlıkları Arasında Hasta Hemşire Güven Ölçeği (PNTS) (46), Acil Servis Hekim ve Hemşirelerine Güveni Ölçeğidir (47). Ayrıca hastaların hemşirelere güvenini ölçen Radwin'in Hemşire Güven Ölçeği'nin de olduğu tespit edilmiştir (48). Bu ölçek Yücel ve Ay tarafından Türkçe'ye

uyarlanmış, onkoloji hastalarında kullanılmıştır (21). Bunların dışında hekimlere, hemşirelere ve hekim asistanlarına güveni ölçen Sağlık Hizmeti İlişkisi Güven Ölçeği (HCR) (49) ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Sağlayıcılarına güven ölçeği şeklinde ölçekler de mevcuttur (50). Bunlara ek olarak Egede ve Ellis'in sağlık hizmeti sağlayıcıları, ödeyicileri ve kurumlarına güveni değerlendirilen sağlık bakım sistemlerine çok boyutlu güven ölçeği vardır (51). Bu ölçek, Dinç ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (52). Rose ve arkadaşları ise sağlık sistemine duyulan güvensizliği ölçmek için bir ölçek geliştirmiştir (53).

Yukarıda bahsedilen ölçeklere rağmen sağlık sisteminin vazgeçilmez üyeleri olan hemşirelere duyulan güveni, hastaların, hekimlerin, diğer hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının ve sağlık dışı çalışanların bir arada değerlendirmesi ile çok boyutlu ve aynı ölçütler üzerinden ölçebilecek ve ölçüm sonuçlarını kıyaslama fırsatı sunabilecek bir ölçme aracına rastlanmamıştır. Oysa sağlık ekibi üyeleri, diğer hastane çalışanları ve hastaların değerlendirmesi ile hemşirelere olan güveni 360 derecelik değerlendirme fırsatı sunan çok boyutlu bir ölçek geliştirilmesi, bu gruplar arasındaki güven ve güveni etkileyen alt boyutların tutarlı ve doğru, hızlı ve kolay bir şekilde değerlendirilip karşılaştırmasını sağlayabilir.

Bu doğrultuda planlanan araştırmada, 360 derecelik değerlendirme ile hemşirelerin, hekimlerin, diğer sağlık çalışanlarının, sağlık dışı çalışanların ve hastaların hemşirelere olan güven düzeylerini değerlendirebilecek bir ölçme aracı geliştirmek amaçlanmıştır. Ayrıca bir alt amaç olarak geliştirilen ölçek ile hemşirelere olan güven düzeyinin ve etkileyen faktörlerin tanımlanması hedeflenmiştir.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Hemşirelik Güven Ölçeği geçerli bir ölçme aracı mıdır?
- Hemşirelik Güven Ölçeği güvenilir bir ölçme aracı mıdır?
- Katılımcıların değerlendirmeleri ile Hemşirelik Güven Ölçeği'ne göre hemşirelere güven düzeyi nedir?
- Katılımcıların tanıtıcı özellikleri, hemşirelere olan güven düzeylerini etkilemekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölüm, güven kavramı, güven unsurları, güven ile benzer kavramlar, güven çeşitleri, güvenin alt boyutları, güvenin kuramsal çerçevesi, güven oluşma süreci, sağlık kuruluşlarında güvenin önemi, hemşirelikte güvenin önemi başlıkları altında ele alınmıştır.

2.1. Güven Kavramı

Güven kavramı, kelime anlamı olarak; korku, çekinme ve şüphe duymadan inanma ve bağlılık hissetme duygusu olarak tanımlanmaktadır (54). Güven; bir kişinin bir başkasının sözleri, eylemleri ve kararlarına göre harekete geçmeye istekli olmasıdır (55). Diğer bir tanıma göre güven; güvenen kişi için önemli olan bir hareketi diğerinin gerçekleştireceği beklentisine dayalı olarak güvenilen tarafın hareketlerine karşı savunmasız kalma gönüllülüğüdür (56). Bir başkasının olası ancak beklenmeyen kötü niyetine (veya iyi niyet eksikliğine) karşı kabul edilen savunmasızlık olarak da tanımlanmaktadır (57).

Güven kavramı, birçok disiplinde tartışılan ve farklı bakış açılarıyla açıklanmaya çalışılan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Sosyoloji, psikoloji, din, felsefe, işletme (58) ve sağlık gibi (45) birçok disiplinde literatürün konusudur. Güven, toplumsal ilişkilerin sağlıklı biçimde oluşturulması ve yürütülmesi için önemli bir faktördür. Toplumda, insanların birbirleriyle ilişki kurabilmesi için güvene ihtiyaçları vardır. Güven, insanların birbirlerine inanmasını gerektirmektedir (59).

Tanımlardan anlaşılacağı üzere güven kavramının tanımlanması ve araştırılması hemşirelik, tıp, psikoloji ve sosyoloji gibi bakım veren disiplinler için önemli olmuş ve araştırmacılar tarafından tartışılmıştır (10, 60-62). Tarihsel süreçte güven kelimesi 13. yüzyıl Orta Çağ İngilizcesine kadar uzanır ve kökleri sadakat anlamına gelen daha eski terimlerle ifade edilmiştir (63). Güven genellikle iyi bir şey olarak kabul edilir. Güven kelimesinin kendisinde olumlu bir çağrışım vardır (64) ve güvenin önemi birçok farklı disiplinden araştırmacılar tarafından vurgulanmıştır. Güven kavramı üzerine sistematik bir şekilde araştırma yapan ilk araştırmacılardan biri Luhmann'dır. Luhmann (1979) güveni; sosyal dünyanın karmaşıklığını azaltan etkili bir iletişim aracı olarak tanımlamış, güven olmadan sosyal yaşam olmayacağını, güvenin olduğu yerde deneyimler ve eylemler için fırsatlar doğacağını ifade etmiştir (65). Mieize-Growchowski'ye (1984) göre güven başkasına itimat (58), Mishra'a göre (1996) karşı tarafın yetkin, açık, ilgili ve güvenilir olduğuna dair inanışa dayalı olarak, savunmasız olma istekliliğidir (66).

Rousseau (1998) güveni; bir tarafın diğer taraftan bir şekilde fayda göreceğine veya fayda görmese dahi zarara ya da suistimale uğramayacağına yönelik olumlu bir düşünce içerisinde olma durumu (67) olarak tanımlarken, Peter (2001)'a göre bir başkasına güvenmek, bir başkasının sadece alışkanlıklarının değil, ahlaki niyetlerinin de iyi olduğuna inanmayı gerektirir (11). Hall (2001) ise güveni; güvenenin, güvenilenin, çıkarlarını gözeteceğine inandığı hassas bir durumu iyimser bir şekilde kabul etmesi şeklinde açıklamıştır (68). Dani ve arkadaşları (2006) güveni; bireyin veya/grubun başka bir bireyin veya/grubun açık veya örtülü taahhütlerine göre davranmaya yönelik iyi niyetli çaba gösterdiğine dair inancı olarak vurgulamıştır (69).

Güven tanımları genel olarak incelendiğinde, güven kavramı iletişim aracı, savunmasız kalma, iyi niyet gösterilmesi, başkalarının çıkarlarını koruma, yetkinliğe güvenme, zarara uğratılmama ve bağımlılık gibi kavramlarla açıklanmaktadır.

2.2. Güven Unsurları

Güven oluşumunu etkileyen önemli unsurlar; belirsizlik ve risk, beklenti, savunmasızlık/kırgınlık, karşılıklı olma ve rasyonel bir seçim içermesi olarak tanımlanmaktadır (70).

2.2.1. Belirsizlik ve Risk İçermesi

Risk kavramı, güven kavramının en temel unsurlarından biridir (71). Risk; güvenen ile güvenilen arasında gerçekleşen ilişkiye bağlı olarak ortaya çıkmaktadır ve daha çok güvenen kişinin üstlenmiş olduğu güven çıktısı olarak ifade edilmektedir (72). Güven ve risk, bir madalyonun iki yüzüdür (73). Güven, her zaman bir miktar risk içerir (74). Güven, güvenenin beklentilerini karşılamayacağından dolayı riskli bir yatırımdır. Dolayısıyla güvenilen kişinin uygun davranmama olasılığı mevcuttur. Bu yüzden körü körüne veya safça güvenmekten kaçınmak için bu örtük riskin farkında olunması gerektiği belirtilmektedir (8). Ancak, güveni karakterize edenin risk değil, güvenilenin ilişkiyi sürdürme, kesintiye uğratma veya istismar etme özgürlüğü olduğu da ifade edilmektedir (75). Başka bir kişiye veya kuruma güvenmek her zaman bir risk taşımakla birlikte başkalarına güvenmemenin riskli olabileceği de vurgulanmaktadır (76).

Belirsizlik kavramı, gelecekte olacak ve olmayacak olanlar hakkında şüpheler barındıran ve net fikir sahibi olunamayan bir durumdur (77). Belirsizliğin olmadığı bir ortamda güven işe yaramayacağından, genellikle belirsizliğin güven için temel olduğu

tartışılmaktadır. Riskte olduğu gibi, mesele belirsizliğin kendi başına temel olarak alınmasıdır. Bu açıdan ilgili olanın belirsizliğe neden olduğu gerçeği göz ardı edilmemelidir. Örneğin bir uçuş şirketinden bilet alındığında şirket sizi hedeflediğiniz yere ulaştırmasını beklersiniz. Uçuş şirketi ve aranızda bir sözleşmeyi mevcuttur. Şirket sözleşmeyi yerine getirmekle yükümlü olduğu için yükümlü olduğu için ilişkide bir güven yoktur. Ancak uçağın olumsuz hava koşulları nedeniyle uçuşlarını iptal etmesi durumu olabileceğinden bu ilişkide bir miktar belirsizlik vardır. Dolayısıyla bu belirsizliğin güvenin ortaya çıkmasında hiçbir rolü yoktur (75). Sonuç olarak güven risk ve belirsizlik içermektedir. Risk, güvenin önemli bir yönüdür, çünkü kısmi anlayışlara başka bir yön ekler. Neyin ne kadar risk altında olduğu, güvenme kararı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (78).

2.2.2. Olumlu Beklenti İçermesi

Güven, güvenilen kişinin davranışıyla ilgili beklentileri içermektedir (79). Güvende beklenen davranış faydalı iken, güvensizlik zararlı davranışların beklentisini gerektirir (80). Bir başkasına güvenmek; bir başkasının alışkanlıklarının yanında ahlaki niyetlerinin de iyi olduğuna inanmayı gerektirir (11). Dolayısıyla güvenin var olması için, güvenilen kişinin belirlenen ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olmak amacıyla belirli bir şekilde davranacağı beklentisi olmaktadır (61). Güvenenin beklenti gücü ve bağlılığı arttıkça, hayal kırıklığı yaşama olasılığı da artmaktadır (73). Sonuç olarak güvenen güvenilene karşı olumlu bir beklenti içindedir.

2.2.3. Savunmasızlık/Kırılğanlık İçermesi

Güven, riskin ve kırılğanlığın temel nitelikler olarak tanımlandığı, zaman içinde gelişen dinamik bir süreçtir (74). Güven ilişkiseldir ve bireyler arasındaki etkileşimleri içerir (81). Güvenin, yakın bir ilişkide olduğu gibi kırılğanlık yarattığı söylenebilir (68). Bir kez kaybedildiğinde yeniden kazanılması kolay değildir (82). Buna göre bir başkasının iyi niyetine güvenmek, kırgınlıkları beraberinde getirebilir. Dolayısıyla bir güven ilişkisi kurmadan önce, iyi nedenlerin olması önemlidir. Bu nedenler, karşı tarafın yetkinliği ve uzmanlığı gibi faktörlerdir (11). Aynı zamanda güvenin kırılması daha savunmasız olanlar için kişinin kariyeri, sağlığı veya yaşamı üzerinde büyük olumsuz etkilere neden olabilir (81).

2.2.4. Rasyonel Bir Seçim Olması (Akıllı Güven)

Güvenin rasyonel bir seçim olmasının nedeni, kişiler tercihlerini mantıklı kararlar çerçevesinde aldığından olası zarar ve yarar hesaplanmış olur. Böyle bir durum, daha çok güvenilen kişi/durum ile ilgili bilgi eksikliği olduğunda gerçekleşir. Dolayısıyla güvende tesadüfi kararlara bırakılmayarak rasyonel (akıllı) seçimle karar vermeyi kapsar. Çünkü güven, güvenenin güvenme eğilimine, karşı tarafı daha önce tanıyıp tanımamasına, geçmişte yaşadığı deneyimlere ve iki tarafın algıladığı ortak amaç ve hedeflerinin değerlendirilmesine dayanmaktadır (83). Ayrıca Hult güvenin rasyonel olabileceği ancak zorunluluk olmadığını ifade etmiştir. Çünkü güveni nesnel gerçekler ve kanıtlardan çok güvenenin algısına göre şekillenebileceğini ifade etmiştir. Dolayısıyla güvenen tüm kanıtlar aksini gösterse bile kendi hislerine dayanarak güvenmeyi seçebilir, ya da rasyonel değerlendirme yerine içgüdüsel hisleri ile güvenmemeyi tercih edebilir. Ancak güvenen güvenilenin özelliklerini ve mevcut durumu değerlendirerek güvenme eylemini gerçekleştirdiğinde güven rasyoneldir (64).

2.2.5. Karşılıklı Olması

Güvenin en belirgin özelliği, güvenen ile güvenilen birey arasındaki bağımlı ilişkidir. Bu ilişki, kişinin ihtiyacını karşılaması için başka bir bireye bağımlı olmasını, dolayısıyla bir dereceye kadar kırılganlığı içerir (79). Karşılıklı olma durumunu Meeker olumlu ve olumsuz olmak üzere ikiye ayırmıştır. Olumlu karşılık yapılan iyilik karşılığında iyilik görüleceği, olumsuz karşılığı ise zarar verici davranışa karşı kişinin zarar verici davranış göstermesi olarak tanımlamıştır (70).

Hult ise güvenin; güvenen ile güvenilen arasında ilişkisel olduğunu ancak karşılıklı olma zorunluluğunun olmadığını ifade etmektedir. İki taraf birbirine karşılıklı güvenebilir ancak birinin diğerine güvenmesi ön koşul değildir. Örneğin ebeveynler ile çocuk arasındaki güven ilişkiseldir ancak karşılıklı değildir. Çocuk ebeveynlerine tam güvenir ancak ebeveynler çocuğuna tam güvenmeyebilir (64).

2.3. Güven Kavramı ile Benzer Kavramlar

Güven ile ilgili birçok açıklamada, bazı kavramların güven kavramı ile karıştırılabildiği ya da aynı anlamda kullanıldığı görülmektedir. Ancak güven kavramı, bu kavramlarla bazı noktalarda ayrılmaktadır. Bu kavramlar; öngörülebilirlik, inanılabilirlik/güvenilirlik, inanç, işbirliği ve ortaklık, emin olma şeklinde tanımlanmaktadır (70).

2.3.1. Öngörülebilirlik

Bu kavramda, tıpkı güven kavramında olduğu gibi bir beklentiden bahsedilebilir. Rempel ve arkadaşlarına göre karşıdaki kişinin öngörülebilirliği, yaşamış olduğu tecrübelerin miktarı, davranışlarda gösterdiği kararlılık, tutarlılık ve kontrolün etkili olduğu ifade etmiştir (70). Öngörülebilirlik ile güven arasında açık bir ilişki vardır ama yine de bu ilişki belirsizdir. Literatürün çoğu, öngörülebilirliği güven ile eşitleme eğilimindedir. Bazı kuramcılar güveni öngörülebilirlik ile ilişkilendirmiş ya da örtüştürmüştür (56). Öngörülebilirlik, güvendeki belirsizliğin azaltılması anlamına gelmektedir (84). Öngörülebilirliğin farklı noktası ise güvenin olmadığı bir ortamda sözleşmelerin kesinliği ve uygulanabilirliği azalır. Güvenin dinamik oluşu sebebiyle, tarafların birbirine olan güveninin artması için birbirlerine verilen sözlerin tekrarlanması ve yerine getirilmesi önemlidir. Ancak böyle bir ortamda öngörülebilirlikte artmadan söz edilebilir (85).

2.3.2. İnanırlılık / Güvenilirlik

İnanırlılık; karşıdaki kişinin/ nesnenin güvenilirliğini yansıtan bir dizi davranışın tanısal kümesini içeren bir yapıdır. İnanırlılık, hem kişiye hem de nesneye karşı da olabilir. İnanırlılık, nesneler için kaliteye ve üstün vasıflara atfedilirken, insana atfedildiğinde, sözde ve eylemde doğruluk ve tutarlılık halini almaktadır (70). Dolayısıyla inanırlılık, güvenilirlik olarak ifade edilebilir. Güvenilirlik, kişinin nitelikleri ve özellikleri veya güvenilen kişi hakkındaki inanç olarak söylenebilmektedir ve güvenin ilgilendiği bir kavramdır (64). Bu kapsamda bir tarafın neden güvenilir olduğu değerlendirildiğinde; bazı araştırmacılar, güvenilen kişinin özelliklerini literatürde yetenek, yardımseverlik ve dürüstlük olarak tanımlamışlardır (56). Bu açıdan güvenilirlik, güvenilen kişinin karakteri ve özellikleridir. Güven ise kişinin diğer kişi hakkındaki inancıdır (64). Güven bir tutumdur, güvenilirlik ise tutumdan ziyade bir aracın özelliğidir. Güvenilirlikte ilgili olan güvenende değil, güvenilendedir. Güvenilen bir ilişkide, güvenilen güvenilir olduğu sürece güvenenin güvenilir olup olmaması önemli değildir. Çünkü güvene dayalı ilişkinin alıcısı, güvenin ortaya çıktığı riskli durumu istismar etme olasılığına sahip olduğundan, güvenilir kişi olmalıdır (75). Güvenilirlik, kişinin güveneceği kişi hakkındaki algıdır. Güvenilirliğin oluşumu için gerekli olan güvenilirlik unsurları, farklı kişilik özellikleri olabilir ve astlık/üstlük durumunun derecesine göre değişebilir. Bu unsurlar; bütünlük, yetenek/yetkinlik, tutarlılık, sadakat, açıklık ve iyilikseverlik olarak tanımlanmaktadır (70).

2.3.3. İnanç

İnanç kavramı, bir fikre içten bağlılık hali veya bir kişiye karşı hissedilen güven duygusu olarak tanımlanır (54). Güven, en az iki kişi arasında yaşanan deneyimlerin ve etkileşimin sonucu olarak ortaya çıkarken, inançta tek taraflı eylemler, geçmiş deneyimler ve etkileşimler önemli değildir. İnanç, kanıt gerektirmezken, güven önemli kanıtlara veya mantıksal çıkarımlara dayanan güçlü bir kanıdır (86). Diğer bir deyişle güvenen, güvenilenle ilgili inançlara sahip olmalıdır (75). Ayrıca güven, yapısında belirsizlik, risk, savunmasızlık, karşılıklılık gibi unsurlar barındırırken, inanç için bu durumların varlığından bahsedilemez (70). Güven de, inanmak da bilişsel bir tutumdur, yani dünyayı tutum sahibinin bakış açısından olması gerektiği gibi değil, olduğu gibi temsil eden bir tutumdur (75).

2.3.4. İş birliği ve Ortaklık

Güven kavramı, genellikle işbirliği ile karıştırılmaktadır. Güven, işbirliğini teşvik ederek bunu karmaşık ve pahalı altyapılar gerektirmeden yapar (75). Güven ve işbirliğinin farkını incelediğimizde; güven diğer tarafın eylemleri karşısında savunmasızlığı ifade ederken, işbirliği vaatleri ve taahhütleri ifade eder (87). Güven ilişkisinde risk her zaman mevcut iken, iş birliğinde risk ya çok düşük ya da olmamayaabilir. Bu bağlamda eğer bir ortamda güven düşük ve risk yüksek ise ortaklıklar yazılı mevzuat ve sözleşmeler temelinde kurularak gerçekleştirilebilir. Yani işbirliğinin sorunsuz yürüldüğü her ortamda güven ilişkisi olmayabilir (70). Ancak iş görenlere iletişim becerileri konusunda eğitimler verilmesi ve iş arkadaşları arasında yardımlaşma duygularının harekete geçirilmesi güvenin oluşması açısından önemlidir (72).

2.3.5. Emin Olma

Emin olma, bireyin kötü bir şey yaşamayacağını düşünmesidir. Güven içinde risk barındırırken, emin olma durumunda risk söz konusu değildir. Bu açıdan güven ile emin olma arasında farklılık, algı ve atfetme yönünden olduğu söylenebilir. Emin olma durumunda; kişinin seçim yapma durumu söz konusu olmamakla birlikte; güvende tercih yapma durumu ve tercihler arasında yapılan seçim sonucunda hayal kırıklığı ve pişmanlık yaşama ihtimali vardır (70).

2.4. Güven Çeşitleri

Güven kavramı, birçok araştırmacı tarafından farklı bakış açısıyla çeşitli şekilde sınıflandırılmıştır. Literatürde tanımlanan güven çeşitleri; özgüven, kişilerarası güven, süreç tabanlı güven ve örgütsel güven başlıklarında tanımlanmaktadır.

2.4.1. Özgüven

Özgüven kavramı, geçmişten günümüze sosyal bilimlerin farklı alanlarında üzerine çok fazla çalışma yapılan kavramlarından biridir (88). Özgüven kavramı; kişinin güçlerine, yeteneklerine ve başarabileceğine olan inancı olarak tanımlanmaktadır (89). Feltz, özgüveni, kişinin belirli bir eylemi başarılı biçimde yerine getireceğine yönelik kendisine olan inancı şeklinde tanımlamıştır (88). Bandura özgüveni, kişinin öz değeri hakkında hissettiği yargı olarak tanımlamıştır (90). Özgüven çevreden etkilenen ve her insanda aynı düzeyde olmayan, aynı zamanda kişinin başarısında ve başarısızlığında etkisi olan bir durumdur. Lindenfield özgüveni, içsel ve dışsal olmak üzere iki alt boyutta açıklanmaktadır. İçsel güven, kişinin kendine saygısı, kendini sevmesi, kendini tanıması, net hedefler belirlemesi ve iyimserlik unsurlarını içermektedir. Dışsal özgüven ise kişinin diğer bireylere karşı kendini ifade etme ve kendinden emin görünme ile ilgili tutum ve davranışlar bütünüdür (91).

2.4.2. Kişiler Arası Güven

Kişiler arası güven, sosyal yaşamın yaygın bir olgusudur ve birçok toplumsal süreç için kolaylaştırıcıdır (92). Kişiler arası güven, bir kişinin bir başkasının sözlerine, eylemlerine ve kararlarına ne ölçüde güvendiği ve bunlara dayanarak hareket etmeye ne kadar istekli olduğu şeklinde tanımlanmıştır (55). Kişiler arası güven, kişiden kişiye ilişkilerde güven olarak tanımlanır. İlişkinin detayları bireyler arasında farklılık gösterebilir. Bu ilişkiler hemşire ile hasta, hekim ile hemşire, çocuk ile anne arasında olabilir ancak bunlarla sınırlı değildir (74).

Mcallister kişiler arası güveni; bilişsel ve duygusal güven olmak üzere ikiye ayırır (55). Bilişsel güven, güvenilen kişinin güvenilmesi gereken gerekli niteliklere sahip olacağına dair güvenen kişinin rasyonel beklentileridir (93). Güven için gerekli bilgi, tam bilgi ile tam bilinmezlik arasındadır. Çünkü tam bilginin olduğu yerde güvenmeye ihtiyaç olmadığı gibi bilgisizlikte ise rasyonel olarak güvenilecek bir temel yoktur. Bir yöneticinin

akranlarına bilişsel temelli güven duymaya istekli olup olmayacağını, geçmiş etkileşimlerinin başarısı ve sosyal benzerliğin derecesi etkilemektedir (66).

Duygusal güven ise bireylerin birbirine gösterdiği ilgi ve özen neticesinde oluşan duygusal bağın yansıttığı özel ve kuvvetli bir ilişkiyi açıklamaktadır. Duygusal güven; duygu, düşünce ve beklentileri karşılıklı olarak paylaşmayı, çalışma hayatındaki problemler karşısında ilgili ve yapıcı bir tavır sergilemeyi, yaşadığı güçlükler hakkında konuşabilmeyi, ayrıca iş hayatında arkadaşlık ilişkilerini kurmayı barındırır. Bu doğrultuda geliştirilen duygusal ve özel bağların kuvvetli olmasını ifade etmektedir (93).

2.4.3. Süreç Tabanlı Güven

Süreç temelli güven, tekrarlanan etkileşim ve çıkar alışverişi sonucunda gelişmektedir. Burada ilk etkileşim tamamen şansla başlayabilir, ancak temaslar devam ettikçe, başlangıçtaki rastgele davranış, azaltılmış belirsizlikle güvenilir sürece dönüşebilir (73). Shapiro, Sheppard ve Cheraskin, güveni birbirleriyle ardışık şeklinde ortaya çıkan oluşan hesaplanmış, bilgiye ve özdeşleşmeye dayalı güven olmak üzere üç boyutta ele almaktadır (84).

2.4.3.1. Hesaplanmış Güven

Hesaplanmış güven, karşı tarafa güven duymanın kişiye getireceği fayda, zarar ve maliyetlerini dikkate alır (94). Burada davranışların tutarlılığına bakılır. Bu yaklaşımda güven; karşı tarafın davranışları sonucunda oluşan maliyet ve faydanın mantıksal değerlendirilmesi olarak hesaplanır (95). Genel olarak bir tarafın diğer tarafın güvenilir olacağına inanması, ortak çıkar sağlamak için işbirliği yapmalarına olanak tanıyan faydacı düşüncüyü vurgular. Çünkü bu güvenin ihlal edilmesi durumunda bireye uygulanacak yaptırımların maliyeti/cezası, fırsatçı davranıştan elde edilecek kazançları/ödülleri aşacağından işbirliğinin bozulmasına neden olur. Hesaplanmış güvende insanlar istekli oldukları için değil, ceza almaktan korktukları için söylenenleri yapmaktadır (96).

2.4.3.2. Bilgi Tabanlı Güven

Bilgi tabanlı güven, diğeri hakkında yeterince bilgi sahibi olma ve hangi davranışı sergiyeleyebileceğini kestirebilme anlamındadır. Dolayısıyla kişilerin karşılıklı sahip oldukları bilgiye dayanır, tehdit ve korku içermez (94). Bilişsel güven, güvenilenin yeterliliği, algılanan yeteneğini, yetkinlik ve dürüstlük gibi niteliklerini, iletişim becerilerini, güç ve ödüllendirme potansiyeli gibi faktörlerin güvenenin davranışlarını etkilemesiyle oluşan bir

güvendir. Burada birey, karşı tarafa güvenebilmek için güvenilirde yetkinlik ve sorumlulukların yerine getirilmesi gibi gerçekçi nedenler aramaktadır. Bilgi tabanlı güven, çoğu zaman bireylerin birbirleriyle geçmiş deneyimlerinden elde ettikleri bilgilerden oluşmaktadır. Bu güvende, rasyonel hesaplamalar olduğu için duygusal kazanımlar ikinci plandadır (97). Bilgiye dayalı güvende şüphe yoktur bunun yerine olumlu beklentiler vardır. Bu nedenle beklentiler, deneyimlerle kanıtlanırsa güçlü güven ilişkisi başlamış olur (98).

2.3.3.3. Özdeşleşme Esaslı Güven

Özdeşleşmeye dayalı güven, bireylerin karşılıklı anlayış ile birbirlerini anlaması ve birbirlerine itimat etmesi ile gelişir (94). Diğer bir ifadeyle bir tarafın diğer tarafın isteklerini, niyetlerini ve ihtiyaçlarını, kararlarını bildiğinde veya tahmin ettiğinde gelişir. Bu aşamada güven mevcuttur, çünkü taraflar birbirlerini anlamış ve diğerinin isteklerini kabul etmiştir. Özdeşleşmeye dayalı güvende bir kişi, diğerinin yerini tutacak biri gibi davranış sergiler (84). Belirgin bir sosyal veya örgütsel grupla özdeşleşme, hızlı güven oluşumunu etkiler. Kişinin bir grupla özdeşleşme derecesi olan grup özdeşleşmesi, bireyin kendisini kategorik bir grubun üyesi olarak tanımladığı, kategori tabanlı bilgi işlemenin bir sonucudur. Güçlü grup özdeşleşmesi, grup üyelerinin olumlu bir önyargı oluşturmaya ve kendi gruplarının üyelerine olumlu nitelikler atfetmesine yol açabilir (99). Özdeşleşmeye dayalı güvende, kişiler birbirlerini tanıdığı için diğer kişinin güvenliğini kazanmak için nasıl hareket etmesi gerektiğini bilir. Özdeşleşmeye dayalı güveni, hesaba dayalı ve bilgiye dayalı güvene yönelik davranışlar oluşturur (84).

2.4.4. Örgütsel Güven

Günümüzde örgütlerin başarısındaki en temel faktör insandır (67). Örgütsel güven, hem bireylere hem de bir bütün olarak örgüte duyulan güveni ifade eder (100). Örgütsel güven kavramı, örgütlerin/kurumların hedeflerine ulaşmasında, örgütte pozitif enerji oluşturulmasında ve insani kaynakların etkin kullanılmasında önemlidir (101). Örgütsel güven, bir bireyin/örgütün açık veya örtülü biçimde verilen sözleri iyi niyetle uygun şekilde yerine getireceğine, verilen sözlerden dolayı dürüst olacağına, başkasının çıkarlarını koruyacağına olan bireysel veya genel grup inancıdır (4). Örgütsel güven ile örgütler kendini rakiplerinden ayırarak daha yüksek bir güven düzeyi inşa edebilirse, etkinliği ve verimliliği artırır ve yetkin çalışanları cezbederek kurumda kalmasını

sağlayabilir. Örgütsel güven, hem kişilerarası (iş arkadaşlarına ve yöneticilere güven) hem de kişisel olmayan güvene (kuruma güven) odaklanır (100).

2.4.4.1. Çalışma/İş Arkadaşlarına Güven

Çalışma arkadaşlarına güven, örgütsel güvenin ilk bileşenidir ve yatay güven olarak da tanımlanır. Diğer bir tanımla bu güven türü, aynı örgüt içinde fakat farklı birimlerde eşit konumda bulunan çalışanlar arasındaki güveni ifade etmektedir (102). Çalışma arkadaşlarına güven, insanların iş arkadaşlarının yeterliliğine, adalet duygularının gelişmişliğine ve etik ilkelere uygun tutum ve davranış sergileyeceğine olan inancıdır. Bu güven, çalışanların söylemlerinde ve eylemlerinde adil davranmaya yönlendirmektedir (67). Çalışma arkadaşlarına güven duygusu, bireylerde arkadaşlarının önemli bilgileri gizlemeyeceğine veya onu yanlış yönlendirmeyeceği, ona zarar vermeyeceğine itimatı ile ilgilidir (103). Bu güvende, aynı iş ortamında bulunan çalışanların, iyi niyetli olduğuna inanç vardır ve çalışma arkadaşının yeteneğine güvenilir (104).

Çalışma arkadaşlarına güven ve performans arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, olumlu yönde orta düzeyli bir ilişki saptanmıştır. Buradan hareketle örgütlerde çalışma arkadaşlarına güven arttıkça bireysel performansın artacağı, güven azaldıkça bireysel performansın azalacağı vurgulanmaktadır (72). Bu açıdan çalışma ortamındaki kişilerarası ilişkilerde güven temelini sağlam olması önem arz etmektedir. Yüksek düzeyde güvenin varlığı, işbirliğinin artmasına ve bu durum da kurumun kazanç sağlamasına neden olabilmektedir. İşyerinde çalışma arkadaşlarına güvenmek, örgüt kültürünün istenilen yönde oluşmasını sağlayabilmektedir. Bu güvenin yüksek olduğu örgütlerde, çalışanların iş tatmini, iş performansı gibi çıktıların olumlu etkileneceği belirtilmektedir (105).

2.4.4.2. Yöneticilere Güven

Örgütsel güvenin diğer bileşeni olan yöneticiye güven, dikey güven olarak da adlandırılmaktadır. Bu güven, örgüt içinde çalışanlarla yöneticiler/liderler arasındaki ilişkilerdeki güveni temsil etmektedir (102). Çalışan-yönetici ilişkisinin başarısında önemli olan unsurlarından biri güvendir. Çalışanlar iş bölümü, kariyer gelişimi ve iş devredilmesi konularında yöneticilerinden güven beklerken; yöneticiler ise çalışanların işi iyi yapacakları konusunda çalışanlarına güvenmelidir (106). Yöneticiye güven, objektif ölçüm yapılamadığından dolayı insanların birbirine karşı olan davranışlarında gözlenebilir (101). Örgütte/kurumda yöneticiye duyulan güven düzeyi arttıkça, çalışanların; yöneticiden ve

işten memnuniyeti artmakta, psikolojik olarak güçlenmekte, işlerine ve yöneticiye karşı daha fazla bağlılık hissetmekte, örgütsel vatandaşlık ve yenilikçi davranışları daha çok sergilemekte, daha yüksek performans göstermektedir. Ayrıca işten ayrılma niyeti, tükenmişlik ve duyarsızlık azalmaktadır (93, 101). Hastanede en çok hasta ile zaman geçiren, ekip arasında etkin etkileşimi olan hemşirelerin de motivasyon ve örgütsel bağlılığın artması, iş performanslarının ve iş doyumlarının yükselmesi, işten ayrılma, devir hızı ve hemşirelik maliyetlerinin azalması için hemşirelerin yöneticilerine güvenmesi gerekmektedir. Yönetici güven ortamının oluşmasını engelleyen faktörlerin nedenlerini iyi irdeleyip gerekli çözümleri bulmak ve bunları uygulamak durumundadır (101). Bununla birlikte hemşirelerle yapılan bir çalışmada; lidere güven ile sadece mesleki yeterlilik arasında pozitif bir ilişki saptanırken, duygusal tükenme ve sinizm boyutları negatif bir ilişki göstermiştir (20).

2.4.4.3. Kuruma Güven

Kuruma güven çalışanların kurumun adaletli olacağına, kurum ile karşılıklı ilişkilerinde kurumun davranışlarını kendilerine yarar sağlayacağına, en azından kendileri için olumsuz olmayacağına, kurumun tutarlı davranışlarla çalışanların beklentilerini karşılayacağına ve kurumun gelecekte başarılı çalışmalar göstereceğine olan inancını yansıtmaktadır (107). Kuruma güven, çalışanların örgütün yeterliliği ve adaleti konusundaki olumlu beklentilerini yansıtmaktadır (100). Kuruma güvenin gerçekleşmesi için kurumsal hedefler ile bireysel hedefler örtüşmelidir. Eğer çalışanlar verilen sözlerin yerine getirilmediğini hissedersen kuruma güven azalır ve kuruma karşı zarar verici davranışlarda bulunabilir. Aynı zamanda çalışanların kuruma güveni düşük olursa, kurumların işleyişi olumsuz etkilenebilir ve çalışanların işe odaklanmaları azalacağından dolayı üretkenliklerini düşürebilir. Kuruma güveni yüksek çalışanlar ise kendilerini kurum için değerli hissetmektedir (107). Ayrıca kuruma güven ile yöneticiye güven aynı anlama gelmemekle beraber iki kavram birbiri ile ilişkilidir (20). Yönetici ile çalışan arasındaki ilişkinin başarılı olması için birbirlerine dürüst, şeffaf ve etik davranışlarda bulunmaları çalışanın kuruma güven düzeyini etkilemektedir. Bu nedenle yöneticinin ast-üst ilişkilerinde içten davranması, kolay ulaşılabilir olması ve lider özelliğinin olması kuruma güven açısından önemlidir (107). Kuruma duyulan güven işten ayrılma niyetinde belirleyici bir faktör olduğu belirtilmiştir (20). Hizmet sektöründe yapılan çalışmada

kurumun ve yöneticinin güven sağlayan özellikleri arasında anlamlı ve kuvvetli ilişkiler bulunmuştur (108).

2.5. Güven Modelleri

Bu bölümde; örgütsel güven kuramlarından Luhmann Modeli, Mayer, Davis ve Schoorman modeli, Bromiley ve Cummings'in Güven Modeli, Mishra Güven Modeli, Shokley Zalabak, Ellis Ve Winograd Güven Modeli ve hemşirelik kuramları arasında güvene yer veren Jean Watson'ın insan bakım modeli açıklanmıştır.

2.5.1. Luhmann'ın Güven Kuramı

Luhmann'ın güven modeli; güvenin işlevini ve güvenin oluştuğu sosyal yapının işleyişini incelemektedir (70). Luhmann, güvenin birey ve toplum için temel önemini derinlemesine tanımlayan muhtemelen ilk kişidir (109). Luhmann'ın teorisinin temelinde belirsizlik ve risk faktörleri bulunmaktadır. Belirsizliğin hâkim olduğu ve gittikçe karmaşık bir yapıya dönüşen toplumda güven kavramı, karmaşıklığa karşı bir çözüm olarak görülmüştür (110). Luhman'a göre güven iletişimin bir parçası olarak kabul edilip, bireyler ve sosyal sistemler arasındaki ilişkilere veya etkileşimlere dayanır (111). Bu nedenle güven, sosyal sistemler ve bireyler arasındaki bir etkileşim aracı olarak kuramlaştırılır (78). Luhmann'a göre asgari genel bir güven olmadan bir toplum olmayacağını, hiç güvenmeyen birinin felç olacağını savunmaktadır (109).

Luhmann güveni, sosyal ve kişilerarası güven olmak üzere ikiye ayırmaktadır (78). Luhmann kişilerarası güvenin sistem güveninden farklı olduğunu belirtir (100). Kişisel güven birey ya da gruplara duyulan güvendir. Luhmann, bireyler için güvenin sosyal yaşamda her şeyi bir arada tutan tutkal olduğunu, çünkü bireylerin dünya hakkında nasıl düşündüklerinin karmaşıklığını azalttığını, onlara hareket etme ve karar verme yeteneği sağladığını savunur (78). Ayrıca Luhmann, modern yaşamı karakterize eden fırsatların ve karşılıklı bağımlılıkların güven gerektirdiğini savunur (100).

Sisteme güven, modern toplumların işleyişi için oldukça önemlidir ve en az kişiler arası güven kadar önemlidir (78). Luhmann için sosyal sistemler ve bireyler arasındaki etkileşimler, tek yönlü ve tek boyutlu bir şekilde kavramsallaştırılamaz, ancak çok boyutlu olduğunda daha iyi anlaşılır. Sisteme güven ve kişiler arası güven, birbirleriyle karmaşık bir ilişki içindedir. Birbirlerinin yerine geçebilirler (109). Bu açıdan hemşireye güven, kişisel güvenden çok profesyonel bir güven biçimidir ve hem kurumsal hem de kişisel

güven ile ilgilidir (82). Hemşirelik, sağlık kuruluşlarında değişen sağlık hizmetine yönelik ihtiyaçların karşılanmasında ve örgütsel hedeflerin gerçekleştirilmesinde temel sorumlulukları olan önemli bir meslek grubudur (112).

2.5.2. Mayer, Davis ve Schoorman Modeli

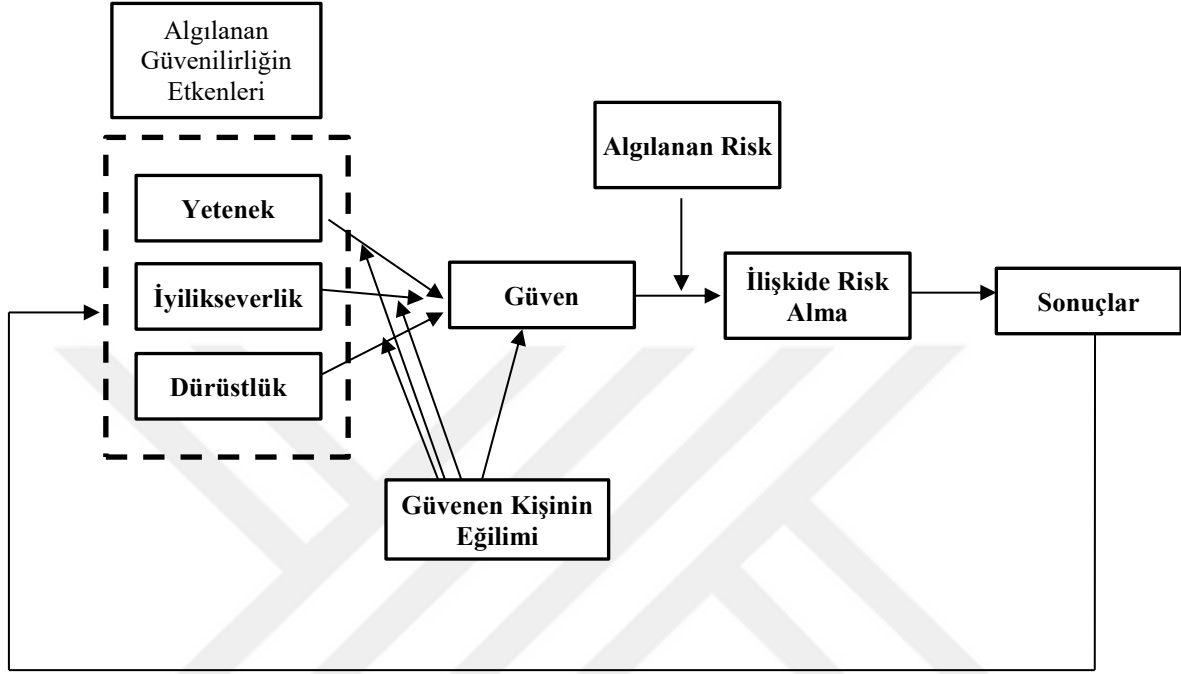
Mayer ve arkadaşları tarafından geliştirilen model, kişilerarası güveni güvenen ve güvenilen tarafların rolü üzerine odaklanmaktadır (56). Mayer ve arkadaşları, karakter özelliklerinin, güvenilirlik algısını etkileyebileceğini söylemektedir. Bu nedenle güvenen ve güvenilen karşılaştığında, güvenilirlik yargıları ortaya çıkmaktadır. Bazı insanların güvenme olasılıklarının diğerlerine göre daha yüksek olabileceği ifade edilmiştir (113).

Mayer ve arkadaşları, güvenin öncülleri olarak tanımlanan ve başkaları üzerinde etki bırakan faktörleri; yetenek, yardımseverlik ve dürüstlük olarak adlandırmaktadır. Modelde, her bir faktörün birbirini nasıl etkilediği yeterince araştırılmamıştır. Orijinal modelde, her bir faktörün kendisi ve diğerlerinden bağımsız olarak nasıl değişikliklerine atıfta bulunulur ve bir faktörün eksikliğinin diğerini etkilemesi mümkündür. Mayer ve arkadaşları güven faktörlerinden yeteneği; bir tarafın belirli bir alan içerisinde etki sahibi olmasını sağlayan beceriler, yetkinlikler ve özellikler grubu olarak tanımlarken, iyilikseverliği/yardımseverliği; ötekine karşı bencil bir güdü olmaksızın, özverili ve sadık hareket eden birine ilişkin algı olarak tanımlamaktadır. Dürüstlüğü; başkalarının geçmiş davranışlarındaki tutarlılık algısı olarak tanımlamaktadır (56, 113). Modelde, söz konusu güven öncüllerinin bir kişide yüksek bir şekilde algılanması, o kişinin güvenilir olarak algılanmasına katkı sağlar (70).

Modelde güvenin arka planında, güvenme eğilimi vardır. Güvenme eğilimi, bireysel bir değişkendir ve başkalarına güvenmek için genel bir istekliliğe dönüşür. Güvenme eğilimi kişiden kişiye değişmekle beraber (113), farklı yaşam deneyimleri, kişilik tipleri, kültürel geçmişler, eğitim ve birçok sosyoekonomik faktörden etkilenmektedir (114).

Modelde, güven risk alma davranışı olarak görülür. Ancak risk alındığında, harekete geçilirse, burada güven sadece bir algı, psikolojik bir tutum olmaktan çıkar ve davranışsal bir boyut kazanır. Almaya istekli olduğumuz risk miktarı, özel duruma, özellikle de bu durum hakkında yaptığımız değerlendirmeye ve diğerine karşı oluşturduğumuz güven düzeyine bağlıdır (113). Mayer ve arkadaşları kişinin algıladığı güvenin alınacak risk

düzeyini etkileyebildiğini belirtmektedir (70). Kazanç ya da kayıp riskinin değerlendirmesinden sonra elde edilen sonuç, başlangıç noktası olarak ifade edilmiştir (113).



Şekil 1. Mayer, Davis ve Schoorman güven modeli (Mayer 'den, 56)

2.5.3. Bromiley ve Cummings'in Güven Modeli

Bromiley ve Cummings güveni; bir bireyin veya grubun, başka bir birey veya grubun açık ya da örtülü olarak iyi niyetli çaba göstereceğine, devam eden görüşmelerde dürüst olacaklarına ve fırsatları olsa bile fırsatçılık yapmayacaklarına dair inanış olarak tanımlamıştır. Güveni, bireysel ve örgütsel güven olarak iki ayırmıştır. Bireysel güven; bireylerin kendi arasındaki ilişki ve davranışlarından beklentileri ifade ederken, örgütsel güven; bireylerin örgütsel ilişki ve davranışlardan beklentilerini ifade etmektedir. Modelin özünde, güvenin kurumlarda ve kurumlar arasında maliyetleri düşürmesini amaçlamıştır (115).

Cummings ve Bromiley, tanımlayıcı güven matrisi geliştirmiştir. Bu modelde güvenin boyutlarını; taahhütlere bağlılık (sözünde durma), dürüstçe pazarlık ve fırsatçılıktan kaçınma olarak tanımlarken, inanç bileşenlerini de duygusal, bilişsel ve amaçlanan davranış unsurları ile eşleştirilmesi esasına dayandırmaktadır (Şekil 2), (115).

Güven Boyutu

İnanç Bileşenleri			
	Duygusal	Bilişsel	Amaçlanan Davranış
Taahhütlere Bağlılık			
Dürüstçe pazarlık			
Fırsatçılıktan kaçınma			

Şekil 2. Cummings ve Bromiley güven matrisi (Cummins'den, 115)

2.5.4. Mishra Güven Modeli

Mishra güven modelinde güven, hem örgütler hem de bireyler için geçerli dört boyutlu bir güven modeli oluşturmuştur ve bu dört boyutun güven algısı oluşturduğunu söylemektedir. Mishra güveni; yetkinlik, açıklık, ilgililik, itimat edilirlilik olmak üzere dört farklı boyutta tanımlamaktadır (66, 116).

Yetkinlik boyutu; yöneticinin örgütün amaçlarını gerçekleştirebilmesi için sahip olması gereken yetenek olarak tanımlanmıştır. Çalışanların yöneticilerin yetkin kararlar alma konusunda onlara ne kadar güvendikleri ile karakterize edilirler. Örgütsel ve örgütler arası düzeylerde, özellikle değişim ilişkileri bağlamında, yetkinlik boyutu tartışılmaktadır (66, 84, 117).

Açıklık boyutu, yöneticiler ve çalışanlar arasında iletişimi gerçekleştirmek için çalışanların uygun dil kullanmasıdır (117). Çalışanların yöneticilere duydukları hayranlığın bir boyutudur. Güven duyulan liderler, beceri kazanmada, takipçileri elde tutmada ve çekmede, değişimi ve yeniliği teşvik etmede daha etkilidir.

İlgililik boyutu, bir tarafın diğer tarafın kendisinden haksız bir şekilde faydalanmayacağına inanmasıdır (66). Burada bireyin kendi çıkarlarıyla birlikte örgüt, yönetici ve çalışma arkadaşlarının çıkarlarının karşılıklı gözetilmesi de söz konusudur (118).

İtimat edilebilirlik boyutu, yöneticiler ve astlar arasındaki güveni davranış tutarlılığı açısından tanımlamış ve çalışma ilişkilerinde güvene ilişkin yargılar, etkileşimlerin, belirli olayların, sorunların ve olayların birikimine dayalı olarak belirli hale gelmesi şeklinde tanımlanmıştır (66). Çalışanların yapılması istenen görevleri yerine getirirken, yöneticilerinin tutarlı ve dürüst olmaları beklentisiyle açıklanmaktadır. Verilen

sözler ile uygulama arasındaki eşleşme, tutarlılık olarak öne çıkar. Mishra'nın güven modelindeki boyutlar birbiri ile ilişkilidir (84, 117).

2.5.5. Shokley Zalabak Ellis ve Winograd'ın Güven Modeli

Bu model, Shockley-Zalabak Ellis ve Winograd'ın Mishra'nın tanımladığı güvenin yetkinlik, açıklık, ilgililik, itimat edilirlilik şeklindeki dört boyutuna özdeşleşme boyutunu eklemesiyle oluşturulmuştur (84). Özdeşleşme boyutu örgüt üyelerinin örgütsel hedefler, değerler, inançlar ve normlarla bütünleşmesi olarak ifade edilmektedir. Örneğin; kişinin amaçları ile örgütün amaçları birbirine yakınsa birbiri ile daha fazla özdeşleşir (118). Örgüt içinde üyeler, birbiri ile ilişkilerini geliştirip örgütün bir parçası olarak özdeşleşme gerçekleştiğinde yüksek düzeyde güvenin oluşması mümkündür (117).

2.5.6. Jean Watson'ın İnsan Bakım Modeli

Güven, hemşireliğin önemli bir yönüdür ve hemşirelik kuram ve araştırmalarının odak noktasını oluşturur. Özellikle Jean Watson, hemşire-hasta ilişkisinde güvenin hayati bir öneme sahip olduğunu belirtmiştir (58). Bu kapsamda Watson'ın teorisine göre hemşirelik, hastanın zihin, beden ve ruh içinde daha yüksek bir uyum derecesine ulaşmasına yardımcı olmaya odaklanır ve bu uyum, kişi ötesi bir bakım ilişkisini içeren bakım işlemleri yoluyla elde edilir (119). Watson için hemşirelik; bilgi, düşünce, değerler, güven ve eylemdir (120).

Watson'ın İnsan Bakım Modeli; iyileştirici faktörler ve iyileştirme süreçleri, kişilerarası bakım ilişkisi, bakım anı, bakım iyileştirme bilinci kavramlarından oluşmaktadır (121, 122). Bunların içerisinde güven kavramına, iyileştirici faktörler ve iyileştirme süreçlerinde yardım-güven ilişkisi başlığında yer verilmektedir. Yardım-güven ilişkisi; yardım etme duygusuyla yapılan doğal, samimi, güvenilir ve sevgi dolu olarak tanımlanan otantik bakım ilişkisini geliştirme ve sürdürmedir. Hemşireler, bireylere bakım verirken geliştirdikleri yardım-güven ilişkisi ile bireylerin/hastaların kendilerini güvende hissetmesini sağlayıp bilgi paylaşımını artırabilirler. Böylece hemşireler bireylere/hastalara ait sağlık problemlerini eksiksiz ve doğru bir şekilde belirleyebilirler. Bilgilerin paylaşılması, bakım sürecinde işbirliği sağlamanın en önemli yollarından biridir. Bu kapsamda bireyi içtenlikle dinleyip anlamaya çalışmak yardım edici-güven ilişkisini geliştirir, bireyin tedaviye uyumunu kolaylaştırabilir ve iyileşme sürecine olumlu etkiler (123). Dolayısıyla Watson'a göre otantik bir yardıma dayalı güven ilişkisinin geliştirilmesi ve sürdürülmesi, insan bakım bilimi için esastır. Bu ilişkiler aracılığıyla bakım gerçekleşir

ve gelişir. Güvene dayalı ilişki saygı, sevgi, ahlaki bağlılık, içsel uyum, otantik mevcudiyet ve özenli bir bilinç gerektirir. Hemşirelik bakımı alan bireyler, savunmasızdır ve günlük olarak işlev görmek için hemşirelerin yardımına ihtiyaç duyabilirler. Güvene dayalı bir ilişkide taraflar kendi çıkarlarının ön planda olduğundan emindir. Bireyler, hemşirelere güvendiğinde, hemşirelerin bakımı ön planda tutacağına emindirler (58).

Özellikle günümüzde artan sağlık bakım teknolojilerinin kullanımı ile hasta ve hemşire ilişkisinin odak noktası yön değiştirmektedir. Bu model, bireyi bakımın merkezine alarak hasta ve hemşire ilişkisinin derinliğini desteklemektedir. Watson, hemşire ve hasta arasında kurulan manevi boyut temelli bu ilişkinin teori ve uygulama arasındaki boşluğu kapatacağına inanmaktadır (124).

2.6. Güven Oluşma Süreci

Güven oluşturmada, yalnızca iletişim becerilerini geliştirmek, daha fazla zaman geçirmek etkili değildir. Çünkü güvenin temelini oluşturan yargılar, genellikle toplum, sosyal statü, cinsiyet, ırk/etnik köken, sosyoekonomik sınıf, cinsel yönelim, fiziksel yetenekler, ulusal köken ve yaş gibi önyargılardan etkilenmektedir (125). Güven her zaman iki kişi arasında gerçekleşmez. Örgütlerde güveni artırmak için bireyler arası, örgüt içi ve örgütler arası güven oluşturulmaya/inşa edilmeye çalışılır (85).

Shapiro, Sheppard ve Cheraskin'de güven oluşumunu zaman içinde gelişen bir süreç olarak tanımlamıştır. Güvenin ardışık şekilde üç farklı aşamada dönüşümsel bir model olarak ortaya çıktığını belirtir. Bu modelde, caydırıcılık temelli güven, bilgi temelli güven ve özdeşleşmeye temelli güven gelişimsel olarak birbirleri ile bağlantılıdır (84). Shapiro ve arkadaşları güvenin ilk aşaması olan caydırıcılık temelli süreçte başladığını ifade eder. Bu süreçte kişi, güvenilen kişi tarafından yaşayabileceği kırgınlık potansiyelini yönetmeyi amaçlar. Bu erken aşamada, kişi yoğun endişe yaşamaktadır ve bundan dolayı diğerine karşı savunmasızlığını korumaktadır. İkinci aşama ise bilgi temelli güven aşamasıdır. Bu aşamada, kişi diğerini tanımaya çalışır ve iletişim kurar. Kişi, diğerinin itibarı, güvenilirliği ve dürüstlüğü hakkında çok şey öğrenir. Eğer caydırıcılık ve bilgi temelli güven aşaması güçlü temellere kurulursa, özdeşleşme temelli güven oluşur. Bu son aşamada, taraflar ortak hedefleri ve değerleri paylaşma, yakın bir yerde konumlanma, ortak ürünler geliştirme gibi faaliyetleri gerçekleştirir. Bu nedenle faaliyetlerin sıklığı ve yoğunluğu arttıkça güven güçlenebilir (126).

Bu kuramın dışında Trojan ve Yonge, evde bakım hemşireleri ve yaşlı bireylerle/müşterilerle yürüttükleri bir çalışmada, güven oluşum/ilişkisini geliştirme sürecini ele almıştır. Çalışma kapsamında evde bakım hemşireleri ve yaşlı bireylerle güven ilişkisini geliştirmek için görüşmeler yapılmıştır. Çalışmada güven oluşum/ilişkisini geliştirme süreci; ilk güvenme, bağlantı kurma, müzakere etme ve yardım etme olmak üzere dört aşamada ele alınmıştır. Güvenin ilk aşaması olan ilk güvenme aşamasında, bu kilit unsurların yokluğunun, az gelişmiş/var olmayan bir güven ilişkisine yol açabileceğı vurgulanmıştır. Güvenin ikinci aşaması olan diğeri tanımayı, iletişim ve değerlendirmeyi kapsayan bağlantı kurma aşamasında, yakınlık, anlayış ve rahatlık şeklinde kilit noktaların oluşturulması sağlanır. Üçüncü aşama olan müzakere aşaması ise kontrol ve hedef belirlemeyi içerir. Burada amaç hedef belirleme sürecinde ne kadar kontrolün alındığını ve bırakıldığını belirlemek için yaşlı birey/müşteri ile birlikte çalışmaktır. Dördüncü ve son aşama ise hemşire, yaşlı bireyin/müşterinin önceki aşamada belirlenen hedeflere ulaşmasına yardımcı olmaktadır (58).

Halldorsdottir ise hasta ile hemşire arasında güvene dayalı bir ilişkinin oluşması için hasta tarafından; hemşirenin ilgili, yetkin ve profesyonel bilgelige sahip olarak algılanması gerektiğini belirtmiştir. Halldorsdottir, ilgili olmayı; hastanın hemşire tarafından önemsendiğini hissetmesi, yetkin olmayı; hemşirelik alanında gerekli becerilere sahip olmasını ve hastalarla bağlantı kurma konusunda başarılı olmasını ve mesleki bilgeliğı ise bilgi ve deneyimin bir kombinasyonu olarak tanımlamıştır. Teoride iki ana metafor vardır: İlki iletişim açıklığını ve hasta hemşire arasında bağlantıyı ifade eden köprüdür. Diğeri metafor ise hastanın hemşireyi ilgisiz olarak algıladığı bir karşılaşma sonucunda iletişimsizliğı ve bağlantı eksikliğini ifade eden duvardır. Halldorsdottir'in teorisine göre köprü kurma altı ana aşamada gerçekleşir. Bu teorinin ilk aşaması, bağlantının başlatılmasıdır. Bağlantı, hemşire-hasta tarafından başlatılabilir. Ancak diğeri kişi bağlantıyı yanıtlamazsa bağlantı gelişmez. Bu aşama hemşire- hasta arasında sözlü ya da sözsüz iletişim ile bağlantıya geçme aşaması olarak ifade edilir. Aşama başarılı olursa ikinci aşamaya geçilir. İkinci aşama; anonimlik maskelerinin kaldırılmasıdır. Burada hasta ve hemşire ile ilgili tüm stereotipler ortadan kaldırılır. Hemşire ve hasta birbirlerini kişi olarak kabul ederek sohbete başlar. Bu aşamanın sonunda hemşire ve hasta arasında bağlantı kurulmuştur. Üçüncü aşamada ise bağlantının kabul edilmesini kapsar. Hemşire, hastaya özel olduğunu hissettirir. Hemşire-hasta arasında iletişimde göz teması, beden dili, sesteki sıcaklık gibi sözlü ve sözsüz ifadeler karşılıklı onaylanarak devam eder. Bir

sonraki aşama olan doğruluk seviyesine ulaşılır. Bu aşama, hastanın kendini hemşireye duygu, düşünce ve hissetikleri ile ilgili gerçeği açıkça ifade edebilecek kadar kendini güvende hissettiği aşamadır. Hemşire hastanın tüm duygularını kabul eder. Hemşire hastaya bir kişi olarak saygı duyar, ismiyle hitap eder ve bir sonraki aşamaya olan dayanışma seviyesine ulaşılır. Bu aşamada aradaki bağ, dayanışma seviyesinde olduğu için hemşireye saygı duyar. Dayanışma seviyesinde, hasta bu konuda yalnız değilim duygusuna sahiptir ve kendini normal bir birey olarak kabul eder. Algılanan yabancılaşıma duygusunun oluşturduğu tehdit sona erdiğinden savunmasızlık hissi hafifler. Son aşamada ise hemşire hastayı daha iyi tanıdığı için hemşire hastayı ve hastanın dünyasını daha iyi anlayabilir. Hemşire hastanın iyilik halinin artması için hastayla ortak çalışarak, hastayı bakıma katar. Hemşire hastanın bağımsızlığını kazandırmak için destekleyici rol alır (127).

2.7. Sağlık Kuruluşlarında Güvenin Önemi

Sosyal sistemler arasında kompleks yapı özelliği taşıyan sağlık sistemi (128), yürütülen işler bakımından çalışanların birbiriyle karşılıklı bağımlılık gösterdiği bölümlerden oluşmaktadır. Dolayısıyla bir işin zamanlama veya yürütülmesinde meydana gelen aksaklık, farklı bölümlerdeki işlerin devamlılığını olumsuz etkileyebilmektedir (129).

Bu nedenle sağlık hizmetlerinde sağlık profesyonellerinin hasta, hasta yakını ve çalışma ekibi ile etkili iletişim kurmaları gerekmektedir (101, 129, 130). Etkili ve verimli iletişim, tıbbi uygulama ve sağlık hizmetlerinin sunumunun bir göstergesidir (5, 131). Sağlık hizmet sunumunun temel taşı olarak güven (86), etkili iletişim kurulması ve yapıcı ilişkilerin oluşmasında önemli bir kavramdır (111, 132).

Güven duygusu, sağlıklı ekip çalışmalarının temelini oluşturmaktadır. Çünkü amaç ve hedeflerin belirlenmesi, taktiklerin oluşturulması, yenilik ve değişimin takip edilmesinin yanı sıra ekiplerin kurulması ve motivasyon çalışmalarını içeren verimlilik artırıcı kurumsal uygulamaların tamamı; baştan sona kurum üyeleri arasında var olduğu düşünülen güven temeline dayandırılmaktadır (104, 133). Dolayısıyla profesyoneller arası işbirliğine etkili katılım için güven gerekmektedir (5).

Güvenin sağlık hizmet sunumundaki önemi gereği, son yıllarda sağlık hizmetlerinde güven konusuna olan ilgi artmış ve konuyla ilgili çok sayıda çalışma yapılmasının önünü açmıştır (78). Bu doğrultuda sağlık kurumlarında güven kavramının kapsadığı konular; tıbbi bilgi ve donanım, teknik yetenek, iletişim yeteneği, mahremiyet,

dürüstlük ve başkalarının haklarına saygılı olmak (68, 101), sadakat, sistem güveni, gizlilik ve adalet (10) şeklinde açıklanmıştır. Bununla birlikte sağlık hizmeti sunumunun merkezinde hasta/sağlayıcı etkileşimi vardır. Sağlık hizmetinin etkili bir şekilde sunulması, yalnızca bakım sağlanmasını değil, aynı zamanda hizmetlerin hasta tarafından kabul edilmesini ve kullanılmasını da gerektirir. Hasta, etkili tıbbi tedavide ve sağlık sorunlarını önlemek ve sağlıklı davranışı teşvik etmek için gerekli davranış değişikliğinde kritik bir rol oynar. Aynı zamanda etkileşimlerinin kalitesini yükseltir (134). Hastalar açısından bakıldığında, hastaların kişisel bilgilerini paylaşması, test yaptırması, tedaviye izin vermesi gibi durumlarda sağlık profesyoneline güvenmesi gerekmektedir. Sağlık profesyonellerine duyulan güven, hastanın tedavi arama ve sağlık hizmetlerinden yararlanma isteğini artırdığı gibi (135), hastaya tedaviyi kabul etme ve sürdürme (68), bu süreçte uyumlu ve işbirlikçi davranma (2, 9, 136) ya da tedaviye uyumunu sağlama ve tedavileri hakkında karar vermede daha fazla özerklik tanıma imkanı da verir (78, 129) Bu durum, daha kaliteli sağlık hizmet sunumunu destekler ve hasta merkezli bakımın sunumunu kolaylaştırır. Ayrıca sağlık profesyonellerine güvenin, kronik hastalık yönetiminde, koruyucu sağlık hizmetlerin kullanımının artmasında, hasta memnuniyetinde (2), hastanın kendini güvende hissetmesinde (136), hastaların sağlık sistemine olan güvensizliğini azaltmada (9) etkili olduğu görülmüştür. Sağlık hizmetlerinde hasta güvensizliği ise bakım almanın veya kabul etmenin önünde bir engeldir ve alınan sağlık hizmetinin kalitesini olumsuz etkilemektedir (9, 137). Dolayısıyla güven oluşumunda, hastalar ve sağlık profesyonelleri (yani hemşireler, hekimler veya diğer yardımcı sağlık personeli) arasında etkili iletişim kurulması önemlidir (57, 138). Çünkü sağlık hizmetlerinin sunumu, hasta ve tedavi sağlayıcılar ile hasta ve sağlık sistemi temsilcileri arasındaki işbirliğini gerektirir (134).

Sağlık kurumlarında hizmet sunucuları ile alıcıları arasında olduğu gibi sağlık çalışanlarının kendi aralarında da eşgüdüm, iş birliği ve etkin iletişim içinde çalışması, görüş alışverişinde bulunup hızlı karar vererek hareket etmesi gerekir (129). Ancak sağlık kurumlarında/sistemlerinde stres ve yorgunluğa maruziyet fazla olduğundan çalışanlar arasında çatışma yaşanabilir, ilişki ve davranış sorunları görülebilir (134). Bu açıklamaları destekler şekilde, Erzurum’da sağlık çalışanları ile yapılan nitel görüşmede, hemşirelerin sağlık hizmeti verirken hekimlerle, kurum içi ve kurum dışı ekip içi iletişimde astları ve üstleriyle iletişim sorunları yaşadığı tespit edilmiştir (15). Bu açıdan sağlık kurumlarında, meslektaşlar arası güven önemsenmektedir.

Meslektaşlar arası güven, meslektaşların eylemleri hakkında olumlu beklentiler yaratır (56). Bu durum ekipler arası bilgi paylaşım risklerini azaltırken, işbirliği ile birlikte meslektaşlarla uzmanlık, beceri ve deneyim paylaşım isteğini artırır (103). Özetle sağlık hizmetinde güven ilişkileri, önemli bir yere sahiptir (45, 75). Sağlık hizmeti sunumunda güven, daha iyi hasta bakımı ve hasta memnuniyeti için bir araçtır (131) ve hastalara yönelik tutum ve uygulamaları şekillendirebilmektedir (139). Bu görüşü destekler şekilde yapılan bir metaanaliz çalışmada, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına daha fazla güven duyduklarında, tedaviden daha memnun oldukları ve daha yüksek kalitede bakım ve daha az semptom bildirdikleri saptanmıştır (140). Bununla birlikte sadece hastalık durumunda değil, sağlık sistemlerinin toplumun yararına işlemesi için de güven, sağlık hizmetlerinde gereklidir (134). Diğer bir ifadeyle sağlık sisteminin temsilcilerine duyulan güven, sağlık hizmeti deneyimini olumlu etkilemektedir. Bir toplumdaki tüm nüfusun sağlık sistemi/temsilcileri ile etkileşimi, kişiler arası ve kişisel olmayan güven, artan örgütsel performansla pozitif olarak ilişkilidir (10).

2.8. Hemşirelikte Güvenin Önemi

Sağlık ekibinin ortak hedefi, bireylere daha kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır. Bu açıdan her bir sağlık profesyoneli, kendi görevlerini yerine getirip bilgi ve deneyimlerini paylaşarak ortak kararlar alır (128). Bu durum sağlık alanında nitelikli hizmetin sunulabilmesi, uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin varlığı ve bu profesyonellerin birbirleri ile iletişim içinde olması ile mümkündür. Diğer bir deyişle iyi bir sağlık hizmeti, bu hizmeti sunan sağlık çalışanlarının profesyonel tutumlarına ve iletişim yeteneklerine ve birbiriyle iyi iletişim kurmalarına bağlıdır. Ancak ekip iletişiminin yetersizliği, tanı ve tedavi işlemlerinde gecikmeye, karışıklığa, tıbbi uygulamalarda hatalara ve hizmet kalitesinde azalmaya neden olabilmektedir (15). Sağlık çalışanlarının beklenen kalite ve verimde hizmet vermesi için çalışanların birbirine güven duyması gerekmektedir (4). Güven, sağlıklı bir örgüt kültürünün temelinde yer alır. Etkili ilişkiler sürdürmek, ortak bir vizyonda birleşmek, amaç ve hedeflere ulaşmak esastır (141). Bu açıdan özellikle hemşireler, rollerinin gereği hem hastalarla hem de diğer ekip üyeleriyle etkileşime giren ve diğer sağlık profesyonellerine göre hastalarla daha fazla zaman geçiren bir grup olduğu için multidisipliner hizmet sunumunun merkezinde yer almaktadır (4). Peter ve Morgan da güvenin hemşirelerin meslektaşları ve diğer sağlık profesyonelleri ile olan ilişkilerinde önemli bir özellik olduğunu ileri sürmektedir (11). Çünkü güven çalışanlar arasında

işbirliğini kolaylaştırarak ve istikrarı artırarak (14) karşılaşılabilecek sorunların azalmasında ve performansın artmasında etkili olmaktadır (15). Dolayısıyla güven oluşturmak, tüm kişilerarası ilişkilerin temelidir ve hemşirelikte terapötik ilişkiler geliştirirken hayati önem taşımaktadır (7). Diğer bir ifadeyle hemşirelerin hastalara sunduğu bakım sonuçları üzerinde olumlu etkiye sahiptir (2, 45, 74, 137, 142, 143).

Hemşireler, değişen sağlık hizmeti ihtiyaçlarının karşılanmasında ve örgütsel hedeflerin gerçekleştirilmesinde temel sorumlulukları olan önemli bir meslek grubudur (112). Bu sorumluluklar gereği hemşireler, meslek içi ve meslekler arası ekiplerde yer almaktadırlar (1). Bununla birlikte meslekler arası ekip çalışması, sağlık çalışanları ve hastalar arasında iyi bir işbirliğini, sağlık ekibi içinde koordinasyonu ve zaman içinde ekip çalışmasının gelişimini gerektirmektedir. Ekiplerin hizmetlerinde başarıya ulaşmasında, daha önceden de belirtildiği gibi ekibin birbirine olan güveni önemlidir (142). Bununla birlikte günümüzde toplumun artan eğitim seviyesi, görsel, sözlü ve yazılı basının/medyanın yanı sıra internetin yaygın kullanımı, sağlık profesyonellerine olan güveni azaltmaktadır (144). Bu açıdan hemşirelik gibi bakım veren mesleklerde güven gittikçe daha fazla önem kazanmaya başlamıştır (145). Hemşireye güven, hem kişisel hem de kurumsal güven ile ilgilidir, ancak hemşireliğe güven kişisel güvenden çok mesleki bir güven biçimidir (82). Bununla birlikte hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri hastaların güvenini etkilemektedir (31, 57). Bu kapsamda hastaların hemşirelere güvenmesini sağlayan mesleki özellikler; hemşirelerin hastaların hastalık ve tedavi bilgileri hakkında bilgi sahibi olması (57, 146), ilişki kurma ve geliştirmeye yönelik iletişim ve etkileşim şekli (136, 137, 146, 147) bakıma yeterli zaman ayırması, ihtiyaç duyduğunda ulaşılabilir olması (57, 147) bakımın sürekliliğini sağlaması ve bilgilerin gizliliğini koruması (146), hassas durumlarda hastaların desteklemesi, krize müdahale ve bakım verirken hastalara güvenli bir ortam sağlaması (57) şeklinde tanımlanmıştır. Evde sağlık hizmetlerinde yapılan bir çalışmada ise hemşire hasta ilişkisindeki güvenin öncülleri; ilk ziyareti, bir ihtiyacı karşılama, saygı, zamana dikkat ve bakımın sürekliliği olarak belirtilmiştir (136). Hemşirelerin kişisel özellikleri ise hasta ile bakım ilişkilerinde sadakat, samimiyet, sevgi, özen, şefkat, empati, dürüstlük, güvenilirlik, sabır, dinleme, kültürel farkındalık ve duyarlılık, saygı, hassasiyet ve davranışlarında tutarlılık şeklinde özetlenmiştir (57, 137, 146). Ayrıca hastalara göre bu özellikler; mükemmel bakım, profesyonel bilgi, süreklilik, dikkat, koordinasyon, ortaklık, bireyselleştirme, uyum ve bakım ile karakterize edilmiştir (48). Bununla birlikte hastaların hemşirelere güvenmemesinin/güvensizlik duymasının

nedenleri; kötü muamele, mesleki yetersizlik ve iletişim sorunu olmak üzere üç başlıkta açıklanmıştır. Kötü muamele kapsamında, kızgınlık, incitme, ilgi ve saygı göstermeme, kötü muamele, gergin olma ve hastaları azarlama gibi davranışlar güvensizlik nedeni olarak gösterilirken, mesleki yetersizlik kapsamında görevlerini düzgün yapmamak, zamanında yapmamak, çağrıldığında gelmemek, beceriksiz/profesyonel donanıma sahip olmamak, ihtiyaçlara (acılara) duyarsız olmak ve umursamaz olmak güvensizlik nedeni olarak gösterilmiştir. İletişim problemi açısından ise ulaşılmaz olmak, yalan söylemek ve samimi yetsiz olmak güvensizlik nedenidir (57). Leslie and Lonneman, güvene dayalı bir ilişkinin önündeki engelleri; saygı eksikliği ve yetersiz ve/veya etik olmayan özen şeklinde açıklamıştır (136). Bu güvensizlik nedenlerine rağmen hemşirelerin güven oluşturma da başarılı oldukları söylenebilir. Çünkü ABD’de Gallup şirketinin halka yönelik yaptığı çalışmada, 20 yıl boyunca her yıl tekrarlanan telefon görüşmeleri sonucunda, 2021 yılı da dahil olmak üzere tüm meslek grupları içerisinde halkın en güvendiği meslek grupları içerisinde hemşireler ilk sırada belirlenmiştir. Diğer ifadeyle halkın hemşirelere kendilerinin ve sevdiklerinin hayatları konusunda güvendikleri anket sonucu olarak bulunmuştur (148).

2.9. 360 Derece Değerlendirme

360 Derece Geri Bildirim, 360 Derece Performans Geri Bildirimi, Çok Kaynaklı Performans Değerlendirme gibi isimlerle adlandırılan bu yöntem yeni ve popüler bir performans değerlendirme sistemidir. Üstün astı değerlendirdiği klasik yönetimin yerine 360 derece değerlendirme yöntemi tercih edilmektedir (149). 360 derece değerlendirme, bir bireyin performansının kendisiyle yakından ilişkili olan ve yaptığı iş hakkında bilgi sahibi olan birden fazla kişi tarafından değerlendirildiği çok kaynaklı değerlendirme sürecidir (150). Değerlendirme yapan kişiler; çalışanın yöneticisi, çalışma arkadaşları, müşterileri, astı, kendisi, akranları, kıdemlileri, öğretmenleri, hemşireleri, lisans öğrencileri ve hastalar/hasta yakınları vb. olabilir (149, 150). 360 derece değerlendirme sistemi ile çalışanı farklı perspektiflerden değerlendirme olanağı sağlamaktadır (149). Bu yöntem, çalışanların iş yerindeki temel yetkinliklerini geliştirmeye yardımcı olan stratejik bir insan yönetimi aracıdır (151).

Literatür incelendiğinde, güven ile ilişkili olmasa da 360 derece geri bildirim yöntemi ile cerrahların açıklık, vicdanlılık, dışadönüklük, uyumluluk ve duygusal istikrar gibi teknik olmayan becerilerinin yöneticiler, meslektaşlar, hemşireler, teknisyenler ve

stajyerler tarafından değerlendirildiği görülmüştür. Çalışmada, cerrahlar duygusal açıdan istikrarlı olduğunda, hastaların genel memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (152). 360 derecelik değerlendirme kapsamında yine asistan hekimlerin kişisel özelliklerine ilişkin yetkinliklerinin hekim, hemşire, meslektaş, hasta ailesi ve lisans öğrencisi tarafından değerlendirildiği bir çalışmada, yapılan değerlendirme/geri bildirimler asistanların profesyonel olmak için tutum ve iletişim becerilerini geliştirmede etkili olmuştur (150). Cerrahi asistanların profesyonelliğini değerlendirmek amacıyla yürütülen bir diğer çalışmada, yine 360 derecelik değerlendirme yapılarak öğretim üyeleri ve hemşireler, ameliyathane personeli ve tıbbi asistanların yanı sıra diğer cerrahi asistanları, stajyerler ve hastalar değerlendirme yapmışlardır. Çalışmada, bu gruplar tarafından yapılan değerlendirme sonuçları arasında güçlü bir uyum olduğu belirlenmiştir. Ayrıca asistanların testin tamamında iyi performans göstererek vicdanlı oldukları ve tıp profesyoneli olmayı öğrendikleri belirlenmiştir (153).

Bu araştırma sonuçlarından da anlaşıldığı şekilde 360 derecelik değerlendirme olarak bilinen çok kaynaklı değerlendirme yöntemi, iletişim ve kişiler arası becerilerin geliştirilmesinde ve profesyonelliğin değerlendirilmesi yararlı olabilir (154). Ayrıca bu değerlendirme yönteminde, tek bir değerlendircinin değerlendirme hataları ortadan kaldırılıp (154) değerlendirmedeki yanlılık önlenebilmektedir (153). Aynı zamanda değerlendirilecek olan kişinin/kişilerin güçlü ve zayıf yönleri ortaya çıkarılarak geliştirilmesi sağlanabilir (150).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Hemşirelerin, hekimlerin, diğer sağlık çalışanlarının, sağlık dışı çalışanların ve hastaların hemşirelere olan güven düzeylerini saptamayı sağlayacak bir ölçme aracı geliştirmek amacı ile yapılan metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın yüzey geçerliliği, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi, test tekrar test analizi ve diğer güvenirlik analizleri Trabzon ili merkezinde bulunan bir üniversite ve il sağlık müdürlüğüne bağlı iki kamu hastanesinde 15 Aralık 2020-30 Haziran 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmanın yapıldığı hastanelerin tanıtıcı özellikleri

Hastaneler	FH	YSKH	FDH
	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kamu Özel Dal Hastanesi	Kamu Hastanesi
Yatak sayısı	800	200	235
Hemşire sayısı	673	127	232
Hekim sayısı	700	36	99
Diğer Sağlık Personeli	480	103	200
Sağlık Dışı Personel	600	200	365

FH: Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi, YSKHRH: Yavuz Selim Kemik Hastalıkları ve Rehabilitasyon Hastanesi, FDH: Fatih Devlet Hastanesi

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Trabzon il merkezinde bulunan toplam 5 hastaneden araştırmanın yapılmasına izin veren bir üniversite hastanesi, Sağlık Bakanlığı'na bağlı iki kamu hastanesinde çalışan toplam 1032 hemşire, 835 hekim, 783 diğer sağlık çalışanı (acil tıp tekniker/teknisyeni, ebe, sağlık memuru, eczacı, eczacı teknikeri, fizyoterapist, fizyoterapi teknikeri, diyetisyen, odyolog, radyoloji teknikeri, anestezi teknisyeni/teknikeri, ameliyathane teknikeri, hemşire yardımcısı, ebe yardımcısı, sağlık bakım teknisyeni vs.) 1165 sağlık dışı çalışan (biyolog, sürekli işçi, temizlik görevlisi, güvenlik, memur, kimyager, idareci, bilgisayar teknisyeni vs.) ve 1235 yatan hasta/gün oluşturmaktadır (Tablo 1).

Açıklayıcı faktör analizi için örnekleme; Trabzon'da bir üniversite hastanesinde çalışan 150 hemşire, 150 hekim, 150 diğer sağlık çalışanı, 150 sağlık dışı çalışan ve 150 yatan hasta olmak üzere araştırmaya kabul edilme kriterlerine uyan toplam 750 personel ve hasta oluşturmaktadır. Doğrulayıcı faktör analiz için ise örnekleme; Trabzon il merkezinde bulunan iki kamu hastanesinde çalışan 120 hemşire, 66 hekim, 71 diğer sağlık çalışanı, 73 sağlık dışı çalışan ve 72 yatan hasta olmak üzere araştırmaya kabul edilme kriterlerine uyan toplam 399 personel/hasta oluşturmaktadır. Faktör analizlerinde yeterli örneklem büyüklüğü için 50= çok zayıf, 100= zayıf, 200= orta, 300= iyi, 500= çok iyi ve 1000= mükemmel olarak kabul edilmektedir (155). Ayrıca örneklem büyüklüğü, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri üzerinden değerlendirilebilmektedir. KMO değeri 0.70-0.80 arası ise orta, 0.80-0.90 arası ise iyi, 0.90 üzerinde ise örneklem mükemmel olarak kabul edilmektedir. Çalışmada AFA için 750 kişiden oluşan örneklemin KMO değerinin 0.979 olması ve yine DFA için 399 olan örneklemin KMO değerinin 0.975 olması, örneklemelerin yeterli olduğunu göstermektedir.

Test-tekrar test analizinin örnekleminde ise Trabzon il merkezindeki hastanelerde çalışan, ayrıca açıklayıcı ile doğrulayıcı faktör analizinin örnekleminde yer almayan 51 kişi (hemşire= 11, hekim= 10, sağlık personeli= 12 sağlık dışı personel= 10 yatan hasta= 8) oluşturmuştur. Test tekrar test analizinin gerçekleşmesi için en az 30 kişilik örneklem gereklidir. Ancak uygulama aşamasında, geri dönüşlerin yeterli olmaması/eşleştirmede yaşanacak sorunlar nedeniyle bu testin 30'dan daha fazla kişi ile yürütülmesi önerilmektedir (156).

3.4. Araştırmaya Kabul ve Kabul Edilmeme Ölçütleri

Araştırmaya kabul edilme ölçütleri: çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, klinik/birimlerde birebir hemşire ile çalışmak ya da hemşireden hizmet almaktır.

Araştırmaya kabul edilmeme ölçütleri: Çalışma için veri toplandığı süreçte izinli veya raporlu olmaktır. Ayrıca hastalar için 18 yaşından küçük olmak, bilinci kapalı olmak, yoğun bakım ve acil servis ünitelerinde yatan veya ankete cevap veremeyecek durumda olmaktır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formları ve taslak Hemşire Güven Ölçeğidir.

Kişisel Bilgi Formları (Ek 1)

Sağlık kurum çalışanları ve hastalar için araştırmacı tarafından iki ayrı form olarak hazırlanmıştır. Çalışanlara ilişkin form; sağlık çalışanları ve sağlık dışı personelin yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, çalışılan hastane ve servisi/birimi, mesleği, pozisyonu, mesleki deneyim süresi, hastanedeki ve birimdeki deneyim yılı ve hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili 12 sorudan oluşmaktadır. Hastalara ilişkin form ise hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumu, yattığı hastane ve servis/birim, mesleği, daha önce hastanede yatıp yatmadığı ve kaç kez yatış yaptığı, hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili 10 sorudan oluşmaktadır.

Taslak Hemşirelere Güven Ölçeği (HGÖ)

Taslak HGÖ'ü sağlık kurumlarında çalışan hekim, hemşire, diğer sağlık personeli, sağlık dışı personelin ve hastaların değerlendirmesi ile hemşire güven düzeyini belirlemek için araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (4, 10, 17, 44, 57, 60, 61, 68, 157-162) yararlanılarak oluşturulmuştur. Taslak hemşirelere güven ölçeği; bilgi, beceri, davranış, etik, kişiler arası ilişki olmak üzere 5 alt başlıkta ve olumlu 176 madde olacak şekilde hazırlanmıştır. Ölçeğin puanlaması; beşli Likert tipinde 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum şeklinde puanlanan bir ölçektir.

3.6. Veri Toplama Süreci

HGÖ'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının 360 derecelik değerlendirme ile hem hastaların hem de sağlık kurumu çalışanlarının görüşleri doğrultusunda yapılabilmesi için ilk olarak kurum izinleri ve etik kurul onayı alınmıştır. Sonrasında araştırmacılar tarafından, çalışmaya dahil edilen katılımcılara hemşirelere güven konusunda ve çalışmanın amacı ile ilgili açıklama yapılmıştır. Ardından katılımcıların gönüllü onamları alınıp Kişisel Bilgi Formu ve Taslak HGÖ, aynı gün içinde dağıtılıp toplanacak şekilde 01 Nisan 2020-30 Haziran 2022 tarihleri arasında elden toplanmıştır (Tablo 2). Anketi kendisi dolduran hemşire, hekim, diğer sağlık çalışanları ve diğer hastane personeli ve hastaların veri toplama aracını/ ölçeği yanıtlama süresi yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Çalışmaya katılan hastane çalışanları ve hastaların bir kısmı anketi kendileri doldururken bazı hastaların ise (okumak istemeyen, okuma- yazma bilmeyenler/yavaş okuyanlar ve görme problemi yaşayanlar) araştırmacı tarafından okunarak hastaların cevapları doğrultusunda doldurulmuştur. Elde edilen veriler, araştırmacılar tarafından istatistiksel analiz

programlarına 17 Kasım 2021-15 Temmuz 2022 tarihler arasında girilmiş, veri hatası olup olmadığı kontrol edilip bir istatistik uzmanı ile işbirliği içinde 26 Mayıs 2022-26 Ağustos 2022 analiz edilmiştir.

Tablo 2. HGÖ'nin geliştirme aşamaları ve veri toplama süreci

Tarih	Ölçek Geliştirme ve Veri toplama Süreci
15.01.2020-30.06.2022	Birinci Aşama - HGÖ'nin Geçerliliğin Sağlanması
15..01.2020-02.03.2020	Literatür doğrultusunda taslak HGÖ'nin maddeleri oluşturuldu.
15.11.2020-15.03.2021	- HGÖ'nün yüzey ve kapsam geçerliliğinin sağlanması - Akran değerlendirmesi yapıldı ve uzman kişilerin görüşleri alındı. - Lawshe Tekniği ile, Hemşirelik ve Sosyoloji alanında 14 uzmanın görüşü alınıp HGÖ'nin yüzey geçerliği ile eş zamanlı kapsam geçerliliği yapıldı. - Bir Türk Dili uzmanının görüşü alındı. - Pilot çalışma için 30 katılımcıdan (beş gruptan 6'şar katılımcı) veri toplandı.
04.10.2021-30.10.2021	HGÖ'nin yapı geçerliği için ilk AFA için veri toplandı.
1.04.2022-30.06.2022	AFA sonrası HGÖ'nin yapısını doğrulamak için DFA verisi toplandı.
30.06.2021-26.11.2022	İkinci Aşama- HGÖ'nin Güvenirliğinin Sağlanması
30.06.2021-27.08.2022	Güvenirlik analizleri yapıldı.
26.05.2022	HGÖ'ne 30 madde ile son şekli verildi.
27.05.2022-30.06.2022	Test tekrar test için veri toplandı.
30.06.2022-27.08.2022	Üçüncü Aşama- Demografik özellikler ve HGÖ Puanlarının Belirlenmesi
26.05.2022-26.08.2022	- AFA ve DFA örnekleminde katılımcıların demografik özellikleri değerlendirildi. - AFA ve DFA örnekleminde katılımcıların demografik özelliklerine göre HGÖ puanları değerlendirildi.
31.05.2021-24.12.2022	Dördüncü Aşama- Bulgular doğrultusunda çalışma sonuçlarının raporlandırılması

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi

Araştırmada, DFA analizi AMOS 21 programı ile diğer analizler ise SPSS for Windows 22.0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmadaki verilerin analizlerinin dağılımı Tablo 3'de sunulmuştur.

Tablo 3. HGÖ'nin geliştirilmesinde kullanılan testler ve yöntemler

Analiz Türleri	Kullanılan Testler ve Yöntemler
Yüzey Geçerliği	Madde Havuzunun Oluşturulması Akran Değerlendirmesi Uzman Görüş Alınması Pilot Uygulama
Kapsam Geçerliği (Lawshe Tekniği)	Yüzdelik Dağılımı Ortalama Testleri Kapsam Geçerlik Oranları (KGO) ve Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ)
Normal Dağılım	Kurtosis ve Skewness değerleri
Yapı Geçerliği	Açıklayıcı Faktör Analizi kapsamında (AFA) - Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) - Barlett Testi - Anti-İmaj Korelasyon Testi - Temel Bileşenler Analizi - Promax Döndürme Testi - Yamaç Grafiği/Scree Plot Grafiği - Ortalama ve Standart Sapma Doğrulayıcı Faktör Analizi kapsamında (DFA) - Kaiser-Meyer-Olkin Testi (KMO) - Barlett Testi - Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (X^2/Sd) - Uyum İndeksi (GFI) - Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI) - Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA) - Fazlalık Uyum İndeksi (IFI) - Tucker-Lewis İndeksi (TLI) - Normlaştırılması Uyum İndeksi (NFI) - Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC) - Ortalama Açıklanan Varyans (AVE) - Yapı Güvenirliği (CR)
Madde Ayırt Edicilik	% 27 'lik Alt ve Üst Çeyreklik için Bağımlı Gruplarda t-testi
Güvenirlik	Cronbach Alpha Güvenirlik Katsayısı Yarıya Bölme Yöntemi (Spearman-Brown ve Guttman Split-Half Analizi) Madde-Toplam Madde Korelasyon Analizi
Zamana Karşı Tutarlılık	Test-Tekrar Test Yöntemi için - Bağımlı Gruplarda t-testi - Pearson Korelasyon Analizi
Hemşirelerin demografik özelliklerine göre HGÖ puanlarını değerlendirme	Sıklık ve Yüzde, Ortalama Kurtosis ve Skewness değerleri t testi/ANOVA Pearson Korelasyon testi Lineer Regresyon testi

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı, Trabzon il merkezindeki bir üniversitede ve İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı iki kamu hastanesinde çalışan hemşire, hekim, diğer sağlık çalışanı, sağlık dışı çalışan ve yatan hastaların görüşleriyle yürütülmesidir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Farabi Hastanesinden ve Trabzon İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 2 kamu hastanesinden izin alınmıştır (Ek 2) Bununla birlikte 06.11.2020 tarihinde 24237859-701 sayı ile KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan araştırmanın yapılabilceğı yönünde onay alınmıştır (Ek 3). Ayrıca veri toplama öncesinde çalışanlardan ve hastalardan araştırmaya katılımda gönüllülüğünü gözetmek için katılımcılardan gönüllü onam alınmıştır (Ek 4).

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; hemşire güven ölçeğinin geçerlik, güvenirlik bulguları, katılımcıların demografik özellikleri ve HGÖ'ne ilişkin bulgular şeklinde üç alt başlıkta sunulmuştur.

4.1. Hemşire Güven Ölçeğinin Geçerlik Bulguları

HGÖ'nin geçerlik bulguları sırasıyla yüzey geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği başlıkları altında ele alınmıştır.

4.1.1. Yüzey Geçerliği

Çalışmada, HGÖ'nin yüzey geçerliği; madde havuzunun oluşturulması, akran ile uzman görüşü alınıp yüzey geçerliğinin sağlanması ve pilot uygulama olmak üzere dört aşamada gerçekleştirilmiştir.

4.1.1.1. Madde Havuzunun Oluşturulması

HGÖ'nin maddelerinin oluşturulması için ilk olarak araştırmacılar tarafından literatürde hemşire, hemşire-hasta ilişkisi, güven, kişilerarası ilişki, meslekler arası ilişki anahtar kelimeleri ile tarama yapmıştır. Tarama sonucunda elde edilen (4, 10, 17, 44, 57, 60, 61, 68, 157-162) yararlanılarak ölçek madde havuzu oluşturulmuştur. Ardından ulusal ve uluslararası güven ile ilgili alandaki çalışmalar ve geliştirilen ölçekler incelenmiştir. Sonrasında hemşirelere güven ölçeği; bilgi, beceri, davranış, etik, kişilerarası ilişki olmak üzere 5 başlıkta ve 176 olumlu madde içerecek şekilde oluşturulmuştur. Ölçeğin puanlaması, 1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen Katılıyorum şeklinde Beşli Likert tipinde düzenlenmiştir. Toplamda 176 madde olarak şekillenen taslak ölçeğin maddelerin oluşturulmasından sonra akran değerlendirilmesine geçilmiştir.

4.1.1.2. Akran Değerlendirmesi

Taslak Hemşire Güven Ölçeğinin akran değerlendirilmesinde, araştırmacıların yakın çevresinde bulunan en az 1 yıl hemşirelerle çalışmış; 3 hekim, 4 hemşire, 2 diğer sağlık çalışanı, 3 sağlık dışı çalışan ve 3 yatan hasta ile yüz yüze görüşülmüştür. Toplam 15 kişi ile yapılan görüşmelerin değerlendirmesi sonucunda, anlaşılmayan, aynı anlama gelen, çalışma grubunun ortak cevaplayamayacağı 30 madde ölçek çıkarılmıştır. Böylece ölçek 146 maddeye düşürülmüştür.

4.1.1.3. Uzman Görüşüyle Değerlendirilmesi:

Akran değerlendirmesinin ardından HGÖ'nin yüzey geçerliliğini sağlamak için kapsam geçerliliği ile eş zamanlı olarak aynı uzmanların görüşlerine başvurulmuştur. Bu görüşler doğrultusunda, ölçekte yer alan 10 maddede anlam değişikliği yapılmadan yazım ve noktalama düzeltmeleri yapılmıştır.

4.1.1.4. Pilot Uygulama

Çalışmada, HGÖ'nin katılımcıların eğitim düzeylerine, kültürel yapılarına ve yetenek düzeylerine uygun olup olmadığı incelemek için pilot çalışma yapılmıştır. Bu uygulama; 6 hekim, 6 hemşire, 6 diğer sağlık çalışanı, 6 sağlık dışı çalışan ve 6 yatan hasta olmak üzere toplamda 30 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Çünkü pilot uygulamaların en az 30 kişilik örnekleme gerçekleştirilmesi gerektiği açıklanmaktadır (163). Bu doğrultuda taslak ölçek, 30 katılımcıyı içeren grup tarafından yüzey geçerliliği yönünden değerlendirmiş ve 3 maddede anlaşılabilirlik yönünden düzeltme yapılması gerektiği belirlenmiştir. Sonuç olarak 63 maddeden oluşan taslak hemşire güven ölçeğinin, yüzey geçerliliği sağlanmış ve pilot çalışmanın 30 kişilik örnekleminde Cronbach Alpha değeri 0.984 olarak bulunmuştur.

4.1.2. Kapsam Geçerliliği

Çalışmada, HGÖ'nin maddelerinin kuramsal yapıya uygun olup olmadığının saptanması için kapsam geçerliliği yapılmıştır. 146 maddelik taslak ölçeğin maddelerinin konuya uygunluğunu ve konuyu ölçme düzeyini değerlendirmek için uzman görüşüne başvurulmuştur. Bu doğrultuda kapsam geçerliliği, yüzey geçerliliği ile eş zamanlı yürütülmüştür. Uzman görüşü değerlendirmesinde Lawshe tekniği kullanılmıştır. Bu doğrultuda taslak HGÖ'yi, hemşirelikte yönetim, hemşirelik esasları, sosyoloji ve sağlık yönetimi alanında uzman toplam 27 kişiye gönderilmiştir. Bu uzmanlardan hemşirelikte yönetim alanından 11, hemşirelik esasları alanından 2, hemşirelikte öğretim alanından 1 ve sosyoloji alanından 1 olmak üzere toplamda 15 uzman geri dönüş yapmış, ancak bir uzmanın ölçek maddelerini eksik değerlendirmesi neden ile kapsam geçerlilik çalışması 14 kişi ile tamamlanmıştır. Uzmanlar ölçek maddelerini; madde gereklidir ve madde havuzunda kalmalıdır, madde yararlı ancak yeterli değildir ve madde gerekli değildir şeklinde değerlendirmişlerdir. Uzmanların her bir maddeye ilişkin değerlendirmeleri sonucunda, HGÖ'nin kapsam geçerlik oranları (KGO) bulunmuştur. 146 maddelik ölçekten, KGO değeri 0.51'in altında olan 83 madde çıkarılmıştır (164). Kapsam geçerlik sonrası 63 madde ile şekillenen HGÖ'nin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) 0.75(>0.67)

olarak belirlenmiştir (165) (Tablo 4). Ayrıca 63 maddeye düşen taslak ölçek, maddelerinin dil bilgisi ve anlaşılabilirliği yönünden bir Türk Dili ve Edebiyatı uzmanına sunulmuş ve bu uzmanın görüşleri doğrultusunda 6 madde anlaşılabilirlik yönünden iyileştirilmiştir.

Tablo 4. Kapsam geçerliği sonrası taslak hemşire güven ölçeği

Alt boyutlar	Madde Sayısı	Yanıtlanma Şekli
Bilgi	11 madde	1= Kesinlikle Katılmıyorum
Beceri	16 madde	2= Katılmıyorum
Davranış	8 madde	3= Kararsızım
Etik	18 madde	4= Katılıyorum
Kişilerarası İlişki	10 madde	5= Tamamen Katılıyorum
Genel toplam	63 madde	

4.1.3. Yapı Geçerliği

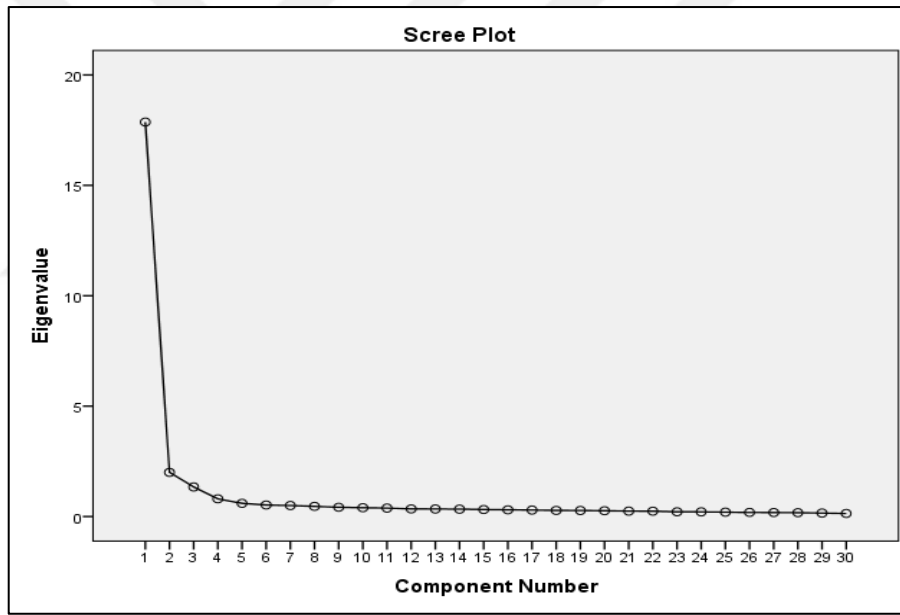
Çalışmada, yapı geçerliği HGÖ'nin güven kavramını doğru ölçüp ölçmediğini ve boyutlarını/yapısını belirlemek için yapılmıştır. Yüzey ve kapsam geçerliği sonrası 63 madde ile biçimlenen taslak HGÖ'nin yapı geçerliği için önce açıklayıcı (açımlayıcı), sonra doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

4.1.3.1. Açıklayıcı Faktör Analizi

Kapsam geçerliği sonrası güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarına geçmeden önce, ölçek maddelerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. İlgili literatürde değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (166), +2.0 ile -2.0 (167) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmada Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri +1.970 ile -1.387 arasında normal dağılım gösterdiği bulunmuştur (Ek 5).

HGÖ'nin açıklayıcı faktör analizi için Temel bileşenler analizi ve promax uygulanmıştır. Ancak bu analizler öncesi ölçeğin faktör analizine uygulanabilirliğini ölçmek için ön varsayım testleri olan KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Barlett testleri yapılmıştır. Çalışmada, HGÖ için KMO değeri 0.979, Barlett test $\chi^2 = 48070.025$; $p=0.000 < 0.05$ ve anti-imaj değerleri 0.971 ile 0.985 arasında bulunmuştur.

KMO ve Barlett testi sonuçlarına göre örneklem uygunluğu ve değişkenler arasında ilişki saptanması nedeni ile HGÖ'nin açıklayıcı faktör analizine geçilmiş ve bunun için Temel bileşenler analizi ve promax yöntemi uygulanmıştır. Promax yöntemi ile yapılan döndürme işlemleri sonrasında; faktör yük değeri 0.60'dan düşük ve binişik maddeler ölçekten çıkartılarak döndürme işlemi tekrar edilmiştir. Sonuçta çalışmada 3 kez döndürme işlemi uygulanmış ve AFA sonucunda 1. döndürmede 27 madde (12, 13, 15-17, 19-22, 25, 28, 29, 31-40, 48, 50, 51, 54, 55), 2. döndürmede 5 madde (23, 24, 26, 27, 30), 3. döndürmede 1 madde çıkartılmıştır. Bu üç döndürme sonrası ölçeğin faktör yük değerleri 0.940 ile 0.675 arasında saptanmıştır. AFA sonucunda HGÖ'yi 30 madde ve 3 alt boyut ile biçimlenmiştir (Tablo 5). Ayrıca yamaç grafiğinin (scree plot), üçüncü faktörden sonra kırılım göstermesi, HGÖ'nin 3 boyutlu bir yapısı olduğunu ortaya koymuştur (Şekil 3).



Şekil 3. Hemşire güven ölçeği yamaç grafiği

Ayrıca 30 madde ve sırasıyla bilgi/yeterlilik, etik ve kişilerarası ilişkiler şeklinde adlandırılan 3 boyut kapsamında HGÖ için toplam açıklanan varyansı %70.695 dir. Alt boyutlar için varyans değerleri; bilgi/yeterlilik alt boyutu için %59.55, etik alt boyutu için %6.67'sini, kişilerarası ilişkiler alt boyut için %4.46 dır (Tablo 5).

Tablo 5. AFA sonrası HGÖ'nin alt boyutlarına göre ölçek maddeleri ve faktör yük değerleri

Alt Boyutlar	Öz Değer	Varyans %	Ort.	SS	Faktör Yüğü
Bilgi/ Yeterlilik	17.867	59.556	3.99	0.71	0.678-0.874
HG1. Hastaların tedavisi/bakımına ilişkin gerekli bilgiye sahiptir.			4.05	0.87	0.772
HG2. Hastalıkların tanısına yönelik tetkik işlemlerine ilişkin gerekli bilgiye sahiptir.			3.78	0.95	0.802
HG3. Hastaların tedavisi/bakımına ilişkin sorulara yeterli cevap verir.			3.90	0.91	0.786
HG4. Hastaları bilgilendirir.			3.94	0.94	0.770
HG5. Hastaların iyileşme sürecinde fark yaratır.			4.06	0.89	0.779
HG6. Acil/ kritik durumları fark eder.			4.07	0.86	0.696
HG7. Sorunları tanımlayıp etkili çözüm sunar.			3.86	0.92	0.861
HG8. Hastaların bakımına ilişkin doğru kararı verir.			4.00	0.88	0.874
HG9. Güvenilir önerilerde bulunur.			4.00	0.85	0.756
HG10. Mesleki bilgisini kullanarak hastasını rahatlatır			4.06	0.86	0.743
HG11. Hastaların tedaviye/bakıma uyumunu sağlar.			4.14	0.80	0.678
HG14. Bakım /tedavi sürecini etkili yönetir.			4.06	0.85	0.704
Etik	2.002	6.673	4.12	0.71	0.670-0.891
HG41. İnsan hayatını önemser ve korur.			4.22	0.85	0.787
HG42. Kaynakları hastalar arasında adaletli bir şekilde dağıtır.			4.11	0.87	0.832
HG43. Hastaların inanç ve görüşlerine saygı gösterir.			4.14	0.84	0.891
HG44. Hasta ve ailesine karşı dürüst davranır.			4.04	0.83	0.766
HG45. Kişilere adaletle yaklaşır			4.04	0.89	0.733
HG46. Hasta ve ailesine ilişkin bilgileri sadece ilgili kişilerle paylaşır.			4.08	0.88	0.745
HG47. Hastaların kararlarına saygı gösterir			4.05	0.84	0.687
HG49. Hastaların mahremiyetine özen gösterip korur.			4.19	0.83	0.847
HG52. Ahlaki değerleri gözetir.			4.14	0.84	0.670
HG53. Hastaların zarar görmemesini önemser.			4.19	0.81	0.801
Kişilerarası İlişkiler	2.002	4.466	3.90	0.81	0.675-0.940
HG56. Düşünerek karşısındakini incitmeyecek şekilde konuşur.			3.81	0.99	0.846
HG57. Kişiler arası ilişkileri iyi yönetir.			3.86	0.93	0.858
HG58. İnsan ilişkilerinde kişi ve olaylara duyarlı yaklaşır.			3.90	0.90	0.801
HG59. İyi bir dinleyicidir.			3.87	0.93	0.940
HG60. İkna etme becerisine sahiptir.			3.92	0.88	0.751
HG61. İletişimde karşısındaki kişilere söz hakkı verir.			3.94	0.90	0.787
HG62. Kolay iletişim kurulur.			3.90	0.94	0.858
HG63. Karşılıklı ilişkilerde saygı ve anlayış içinde hareket eder.			3.98	0.96	0.675
HGÖ Toplamı		70.695	4.01	0.68	0.670-0.940

AFA örnekleminde HGÖ’i toplam ve alt boyutları arasındaki korelasyon değerleri incelendiğinde; ölçeğin toplam ile bilgi/yeterlilik ($r= 0.922$; $p<0.001$), etik ($r= 0.926$; $p<0.001$) ve kişilerarası ilişkiler ($r= 0.910$; $p<0.001$) alt boyutları arasında pozitif yönlü çok yüksek düzeyde ve istatistiksel açıdan ileri derece anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. HGÖ alt boyutları arasında yine pozitif yönlü, yüksek düzeyde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r= 0.739$ - $r= 0.805$; $p< 0.001$) (Tablo 6).

Tablo 6. AFA için HGÖ’nin toplam ile alt boyutları arasındaki ilişkisi

Alt Boyutlar		Hemşire Güven Ölçeği	Bilgi/ Yeterlilik	Etik	Kişilerarası İlişkiler
Hemşire Güven Ölçeği	r	1.000			
	p	0.000			
Bilgi/Yeterlilik	r	0.922**	1.000		
	p	0.000	0.000		
Etik	r	0.926**	0.763**	1.000	
	p	0.000	0.000	0.000	
Kişilerarası İlişkiler	r	0.910**	0.739**	0.805**	1.000
	p	0.000	0.000	0.000	0.000

* <0.05 ; ** <0.01 ; Pearson Korelasyon Analizi

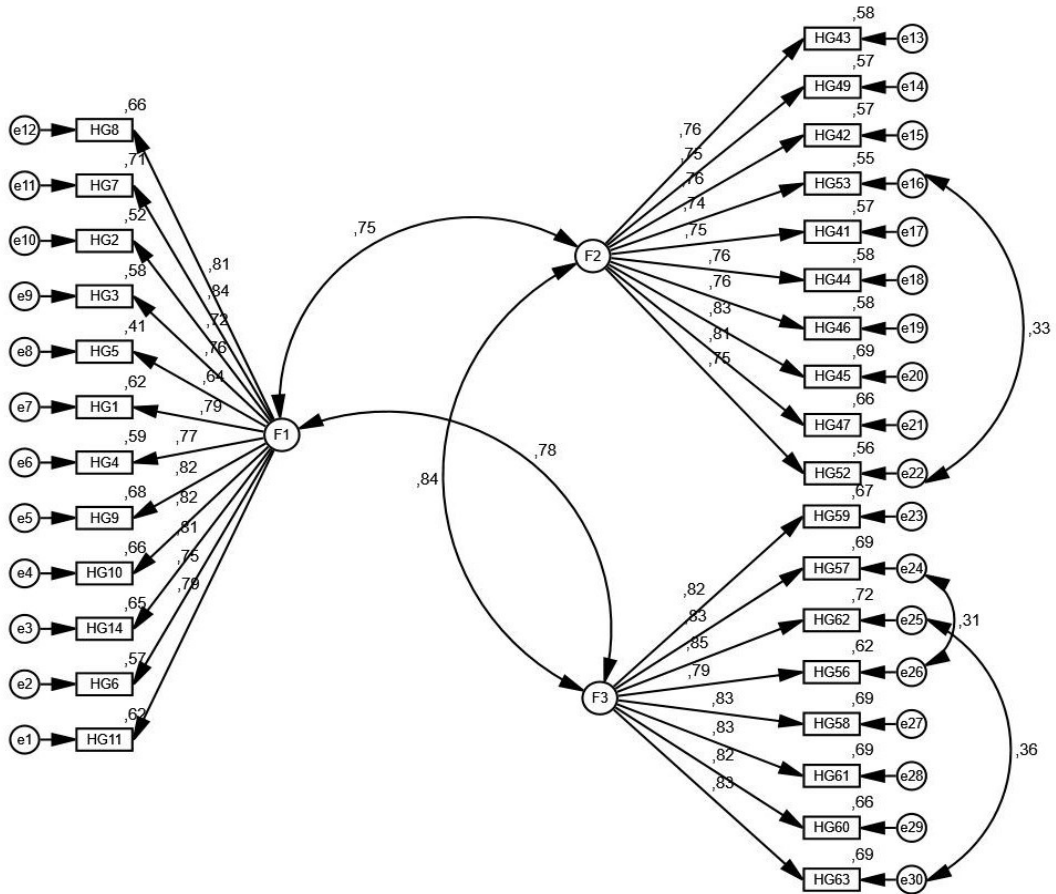
4.1.3.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

AFA sonrası 30 madde ve 3 boyutla şekillenen HGÖ’nin yapısını ve model veri uyumu doğrulamak için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. DFA’nın örneklem yeterliliği için KMO ve Bartlett test uygulanmıştır. KMO=0.975, Bartlett $\chi^2= 23563.247$; $p=0.000$ olarak bulunmuştur. Bu sonuçlar DFA için örneklemin uygun olduğunu göstermiş ve analize geçilmiştir. DFA analizi ile HGÖ’nin Düzeltilmiş Kikare İstatistiği (X^2/Sd)= 2.75, Uyum İndeksi (GFI)= 0.90, Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (CFI)= 0.93, Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü (RMSEA)= 0.07, Artık Kareler Ortalamasının Karekökü (RMR)= 0.02, Normlaştırılması Uyum İndeksi (NFI)= 0.895, Fazlalık Uyum İndeksi (IFI)= 0.930, Tucker-Lewis İndeksi (TLI)= 0.924 olarak saptanmıştır (Şekil 4) (Tablo 7).

Tablo 7. HGÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi uyum indeks değerleri

İndeks	Normal Değer*	Kabul Edilebilir Değer**	Hemşire Güven Ölçeği
χ^2/sd	<2	<5	2.75 (1096.366/399)
GFI*	>0.95	>0.90	0.90
CFI *	>0.95	>0.90	0.93
RMSEA *	<0.05	<0.08	0.07
RMR*	<0.05	<0.08	0.02
IFI*	>0.95	>0.90	0.93
TLI*	>0.95	>0.90	0.924
NFI*	>0.95	>0.90	0.895

X2/Sd: Düzeltilmiş Kikare İstatistiği, GFI: Uyum İndeksi, CFI: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi, RMSEA: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü, RMR: Artık Kareler Ortalamasının Karekökü, IFI: Fazlalık Uyum İndeksi, TLI: Tucker-Lewis İndeksi, NFI: Normleştirilmiş Uyum İndeksi



Şekil 4. HGÖ'nin doğrulayıcı faktör analizine ilişkin path diyagramı

DFA'de HGÖ'nin etik boyutunda 53 ile 52. maddeleri, kişilerarası ilişkiler boyutunda 56 ile 57. maddeleri ve 62 ile 63. maddelerinde hata terimleri arasında kovaryans tanımlanarak toplamda 3 modifikasyon yapılmıştır (Şekil 4).

DFA ile HGÖ'nin standardize edilmiş faktör yükleri, t değerleri tablo 7 'de verilmiştir. Standardize edilmiş katsayılar incelendiğinde; ölçek maddelerinin faktör yüklerinin yüksek, standart hata değerlerinin düşük, t değerlerinin anlamlı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar önceden belirlenen faktör yapısına ilişkin yapı geçerliliğini doğrulamaktadır (Tablo 8).

Tablo 8. HGÖ'nin doğrulayıcı faktör analizindeki faktör yük değerleri

Maddeler ve Faktörler			B	Std. β	S.Hata	t-testi*
HG11	<---	F1	1.000	0.790		
HG6	<---	F1	1.076	0.753	0.065	16.682
HG14	<---	F1	1.092	0.806	0.060	18.238
HG10	<---	F1	1.174	0.815	0.063	18.522
HG9	<---	F1	1.186	0.825	0.063	18.809
HG4	<---	F1	1.138	0.770	0.066	17.159
HG1	<---	F1	1.032	0.785	0.059	17.623
HG5	<---	F1	0.961	0.641	0.070	13.671
HG3	<---	F1	1.091	0.761	0.065	16.902
HG2	<---	F1	1.217	0.720	0.077	15.768
HG7	<---	F1	1.279	0.842	0.066	19.348
HG8	<---	F1	1.168	0.810	0.064	18.372
HG43	<---	F2	1.000	0.763		
HG49	<---	F2	0.963	0.753	0.061	15.881
HG42	<---	F2	1.072	0.756	0.067	15.963
HG53	<---	F2	0.931	0.739	0.060	15.535
HG41	<---	F2	0.948	0.754	0.060	15.922
HG44	<---	F2	1.029	0.761	0.064	16.092
HG46	<---	F2	1.003	0.762	0.062	16.110
HG45	<---	F2	1.113	0.832	0.062	17.914
HG47	<---	F2	1.058	0.811	0.061	17.356
HG52	<---	F2	0.994	0.750	0.063	15.801
HG59	<---	F3	1.000	0.816		
HG57	<---	F3	0.964	0.831	0.049	19.807
HG62	<---	F3	0.957	0.848	0.047	20.403
HG56	<---	F3	0.945	0.787	0.052	18.270
HG58	<---	F3	0.942	0.832	0.047	19.858
HG61	<---	F3	0.941	0.832	0.047	19.853
HG60	<---	F3	0.963	0.815	0.050	19.257
HG63	<---	F3	0.952	0.830	0.048	19.730

*p<0.001, F1: Bilgi, F2: Etik, F3: Kişilerarası İlişkiler

4.1.3.3. Yakınsak Geçerliliği ve Ayrışma Geçerliliği

Ölçüm modelinde yer alan değişkenlerin yapı geçerliliğini test edebilmek için yapı güvenilirliği (CR - composite reliability) ve ortalama açıklanan varyans (AVE - average variance extracted) değerleri incelenmiştir. AVE (average variance extracted) standardize edilmiş faktör yüklerinin karelerinin toplamının madde sayısına bölünmesidir. Bu koşul sağlanmışsa yakınsak geçerliliği sağlanmış demektir (168). Yapı güvenilirliği (CR) değerinin 0.7 den yüksek olması ise yakınsak geçerliliğin diğer göstergesidir (169). Yakınsak geçerlilik için ölçeğe ilişkin yapı güvenilirliği (CR) değerlerinin ortalama açıklanan varyans (AVE) değerlerinden büyük olması ve ortalama varyans değerinin 0.5'ten büyük olması beklenmektedir (168). HGÖ'nin yapı güvenilirliği değerleri ortalama açıklanan varyans değerlerinden büyük ve ortalama varyans değerleri 0.5'ten büyüktür (Tablo 9).

Tablo 9. HGÖ'yi yapı güvenilirliği (CR) ve ortalama açıklanan varyans (AVE) değerleri

Ölçek Alt Boyutları	CR	AVE
Bilgi/ Yeterlilik	0.860	0.547
Etik	0.898	0.642
Kişilerarası İlişkiler	0.879	0.605
Hemşire Güven Ölçeği	0.798	0.532

4.1.3.4. %27'lik Alt ve Üst Çeyreklik t-testi

Çalışmada, madde ayırt edicilik analizi olarak gerçekleştirilen HGÖ'nin %27 alt ve üst çeyreklik puan ortalamalarının karşılaştırmasına göre HGÖ'yi toplamında ($t=-37.277$; $p=0.000$), bilgi/yeterlilik ($t=-29.254$; $p=0.000$), etik ($t=-29.313$; $p=0.000$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=-32.676$, $p=0.000$) alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 10).

Tablo 10. HGÖ ve alt boyutlarının %27'lik alt ve üst çeyreklik karşılaştırması (n=203)

Alt Boyutlar	Alt %27 (n=203)		Üst %27 (n=203)		t-testi*
	Ort.	SS	Ort.	SS	
Bilgi	3.205	0.675	4.725	0.304	-29.254
Etik	3.319	0.708	4.835	0.204	-29.313
Kişilerarası İlişkiler	2.941	0.735	4.770	0.309	-32.676
HGÖ Toplam	3.172	0.582	4.773	0.189	-37.277

*p<0.05

4.2. Güvenirlik Analizleri

HGÖ'nin güvenirliliğini test etmek için Cronbach Alpha, Spearman Brown, Guttman Split-Half testleri, madde-toplam madde korelasyon analizi ve test-tekrar test analizleri ile yapılmıştır.

HGÖ'in AFA sonrası Cronbach Alpha değeri toplamda 0.976 ve alt boyutlarda 0.952-0.957 arasındadır. DFA sonrası ise Cronbach Alpha değeri toplamda 0.971, alt boyutlarda 0.936-0.947 arasındadır (Tablo 11).

HGÖ'nin AFA sonrası Spearman-Brown değeri toplamda 0.916 ve alt boyutlarda 0.941-0.957 arasındadır. DFA sonrası Spearman-Brown değeri toplamda 0.901 ve alt boyutlarda 0.924-0.944 arasındadır (Tablo 11).

HGÖ'nin AFA sonrası toplamda Guttman Split-Half değeri 0.915 ve alt boyutlarda 0.941- 0.957 arasındadır. DFA sonrası Guttman Split-Half değeri toplamda 0.901 ve alt boyutlarda 0.923-0.944 arasındadır (Tablo 11).

Tablo 11. HGÖ'nin güvenirlilik analizi bulguları

Alt Boyutlar	AFA Sonrası			DFA Sonrası		
	Cronbach Alpha	Spearman -Brown	Guttman Split-Half	Cronbach Alpha	Spearman -Brown	Guttman Split-Half
Bilgi/Yeterlilik	0.953	0.951	0.951	0.947	0.941	0.941
Etik	0.952	0.941	0.941	0.936	0.924	0.923
Kişilerarası İlişkiler	0.957	0.957	0.957	0.946	0.944	0.944
HGÖ Toplam	0.976	0.916	0.915	0.971	0.901	0.901

Ayrıca DFA örnekleminde hekimlere göre HGÖ'nin toplamda ve üç alt boyutta Cronbach Alpha değeri 0.929-0.967, Spearman-Brown değeri 0.866-0.932, Guttman Split-Half değeri 0.866-0.932 arasındadır. Hemşirelere göre ölçek toplamında ve üç alt boyutta Cronbach Alpha değeri 0.916-0.962, Spearman-Brown değeri 0.854-0.915, Guttman Split-Half değeri 0.883-0.914 arasındadır. Diğer sağlık personellerine göre toplamda ve üç alt boyutta Cronbach Alpha değeri 0.953-0.976, Spearman-Brown değeri 0.906-0.945, Guttman Split-Half değeri 0.904-0.944 arasındadır. Diğer sağlık dışı hastane personellerine göre toplamda ve üç alt boyutta Cronbach Alpha değeri 0.947-0.976, Spearman-Brown değeri 0.923-0.929, Guttman Split-Half değeri 0.923-0.929 arasındadır. Hastalara göre ölçek toplamında ve üç alt boyutta Cronbach Alpha değeri 0.957-0.978, Spearman-Brown değeri 0.905-0.940, Guttman Split-Half değeri 0.903-0.939 arasındadır.

HGÖ'nin madde toplam madde korelasyon değerlerine bakıldığında; AFA sonrası HGÖ toplamında madde-toplam madde $r=0.698-0.855$, bilgi/yeterlilik boyutu için $r=0.698-0.833$, etik boyutu için $r=0.769-0.810$ ve kişilerarası ilişkiler boyutu için $r=0.797-0.855$ olarak belirlenmiştir (Tablo 12). DFA sonrası HGÖ toplamında madde-toplam madde $r=0.620-0.834$, bilgi/yeterlilik boyutu için $r=0.620-0.819$, etik boyutu için $r=0.720-0.801$, kişilerarası ilişkiler boyutu için $r=0.770-0.834$ olarak bulunmuştur (Tablo 12). AFA örneklemindeki HGÖ maddelerinin tümü için Cronbach Alpha değerleri 0.946-0.954 arasında, DFA örnekleminde HGÖ maddelerinin tümü için Cronbach Alpha değerleri 0.928-0.945 arasındadır (Tablo 12).

Tablo 12. HGÖ'nin AFA ve DFA sonrası madde-toplam madde korelasyon ve Cronbach Alpha değerleri

Alt Boyutlar	AFA		DFA	
	Madde Toplam Madde r	Cronbach Alpha Değeri	Madde Toplam Madde r	Cronbach Alpha Değeri
Bilgi/ Yeterlilik				
HG1	0.768	0.949	0.767	0.942
HG2	0.698	0.951	0.694	0.945
HG3	0.756	0.949	0.750	0.942
HG4	0.711	0.951	0.749	0.942
HG5	0.738	0.950	0.620	0.947
HG6	0.742	0.949	0.736	0.943
HG7	0.805	0.948	0.819	0.940
HG8	0.806	0.948	0.782	0.941
HG9	0.833	0.947	0.797	0.941
HG10	0.827	0.947	0.781	0.941
HG11	0.780	0.948	0.769	0.942
HG14	0.812	0.947	0.786	0.941
Etik				
HG41	0.795	0.947	0.720	0.930
HG42	0.810	0.946	0.736	0.929
HG43	0.805	0.946	0.739	0.929
HG44	0.777	0.947	0.724	0.930
HG45	0.801	0.946	0.801	0.926
HG46	0.774	0.948	0.733	0.929
HG47	0.769	0.948	0.769	0.928
HG49	0.798	0.946	0.740	0.929
HG52	0.803	0.946	0.739	0.929
HG53	0.797	0.947	0.721	0.930
Kişilerarası İlişkiler				
HG56	0.812	0.953	0.770	0.940
HG57	0.854	0.950	0.822	0.937
HG58	0.855	0.950	0.806	0.938
HG59	0.813	0.953	0.793	0.939
HG60	0.797	0.954	0.784	0.939
HG61	0.851	0.950	0.795	0.939
HG62	0.869	0.949	0.834	0.936
HG63	0.847	0.951	0.812	0.937

Otuz maddelik HGÖ'nin zamana göre değişmezliğini saptamak için üç hafta arayla test-tekrar test analizi yapılmıştır. Testin sonuçlarına göre HGÖ'nin toplamında ilk ve son test puanları arasında pozitif yönde iyi düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($r=0.819$; $p=0.000$), ayrıca ilk ve son testin puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan

anlamli bir fark olmadığı saptanmıştır ($t=-0.712$; $p=0.480$). HGÖ'nin alt boyutlarında da ilk ve son ölçümler arasında iyi düzeyde ilişki ve karşılaştırılmalarında istatistiksel açıdan anlamli fark belirlenmiştir ($p<0.001$). Ölçeğin sınıf içi korelasyon katsayısı (ICC) ise 0.826 ve üzeri bulunmuştur (Tablo 13).

Tablo 13. HGÖ'nin test-tekrar test puan korelasyonları ve karşılaştırması (N=51)

Alt Boyutlar	Ön Test			Son Test		t	p	ICC
	R	Ort.	SS	Ort.	SS			
Bilgi/Yeterlilik	0.818*	4.020	0.727	4.067	0.811	-0.719	0.476	0.897
Etik	0.709*	4.251	0.632	4.261	0.718	-0.134	0.894	0.826
Kişilerarası İlişkiler	0.830*	4.086	0.703	4.157	0.731	-1.211	0.232	0.906
Hemşire Güven Ölçeği	0.819*	4.114	0.629	4.156	0.716	-0.712	0.480	0.896

* $p<0.001$, r: Pearson Korelasyon analizi, t: Bağımlı Grup t-testi, ICC: Intraclass Correlation Coefficient değeri

4.3. HGÖ'nin Son Yapısı ve Puanlaması

Geçerlik ve güvenirlik analizleri sonrası HGÖ'yi toplamda 30 madde, bilgi/yeterlilik boyutunda 12 madde (1-12 maddeler), etik boyutunda 10 madde (13-22 maddeler) ve kişilerarası ilişkiler boyutunda 8 madde (23-30 maddeler) olacak şekilde biçimlenmiştir (Tablo 14) (Ek. 6). Ölçekteki tüm maddeler olumlu ifadeden oluşmakta olup ters madde yoktur. HGÖ, (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum, (5) Tamamen Katılıyorum şeklinde puanlanan beşli Likert tipinde bir ölçektir (Tablo 14). Ölçek geneli ve alt boyutlarının puanları hesaplanırken aritmetik ortalama alınmaktadır. Ölçek toplamının ve alt boyutlarının puanları hesaplanırken aritmetik ortalama (Örnek: Kişilerarası İlişki= $[23+24+25+26+27+28+29+30]/8$) alınmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar minimum 1 ile maksimum 5 arasında değişmektedir. Ölçekten ve alt boyutlardan alınan puanların yüksek olması, hemşireye olan güven düzeyinin yükseldiğini göstermektedir. Ölçek puan aralığının hesaplanmasında; Dağılım aralığı formülü ile en büyük değerden en küçük değer çıkarılmış ve derece sayısına bölünerek hesaplanmıştır. Ölçek puan aralığı 1.00-2.33 arasında güven düzeyi düşük, 2.34-3.66 arasında güven düzeyi orta, 3.67-5.00 arasında güven düzeyi yüksek olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 14. Hemşire güven ölçeğinin maddeleri ve puan aralıkları

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	Maddeler	Puan Aralığı
Bilgi/Yeterlilik	12	1-12	1-5
Etik	10	13-22	1-5
Kişilerarası İlişkiler	8	23-30	1-5
HGÖ Toplam	30	1-30	1-5

4.4. Katılımcıların Demografik Özellikleri ve HGÖ'ne ilişkin Bulgular

Çalışmada, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizine katılan katılımcıların demografik özellikleri değerlendirildiğinde; hekimlerin yaşı 33.14 ± 6.95 olup, %50.9 kadın, %63.9'u evli ve %65.3'ü lisansüstü eğitim mezunudur. %69.4'ü üniversite hastanesinde ve %49.5'i dahiliye birimlerinde çalışan hekimlerin mesleki deneyimi 7.69 ± 6.87 , hastanedeki çalışma süresi 5.03 ± 7.56 , servis/ünitede çalışma süresi 7.69 ± 6.87 dir.

Hemşirelerin yaşı 37.27 ± 8.01 olup %91.5'i kadın, %81.1'i evli ve %68.1'i lisans mezunudur. %55.6'sı üniversite hastanesinde ve %26.7'si cerrahi birimde çalışan hemşirelerin mesleki deneyimi 15.41 ± 8.35 , hastanedeki çalışma süresi 13.37 ± 8.22 , servis/ünitede çalışma süresi 9.81 ± 7.37 dir.

Diğer sağlık çalışanlarının yaşı 32.86 ± 9.81 olup, %62.9'u kadın, %55.2'si evli ve %65.3'ü lisans mezunudur. %68.3'ü üniversite hastanesinde ve %31.2'si özellikli birimlerde çalışan bu grubun mesleki deneyimi 10.81 ± 9.25 , hastanedeki çalışma süresi 9.27 ± 9.98 , servis/ünitede çalışma süresi 7.93 ± 7.51 dir.

Sağlık dışı hastane çalışanlarının yaşı 40.19 ± 7.84 olup, %57.8'i kadın, %78'i evli ve %44.8 lise mezunudur. %68.2 üniversite hastanesinde ve %26.5'i özellikli birimlerde çalışan bu grubun mesleki deneyimi 14.6 ± 8.05 , hastanedeki çalışma süresi 14.04 ± 6.95 , servis/ünitede çalışma süresi 10.81 ± 6.94 dür.

Hastaların ise yaşı 45.290 ± 15.68 olup %61.7'si kadın, %79.3'ü evli ve %31.1'i ilkokul mezunu ve okuma yazma bilmemektedir. %67.5'i üniversite hastanesinde ve %54.1'i cerrahi birimlerde yatan hastalar oluşturmaktadır.

Ayrıca çalışmaya katılan hekimlerin %91.2'si, hemşirelerin %95.6'sı, diğer sağlık çalışanlarının %89.1'i ve sağlık dışı çalışanların %93.3'ü hemşirelerle çalışmaktan memnun ve hastaların da %95'i hemşirelerden aldıkları hizmetten memnundur.

Katılımcıların hemşire güven ölçeği toplam puanı 4.05 ± 0.64 , bilgi/yeterlilik alt boyut puanı 4.02 ± 0.69 , etik alt boyut puanı 4.16 ± 0.664 , kişilerarası alt boyut puanı 3.95 ± 0.77 'dir (Tablo 15). Bununla birlikte katılımcılara göre HGÖ'nin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmiştir ($F=20.830$; $p=0.000 < 0.05$). Bu fark; ölçek toplamında, bilgi/yeterlilik ve kişiler arası ilişkiler boyutlarında hekimlere göre hemşirelerin, sağlık dışı personelin ve hastaların puan ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklanmaktadır ($p < 0.05$). Ayrıca bilgi/yeterlilik boyutunda diğer sağlık çalışanlarının puan ortalaması da, hekimlerin puan ortalamasından yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Bunun dışında ölçek toplamında ve tüm alt boyutlarda; sağlık dışı personel ve diğer sağlık çalışanlarına göre hemşirelerin ve hastaların puan ortalamaları daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 15). Ölçek toplamı ve kişilerarası ilişkiler boyutunda ise diğer sağlık çalışanlarına göre sağlık dışı personelinin puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 15).

Tablo 15. Çalışmaya katılan tüm katılımcılara göre HGÖ ve alt boyut puan ortalamaları ve karşılaştırması (N=1152)

Alt Boyutlar	Bilgi/Yeterlilik		Etik		Kişilerarası İlişki		HGÖ Toplam	
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
Tüm Katılımcılar	4.02	0.69	4.16	0.66	3.95	0.77	4.05	0.64
Hekimler ⁽¹⁾	3.75	0.04	4.05	0.03	3.75	0.04	3.85	0.03
Hemşireler ⁽²⁾	4.22	0.02	4.36	0.02	4.16	0.03	4.25	0.02
Sağlık Dışı Personel ⁽³⁾	4.01	0.04	4.09	0.04	3.92	0.05	4.01	0.04
Diğer Sağlık Çalışanı ⁽⁴⁾	3.89	0.04	4.00	0.04	3.69	0.05	3.87	0.04
Hasta ⁽⁵⁾	4.19	0.75	4.26	0.75	4.17	0.86	4.21	0.72
F =	21.128		13.187		20.408		20.830	
P değeri=	0.000		0.000		0.000		0.000	
Tukey ve LSD	2,3,4,5>1; 2,5>3,4		2,5>1; 2,5>3,4		2,3,5>1; 2,5>3; 2,3,5>4		2,3,5>1; 2,5>3; 2,3,5>4	

Çalışmaya katılan hekim, hemşire, diğer sağlık ve sağlık dışı hastane personeli ve hastaların bazı tanıtıcı özelliklerinin HGÖ puanları üzerindeki etkisi incelendiğinde; kamu

hastanesinde çalışan hekimlere göre üniversite hastanesinde çalışan hekimlerin HGÖ toplamında ($t=2.474$; $p=0.014<0.05$; $d=0.366$; $\eta^2=0.028$), bilgi/yeterlilik ($t=2.587$; $p=0.01<0.05$; $d=0.382$; $\eta^2=0.030$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=2.639$; $p=0.009<0.05$; $d=0.390$; $\eta^2=0.032$) boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Hemşirelerle çalışmaktan memnun olan hekimlerin de, memnun olmayanlara göre HGÖ toplamında ($t=-10.787$; $p=0<0.05$; $d=2.591$; $\eta^2=0.352$) ve bilgi/yeterlilik ($t=-11.007$; $p=0<0.05$; $d=2.644$; $\eta^2=0.361$), etik ($t=-7.971$; $p=0<0.05$; $d=1.915$; $\eta^2=0.229$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=-8.411$; $p=0<0.05$; $d=2.020$; $\eta^2=0.248$) alt boyutlarında puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır.

Kadın hemşirelere göre erkek hemşirelerin HGÖ toplamında ($t=-2.349$; $p=0.02<0.05$; $d=0.512$; $\eta^2=0.020$), bilgi/yeterlilik ($t=-2.253$; $p=0.025<0.05$; $d=0.491$; $\eta^2=0.019$) ve etik ($t=-2.031$; $p=0.043<0.05$; $d=0.443$; $\eta^2=0.015$) boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Üniversite hastanesinde çalışan hemşirelere göre kamu hastanesinde çalışan hemşirelerin HGÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-2.508$; $p=0.013<0.05$; $d=0.307$; $\eta^2=0.023$). Hemşirelerle çalışmaktan memnun olmayan hemşirelere göre memnun olan hemşirelerin de HGÖ toplamında ($t=-2.411$; $p=0.017<0.05$; $d=0.712$; $\eta^2=0.021$), kişilerarası ilişkiler ($t=-2.045$; $p=0.042<0.05$; $d=0.604$; $\eta^2=0.015$) ve etik ($t=-2,601$; $p=0.01<0.05$; $d=0.768$; $\eta^2=0.025$) boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır.

Üniversite hastanesinde çalışan sağlık dışı personelere göre kamu hastanesinde çalışan sağlık dışı personellerin HGÖ toplamında ($t=-4.722$; $p=0<0.05$; $d=0,679$; $\eta^2=0.092$), bilgi/yeterlilik ($t=2.587$; $p=0.01<0.05$; $d=0.382$; $\eta^2=0,030$), etik ($t=-3.758$; $p=0<0.05$; $d=0.540$; $\eta^2=0.060$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=-4.372$; $p=0<0.05$; $d=0.628$; $\eta^2=0,080$) boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Hemşirelerle çalışmaktan memnun olmayan sağlık dışı personelere göre memnun olanların da HGÖ toplamında ($t=-6.070$; $p=0<0.05$; $d=1.623$; $\eta^2=0.143$), bilgi/yeterlilik ($t=-4,939$; $p=0<0.05$; $d=1.320$; $\eta^2=0.099$), etik ($t=-6.231$; $p=0.001<0.05$; $d=1.666$; $\eta^2=0.149$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=-5.659$; $p=0.001<0.05$; $d=1.513$; $\eta^2=0.127$) alt boyutlarında puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır.

Diğer sağlık personeli değerlendirmesinde; erkek hemşirelere göre kadın hemşirelerin HGÖ'nin bilgi/yeterlilik ($t=2.259$; $p=0.025<0.05$; $d=0,314$; $\eta^2=0,023$)

boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Üniversite hastanesinde çalışan diğer sağlık personeline göre kamu hastanesinde çalışan diğer sağlık personellerinin HGÖ'nin kişilerarası ilişkiler boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=-1.939$; $p=0.04<0.05$; $d=0.280$; $\eta^2=0.017$). Hemşirelerle çalışmaktan memnun olmayan diğer sağlık personelerine göre memnun olanların HGÖ toplamında ($t=-6.690$; $p=0<0.05$; $d=1.446$; $\eta^2=0.170$), bilgi/yeterlilik ($t=-6.529$; $p=0<0.05$; $d=1.412$; $\eta^2=0.163$), etik ($t=-5.679$; $p=0<0.05$; $d=1.228$; $\eta^2=0.128$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=-5.748$; $p=0<0.05$; $d=1.243$; $\eta^2=0.131$) alt boyutlarında puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır.

Hastalarda ise evli hastalara göre bekar hastaların HGÖ toplamında ($t=-4.722$; $p=0<0.05$; $d=0.679$; $\eta^2=0.092$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=-4.372$; $p=0<0.05$; $d=0.628$; $\eta^2=0.080$) boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Hastaların eğitim durumu ile HGÖ toplamı ($t=-6.690$; $p=0<0.05$; $d=1.446$; $\eta^2=0.170$), bilgi/yeterlilik ($t=-6.529$; $p=0<0.05$; $d=1.412$; $\eta^2=0.163$), etik ($t=-5.679$; $p=0<0.05$; $d=1.228$; $\eta^2=0.128$) ve kişilerarası ilişkiler ($t=-5.748$; $p=0<0.05$; $d=1.243$; $\eta^2=0.131$) alt boyutlar puan ortalamalarının arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bu farka göre özellikle ilk ve ortaokul mezunu hastaların HGÖ toplamı, bilgi/yeterlilik, etik ve kişilerarası ilişkiler alt boyutlarında puan ortalamaları, ön lisans ve lisans mezunu olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksektir ($p<0.05$). Hemşirelerden memnun olmayan hastalara göre memnun olan hastaların HGÖ toplamında ($t=-6.690$; $p=0<0.05$; $d=1.446$; $\eta^2=0.170$) ve bilgi/yeterlilik ($t=-6.529$; $p=0<0.05$; $d=1.412$; $\eta^2=0.163$) boyutunda puan ortalamalarının daha yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Bununla birlikte hastaların yaşı ile HGÖ toplamı ($r=0.186$; $p=0.005$), bilgi/yeterlilik ($r=0.147$; $p=0.028$), etik ($r=0.182$; $p=0.006$) ve kişilerarası ilişkiler ($r=0.193$; $p=0.004$) alt boyutları arasında da pozitif yönde çok zayıf ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Hekimlerin, hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının, sağlık dışı hastane çalışanlarının yaşları, mesleki deneyimleri, hastanede ve servis/ünitede çalışma süreleri, medeni ve eğitim durumu, pozisyon ile HGÖ toplamı ve alt boyutları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki/fark bulunmamıştır ($p<0.05$).

Ayrıca hekimlerin ve sağlık dışı hastane personelinin cinsiyeti ile HGÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hastaların cinsiyeti,

hastane türü, yattıkları servis/ünite, daha önce hastaneye yatarak tedavi alıp almadığı, kaç kez hastanede yatış yaptığı ile ölçek toplamı ile alt boyut puanları arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p<0.05$).

Hekimlerin, hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının, sağlık dışı personellerin ve hastaların bazı tanıtıcı özelliklerinin HGÖ'nin toplam puanı üzerine etkisi incelendiğinde; hekimlerin bazı tanıtıcı özelliklerinin HGÖ'nin puanlarına etkisine ilişkin oluşturulan regresyon modelinin anlamlı olduğu ($F=61.704$; $p=0.000$) ve hekimlerin bu tanıtıcı özelliklerinin HGÖ' toplamını %36.1 ile açıkladığı belirlenmiştir ($R^2=0.361$). Bu kapsamda hekimlere göre HGÖ'nin genel toplamını; sırasıyla hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet pozitif yönde ($\beta=0.584$) ve kamu hastanesinde çalışmak negatif yönde ($\beta=-0.121$) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilemiştir ($p<0.05$) (Tablo 16).

HGÖ puanları üzerinde hemşirelerin de sırasıyla hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumu ($\beta=0.139$) ve erkek cinsiyeti ($\beta=0.124$) pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilemiştir ($p<0.05$) ($R=0.253$; $R^2=0.046$; $F=3.609$; $p=0.004$) (Tablo 16).

HGÖ puanları üzerinde diğer sağlık personelinin sadece hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumu ($\beta=0.412$) istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilemiştir ($p<0.05$) ($R=0.413$, $R^2=0.163$, $F= 22.448$ ve $p= 0.000$) (Tablo 16).

HGÖ puanları üzerinde sağlık dışı hastane personelinin de sırasıyla hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumu ($\beta=0.341$) ve kamu hastanesinde çalışmak ($\beta=2.253$) pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilemiştir ($p<0.05$) ($R=0.454$, $R^2=0.198$, $F= 28.482$ ve $p= 0.000$) (Tablo 16).

HGÖ puanları üzerinde hastaların ise sırasıyla hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumu pozitif yönde ($\beta=0.236$) ve önlisans ve lisans mezunu ($\beta=-0.146$) negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde etkilemiştir ($p<0.05$) ($R=0.340$, $R^2=0.099$, $F= 7.074$ ve $p= 0.000$) (Tablo 16).

Tablo 16. Katılımcıların bazı tanıtıcı özelliklerinin HGÖ'nin toplam puanı üzerine etkisi

Katılımcılar Bağımsız Değişken		Standart Edilmemiş Katsayılar		Standart Edilmiş Katsayılar	t	p	%95 Güven Aralığı	
		B	SE	β			Alt	Üst
Hekim	Sabit*	2.855	0.106		26.995	0.000	2.646	3.063
	Çalışılan Hastane (referans: üniversite hastanesi)	-0.146	0.066	-0.121	-2.218	0.028	-0.276	-0.016
	Hemşirelerle Çalışmaktan Memnuniyet (referans:Hayır)	1.145	0.107	0.584	10.679	0.000	0.933	1.356
	R=0.606; R ² =0.361; F=61.704; p=0.000; Durbin Watson Değeri=2.017							
Hemşire	Sabit*	4.211	0.149		28.245	0.000	3.917	4.505
	Cinsiyet (referans:kadın)	0.193	0.096	0.124	2.003	0.046	0.003	0.382
	Hemşirelerle Çalışmaktan Memnuniyet (referans:hayır)	0.293	0.127	0.139	2.309	0.022	0.043	0.542
	R=0.253; R ² =0.046; F=3.609; p=0.004; Durbin Watson Değeri=1.756							
Diğer Sağlık Personeli	Sabit*	2.994	0.163		18.387	0.000	2.673	3.315
	Yaş	0.030	0.057	0.033	0.530	0.596	-0.083	0.143
	Hemşirelerle Çalışmaktan Memnuniyet (referans:hayır)	0.932	0.140	0.412	6.673	0.000	0.657	1.207
	R=0.413; R ² =0.163; F=22.448; p=0.000; Durbin Watson Değeri=2.144							
Sağlık Dışı Personel	Sabit*	3.028	0.159		19.054	0.000	2.715	3.342
	Çalışılan Hastane (referans: üniversite hastanesi)	0.373	0.089	0.253	4.170	0.000	0.197	0.549
	Hemşirelerle Çalışmaktan Memnuniyet (referans:hayır)	0.934	0.166	0.341	5.620	0.000	0.606	1.262
	R=0.454; R ² =0.198; F=28.482; p=0.000; Durbin Watson Değeri=1.939							
Hasta	Sabit*	3.598	0.330		10.895	0.000	2.947	4.249
	Eğitim Durumu (referans: ilkökul)	-0.073	0.036	-0.146	-2.008	0.046	-0.144	-0.001
	Hemşirelerden Alınan Hizmetten Memnuniyet (referans:hayır)	0.785	0.215	0.236	3.651	0.000	0.361	1.208
	R=0.340; R ² =0.099; F=7.074; p=0.000; Durbin Watson Değeri=1.994							

* Bağımlı değişken: HGÖ toplam puanı

HGÖ'nin alt boyutlarında ise hekimlerin tanıtıcı özelliklerine göre HGÖ'nin bilgi/yeterlilik alt boyutunu sırasıyla hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumu pozitif yönde ($\beta=0.591$; $t=10.906$; $p=0.000$) ve kamu hastanesinde çalışmak negatif yönde ($\beta=-0.128$; $t=-2.363$; $p=0.019$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemiştir ($R=0.615$; $R^2=0.372$; $F=64.666$; $p=0.000$). Etik alt boyutunu, hekimlerin sadece hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumu pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkilemiştir ($\beta=0.478$; $t=7.971$; $p=0.000$) ($R=0.478$; $R^2=0.225$; $F=63.534$; $p=0.000$). Kişilerarası ilişkiler alt boyutunu da, hekimlerin hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumları pozitif yönde ($\beta=0.488$; $t=8.291$; $p=0.000$) ve kamu hastanelerinde çalışmak negatif yönde ($\beta=-0.140$; $t=-2.374$; $p=0.018$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemiştir ($R=0.518$; $R^2=0.261$; $F=38.954$; $p=0.000$).

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre HGÖ'nin bilgi/yeterlilik alt boyutunu sadece erkek cinsiyeti pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkilemiştir ($\beta=0.136$; $t=2.253$; $p=0.025$) ($R=0.136$; $R^2=0.015$; $F=5.074$; $p=0.025$). Etik alt boyutunu, hemşirelerin serviste/ünitede çalışma süresi negatif yönde ($\beta=-0.168$; $t=-2.106$; $p=0.036$) ve hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumları ise pozitif yönde ($\beta=0.147$; $t=2.443$; $p=0.015$) istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemiştir ($R=0.262$; $R^2=0.051$; $F=3.883$; $p=0.002$). Kişilerarası ilişki alt boyutunu ise hemşirelerin yaşları ($\beta=0.257$; $t=2.193$; $p=0.029$) ve kamu hastanesinde çalışmak ($\beta=0.135$; $t=2.188$; $p=0.030$) pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkilemiştir ($R=0.280$; $R^2=0.061$; $F=4.479$; $p=0.001$).

Diğer sağlık personelinin tanıtıcı özelliklerine göre HGÖ'nin bilgi/yeterlilik alt boyutunu, diğer sağlık personelinin sırasıyla hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumları ($\beta=0.381$; $t=6.279$; $p=0.000$) ve yaşları ($\beta=0.176$; $t=2.101$; $p=0.037$) pozitif yönde ve hastanedeki çalışma süresi ise negatif yönde ($\beta=-0.262$; $t=-3.117$; $p=0.002$) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkilemiştir ($R=0.463$; $R^2=0.200$; $F=14.712$; $p=0.000$). Etik alt boyutunu, diğer sağlık personelinin sadece hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumları pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı şekilde etkilemiştir ($\beta=0.358$; $t=5.666$; $p=0.000$) ($R=0.363$; $R^2=0.124$; $F=16.512$; $p=0.000$). Kişilerarası ilişki alt boyutunu yine diğer sağlık personellerinin hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumları pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkilemiştir ($\beta=0.356$; $t=5.673$; $p=0.000$) ($R=0.381$; $R^2=0.134$; $F=12.301$; $p=0.000$).

Sağlık dışı personelin tanıtıcı özelliklerine göre HGÖ'nin bilgi/yeterlilik alt boyutunu, sağlık dışı personellerinin sırasıyla hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumları ($\beta=0.277$; $t=4.452$; $p=0.000$) ve kamu hastanesinde çalışmak ($\beta=0.267$; $t=4.304$; $p=0.000$) pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkilemiştir ($R=0.412$; $R^2=0.162$; $F=22.427$; $p=0.000$). Etik alt boyutunu, yine sağlık dışı personelinin sırasıyla hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumları ($\beta=0.359$; $t=5.831$; $p=0.000$) ve kamu hastanesinde çalışmak ($\beta=0.193$; $t=3.140$; $p=0.002$) pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkilemiştir ($R=0.431$; $R^2=0.179$; $F=25.120$; $p=0.000$). Kişilerarası ilişki alt boyutunu da benzer şekilde sağlık dışı personelinin sırasıyla hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumları ($\beta=0.322$; $t=5.214$; $p=0.000$) ve kamu hastanesinde çalışmak ($\beta=0.235$; $t=3.818$; $p=0.000$) pozitif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkileyerek artırmıştır ($R=0.425$; $R^2=0.173$; $F=24.282$; $p=0.000$).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre HGÖ'nin bilgi/yeterlilik alt boyutunu, hastaların hemşirelerden aldıkları hizmetten memnuniyet durumları ($\beta=0.277$; $t=4.452$; $p=0.000$) ve önlisans ve lisans mezunu olma ($\beta=-0.194$; $t=-3.029$; $p=0.003$) negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı şekilde etkilemiştir ($R=0.328$; $R^2=0.100$; $F=13.211$; $p=0.000$). Hastaların yaş ve eğitim durumları HGÖ'nin etik ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarını etkilememiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmanın tartışma bölümü; hemşire güven ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik bulgularının tartışması ve katılımcıların tanıtıcı özelliklerin ile HGÖ'ne ilişkin bulguların tartışması şeklinde iki bölümde sunulmuştur.

5.1. HGÖ'nin Geçerlik ve Güvenirlik Bulgularının Tartışması

Sağlık kuruluşlarında hastalarla ve çalışanların birbirleriyle ilişkilerinde ve sistemin sorunsuz yürütülmesinde güven gerekli bir unsurdur (4, 45). Bu açıdan sağlık çalışanlarının en büyük grubunu oluşturan hemşirelere güven, hemşirelerle işbirliği içinde çalışmak zorunda olan sağlık ekibi ve hemşirelerden hizmet alan hastalar yönünden önemlidir. Hemşirelere olan güvenin çok boyutlu/traflı değerlendirilmesi, hangi boyutlarda ne kadar hemşirelere güvenildiğine dair daha net, doğru ve tutarlı bilgi sağlayabilir. Bu değerlendirmeler için ölçekler kullanılmaktadır. Literatürü incelediğimizde daha çok hastaların hemşirelere olan güvenini değerlendiren ölçeklere ve genel düzeyde sağlık ekibinin birbirine güvenini ölçen ölçeklere rastlanılmıştır. Ancak sağlık ekibinin ve hastaların bire bir hemşirelere güvenini ölçen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu doğrultuda hastaların yanı sıra hekimlerin, hemşirelerin, diğer sağlık personelinin ve sağlık dışı hastane personelinin değerlendirmeleri ile hemşirelere olan güveni doğru ve tutarlı bir şekilde belirleyebilecek bir ölçme aracının geliştirilmesi hedeflenmiş ve hemşire güven ölçeğinin geçerlik, güvenirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu kapsamda HGÖ'nin geçerliliğini sağlamak için öncelikle yüzey ve kapsam geçerliliği yapılmıştır.

Yüzey geçerliliği, ölçek maddeleri önce araştırmacı, sonra konu hakkında bilgisi olan araştırmacının yakın çevresi, ayrıca konunun uzmanları tarafından düzgünlük ve anlamlılık, okunurluk, terimlerin anlaşılabilirliği, cümlelerin uzunluğu, anlamın açıklığı ve netliği yönünden değerlendirilmesidir (170). Bu kapsamda çalışmada, öncelikle literatüre dayalı madde havuzu oluşturulmuş, ardından yüzey geçerliği için hazırlanan maddeler, ilk olarak araştırmacıların kendileri tarafından değerlendirilmiştir. 176 madde içerecek şekilde hazırlanan ölçekten, yüzey geçerliğinin akran değerlendirmesi kapsamında 30 madde çıkarılmış ve uzman görüşleri ile 10 maddede iyileştirme yapılmıştır. Son olarak 146 maddeye düşürülen ölçeğin maddelerinin anlaşılabilirliği sağlanmıştır. Ölçeğin, yüzey geçerliğinin uzman görüşü boyutu ölçeğin kapsam geçerliliği ile eş zamanlı gerçekleştirilmiştir.

Kapsam geçerliği, ölçülmek istenen olgu ile alakalı ölçme aracında yeterli sayıda ve kalitede maddelerin bulunup bulunmadığını belirlemeye çalışılmaktadır (170). Kapsam geçerliliği, uzman görüşü, belirtke tablosu ve gözlem/görüşme yöntemleri ile belirlenmektedir. Çalışmada, uzman görüşü alınarak Lawshe tekniği ile ölçeğin kapsam geçerliliği belirlenmiştir. Uzman görüşü ile maddelerin ölçülen yapıyı temsil etme gücü, anlaşılabilirliği değerlendirilmiş (164, 171) ve HGÖ'den 83 madde çıkarılmış, 63 maddeye düşen ölçeğin Kapsam Geçerlik İndeksi (KGİ) $0.75(>0.67)$ olarak saptanmıştır (164, 165). Ayrıca yüzey ve kapsam geçerliği yapılan 63 maddelik HGÖ'nin her gruptan eşit sayıda katılımcıyı kapsayacak şekilde 30 kişi ile yapılan pilot çalışması sonucunda, ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.90'nın üzerinde 1'e yakın olduğu görülmüştür. Sonuçta HGÖ'nin yüzey ve kapsam geçerliği sağlanmıştır.

Yüzey ve kapsam geçerliliği sağlanan taslak ölçeğin yapı geçerliliği belirlemek üzere faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizi birbiriyle ilişkili çok sayıda değişkeni bir araya getirerek, az sayıda kavramsal olarak anlamlı yeni değişkenler keşfetmeyi veya faktörler ile göstergeler arasında tanımlanan ilişkileri açıklayan ölçme modellerini test etmek amacıyla kullanılan çok değişkenli bir istatistiktir. Faktör analizinde açıklayıcı (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) olmak üzere iki temel analiz yöntemi vardır (171).

AFA, faktör sayısını belirleme ve yorumlanabilir bir veri üretmek üzere faktör döndürme işlemlerini içerir (171). AFA, ölçülebilen ve görülebilen çok sayıdaki özelliğin altında yatan değişkenler altında yatan gizil bir istatistik tekniğidir (168). AFA, var olan yapıyı (172) ve boyutlardaki maddelerin saptanmasına yardım edecek faktör yüklerinin belirlenmesine yardım eder (165). Faktör yükleri, maddelerin ilgili faktörle olan ilişkisini tanımlayan korelasyon katsayılarıdır. Bir faktör üzerinde, bu katsayıların yüksek olduğu değişkenlerin meydana getirdiği kümenin bir yapıyı ölçtüğü/tanımladığı düşünülür (165). Bu doğrultuda HGÖ'nin yapı geçerliliği için ilk aşamada AFA yapılmıştır. Ancak HGÖ'ne AFA yapılmadan önce faktör analizinin uygulanabilirliğine yönelik ön varsayım testleri olan Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ve Barlett testleri uygulanmıştır. KMO testi, faktör analizi için örneklemin yeterliliğini göstermektedir (173). Literatürde faktör analizinin uygulanabilmesi için KMO değerinin 0.50'nin üzerinde olması beklenmektedir (168, 171). HGÖ için belirlenen örneklem için KMO değeri ise 1'e yakındır ya da belirlenen örneklem mükemmel düzeyde yeterlidir. Ayrıca Barlett testi, faktör analizine alınan iki değişken

arasında ilişki olduğu göstermektedir. Barlett test sonucunun $p<0.05$ anlamlı olması, korelasyon matrisinin faktör analizi için uygun olduğunu veya veri setinin çok değişkenli normal dağılıma sahip olduğu ifade etmektedir (165, 174, 175). Çalışmada, Barlett testi sonucunu anlamlıdır ve faktör analizi için örneklem normal dağılım göstermektedir. Bu iki testin yanı sıra ölçekte anti image değerleri de değerlendirilmiştir. Anti imaj matriksine göre her bir maddenin diyagonal örneklem yeterliliği belirlenir. Diğer ifadeyle her bir maddenin faktör analizine uygunluğu değerlendirilir. Anti-imaj değerinin 0.5'in altında kalması durumunda, o madde analizden çıkartılır (173). Çalışmada, anti-image korelasyon değerleri 0.97'nin üzerine bulunmuştur. Bu sonuçlar, bu örneklemde açıklayıcı faktör analizinin yapılabileceğini göstermiştir.

Açıklayıcı faktör analizinde faktör sayısının belirlenmesi aşamasında amaç, değişkenler arasındaki ilişkileri en yüksek derecede temsil edecek faktör sayısını elde etmektir. Kaç faktör elde edileceği ile ilgili çeşitli kriterler söz konusudur (171, 175). Faktör belirleme, ilk olarak öz değere göre belirlenir. Özdeğer bir faktör tarafından açıklanan toplam varyansı gösterir. Ölçekteki faktör sayısını belirlemek için özdeğerin 1'den büyük veya eşit olması gerekir (171). Faktör sayısı ikincil olarak serpilme (yamaç) grafiği ile değerlendirilir. Grafiğe göre düşey çizginin yataylaştığı yere kadar olan faktörler dikkate alınır. Üçüncü yöntemde ise varyans oranına göre faktör sayısına karar verilir. Burada toplam varyansı tatmin edici bir düzeye gelene kadar faktörler modele alınır (171, 175). Yürütülen çalışmada, HGÖ'nin özdeğerinin 2'den büyük 3 alt boyutunun olduğu ve bu üç boyutun yamaç grafiğinde üçüncü faktörden sonra hızlı kırılma göstermesi ile doğrulandığı görülmektedir. Ayrıca HGÖ'nin üç alt boyutu tarafından açıklanan toplam varyansın yaklaşık %71 olduğu belirlenmiştir. Açıklanan varyansın 0.50-0.70 arasında olması genellikle yeterli görülmektedir (165, 168). Ayrıca alt faktörlerden her birinin ölçek içerisinde yer alan toplam varyansı en az %5 ile açıklaması beklenmektedir (168). Yürütülen çalışmada ise bilgi/yeterlilik boyutunun varyansı %59.55, etik alt boyut %6.67, kişilerarası ilişki alt boyut %4.46 olarak saptanmıştır. Bu doğrultuda hemşire güven ölçeği bilgi/yeterlilik, etik ve kişilerarası olmak üzere üç boyutlu bir ölçek olduğunu görülmektedir. Bununla birlikte ilk faktör olan bilgi/yeterlilik boyutunun açıkladığı varyansın %30 ve daha fazla olması nedeni ile bu ölçek tek boyutlu bir ölçek olarak da kabul edilebilir (171).

AFA'da bu üç boyutu belirlemek için temel bileşenler analizi ve rotasyon/döndürme yöntemlerinden eğik döndürme yöntemlerinden biri olan promax yöntemi kullanılmıştır. Literatürde en sık kullanılan faktör çıkartma yöntemi temel bileşenler analizidir (176). Promax döndürme yöntemi ise HGÖ'nin alt boyutları arasında yüksek düzeyde ilişki saptanmasından dolayı tercih edilmiştir. Çünkü eğik döndürme yöntemleri, faktörler arası korelasyona izin veren bir yöntemdir (168, 171). Bu döndürme işlemi ile ölçekteki her bir maddenin bir faktördeki yükü yükseltip, diğer faktördeki yükü düşürülerek her faktöre en yakın maddeler açığa çıkartılmaya çalışılır (165). Bununla birlikte Taslak HGÖ'nin açıklayıcı faktör analizi uygulamasında ilk olarak dik döndürme yöntemlerinden Varimax yöntemi kullanılmış, ancak alt boyutlar arasında yüksek ilişki olduğu görülünce, eğik döndürme yöntemine geçilmiştir. Promax yöntemi ile döndürme işlemleri sonrasında faktör yükü düşük ve eş yükleme olan maddeler HGÖ'den çıkartılarak döndürme işlemi tekrar edilmiştir. AFA'nın Temel Bileşenler Analizi Promax yöntemi ile 3 kez döndürme işlemi gerçekleştirilmiş ve HGÖ'yi maddelerinin faktör yük değerleri belirlenmiştir. Faktör yük değeri, maddenin yüklendiği faktörle olan ilişkisini açıklayan bir kat sayıdır. Maddelerin yer aldıkları faktördeki yük değerlerinin yüksek olması maddenin yüklendiği faktörü iyi ölçtüğünü göstermektedir (177). Faktör yük değerinin her iki yönde en düşük 0.30 ile 0.40 arasında olması kabul edilebilir olduğunu, 0.50 ve üzerinde olması uygulamada anlamlılığının olduğunu, 0.70 ve üzeri olması yapıyı iyi açıkladığını tanımlamaktadır (165). Yapılan çalışmada, HGÖ'nin faktör yüklerinin 0.60'ın üzerinde olduğu saptanmıştır.

Madde ayırt edicilik analizi olan alt ve üst gruplara dayalı madde analizinde ise herhangi bir araştırmada kullanılan ölçeğin, araştırılan konuyla ilgili durumları ayrıştırarak ortaya çıkarıp çıkaramayacağı belirlenmeye çalışılır. Alt ve üst grupların ortalamaları arasında farklılık olup olmadığını belirleyebilmek için t testi kullanılarak sınanması sonucunda anlamlı farklılık çıkması testin iç tutarlılığının bir göstergesi olarak değerlendirilir (175). Yürütülen araştırmada, HGÖ'nin %27'lik alt ve üst gruplarının karşılaştırılmasına göre ölçek toplam ve alt boyutlarına ilişkin 27'lik alt ve üst çeyreklik grupları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Bu durum ölçeğin, ayırt edicilik yönünden hassas ölçüm yaptığını göstermektedir.

Açıklayıcı faktör analizi sonrasında elde edilen HGÖ'nin faktör yapısının doğruluğunu belirlemek üzere farklı bir örnekleme doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA), ölçme modellerinin geliştirilmesinde sık kullanılan ve önemli kolaylıklar sağlayan bir analiz yöntemidir. Bu yöntem, önceden oluşturulan bir model aracılığıyla gözlenen değişkenlerden yola çıkarak gizil değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçebilen yapısal eşitlik modelinin bir türüdür (168, 178). Genellikle ölçek geliştirme ve geçerlilik analizlerinde kullanılmaktadır (168). DFA önceden seçilen faktör modelinin veriler ile uyumunu test etmede ve ölçme aracının yapı geçerliğini incelemeye güçlü ve tercih edilen bir istatistiki tekniktir (171). DFA’da araştırmacının modelin tüm özelliklerini önceden belirtmesini gerektirir (178). DFA öncesi DFA’nın örneklem yeterliliği için KMO ve Bartlett test değerlendirilmiştir. KMO ve Bartlett test sonuçlarına göre DFA için örneklemin uygun ve normal dağılıma sahip olduğunu belirlenmiş ve analize geçilmiştir. Çalışmada, DFA’da mutlak uygunluk ölçütlerinden X^2 veya X^2/sd , RMSEA, GFI değerleri kullanılırken; aşamalı/karşılaştırmalı uygunluk ölçütleri olarak CFI, IFI, TLI ve NFI değerleri kullanılmıştır (168, 179).

Ki-kare (X^2) testi, modelin genel uygunluğunu test etmek amacıyla kullanılmaktadır. Ki kare değerinin anlamlı olmaması ($p>0.05$) (175) ve elde edilen değer sıfıra yakın olması beklenmektedir. Ancak büyük örneklerde, ki-kare değerinin anlamlı olması çok güç olduğundan (171, 175), bu istatistiğin serbestlik derecesinden arındırılarak kullanılması gerektiği belirtilmektedir (171, 180). Bu kapsamda çalışmada, X^2/Sd değeri 3’ün altında ve anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu değer 3’ün altında olması mükemmel uyuma işaretler. Çalışmada incelenen diğer uyum indeksi RMSEA’dır. HGÖ için RMSEA değeri 0.07 ve aynı şekilde Standardize edilmiş RMR değeri 0.02 olarak belirlenmiştir. Bu değerlerin 0.05’den küçük olması mükemmel uyumu, 0.08 den küçük olması iyi uyumu göstermektedir (175, 179). Uyum İyiliği İndeksi (GFI) ise doğrulayıcı faktör analizinde, uyumunu daha fazla değerlendirmek ve uyum iyiliği ölçütlerinin tanısallık potansiyelini araştırmak için hesaplanmaktadır. GFI değeri 0.85’in üstünde ise kabul edilebilir uyumu, 0.90 ve üzeri ise iyi uyumu gösterir (175). HGÖ için GFI değeri 0.90 olarak saptanmıştır. HGÖ’nin CFI uyum indeksi 0.93, IFI 0.93, TLI 0.924 olarak belirlenmiştir. Bu değerlerin 0.90 üzerinde olması iyi uyumu, 0.95 üzerinde olması mükemmel uyumu göstermektedir (170, 171, 179). Ayrıca HGÖ’nin NFI uyum indeksi ise 0.895 olup kabul edilebilir değer olan 0.90 sınırındadır. Bu kapsamda NFI değeri 0.90 ve üzeri ise kabul edilebilir; 0,95 ve üzeri ise mükemmel uyumu gösterir (168, 179). Bu uyum indeks değerleri, DFA’da HGÖ için önerilen modifikasyon uygulamaları yapıldıktan sonra elde edilmiştir. HGÖ’de path diyagramda da görüldüğü gibi diyagram üzerinde üç adet

modifikasyon yapılmıştır. Bu modifikasyonlar, literatürde mantıksal bir dayanağa temellendirilerek gerçekleştirilmiştir. Ayrıca modifikasyonların teker teker yapılmasına özen gösterilmiştir (171). Sonuç olarak DFA ile hesaplanan uyum indeksleri göz önüne alındığında, ölçeğin AFA ile belirlenen üç boyutlu yapısının toplanan verilerle genel olarak uyumlu olduğuna karar verilmiştir.

HGÖ'nin geçerlik analizleri sonra güvenirlik analizleri değerlendirilmiştir. Güvenirlik; bir ölçme aracının güvenirliği, aracın ölçmek istediği değişkeni ne tutarlılıkla ölçtüğünün ya da ölçme sonuçlarının hatalardan arınmış olmasının derecesi olarak tanımlanmaktadır (156). Bir ölçme aracıyla aynı koşullarda ard arda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm değerlerinin kararlılığının bir göstergesidir (173). Güvenirlik ölçme aracı ve aracın sonuçlarına ilişkin bir özelliktir (181). Bu kapsamda HGÖ'nin güvenirliği belirlemek adına ilk olarak iç tutarlılığı test edilmiştir. İç tutarlılık, bir ölçekteki maddelerin homojenliği ile ilgilidir. Literatürde ölçeğin güvenirliği (iç tutarlılık) yaygın olarak Cronbach Alpha katsayısı ile belirlenmektedir (182). Ölçekte bu katsayısı, yüksek olursa ölçekte yer alan maddelerin birbirleri ile tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yoklayan maddelerden meydana geldiği veya bütün maddelerin beraber çalıştığı ifade edilebilir (165). Bu kapsamda Cronbach Alpha katsayısının güvenilir olabilmesi için 0.60 üzerinde olması beklenmektedir (182). HGÖ'nin toplam ve alt boyutlarının Cronbach Alpha değerleri 0.90'ın üzerinde olup yüksek düzeyde güvenirlik göstermiştir. Cronbach Alpha katsayısı dışında HGÖ'nin güvenilirliğini sınamak için yarıya bölme yöntemlerinden olan Spearman-Brown ve Guttman değerlerine bakılmıştır. Bu değerler de 0.85'in üzerinde olup ölçeğin güvenirliğini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu sonuçlar, HGÖ'nin birbirleriyle yakından ilişkili maddelerden meydana geldiğini ve homojen bir ölçek olup yüksek iç tutarlılığına sahip olduğu göstermektedir.

Güvenirlik analizlerinden biri olarak kabul edilen madde-toplam madde puan korelasyon katsayıları ise ölçek maddelerinden alınan puanlar ile ölçek toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklar. Her maddenin gücünü hesaplamayı sağlayan ve ölçeği daha güvenilir kılan madde-toplam madde puan korelasyon testinin pozitif ve yüksek olması beklenmektedir (183). Madde-toplam madde korelasyon katsayısı düşükse, o maddenin ölçeğe olan katkısının düşük olduğu ifade edilir. Aynı zamanda bu analiz, madde ayırt edicilik hakkında da bilgi verir (165). Ölçekteki bir maddenin, maddeler toplamı ile korelasyon katsayısının 0.3 ve üzeri olması ayırt ediciliğinin yüksek olduğunu

göstermektedir (156, 171). Yürütülen araştırmada, madde-toplam madde korelasyon değerleri 0.62'ün üzerindedir. Diğer bir ifadeyle HGÖ güvenilir ve maddeleri hemşirelere olan güveni ölçmek için ayırt edici özelliğe sahiptir.

HGÖ'nin güvenilirliği, ayrıca iki farklı zamanda aynı bireylerin verdikleri cevapların tutarlılığının test edilmesi amacıyla test- tekrar ile analiz edilmiştir. Test tekrar test; ölçeğin ne kadar kararlı olduğunu göstermektedir (168). Test-tekrar test analizinde, korelasyon katsayısının 0.70 den yüksek ve anlamlı olması, iki ölçüm puanlarının karşılaştırmasında ise sonucun istatistiksel olarak anlamlı olmaması beklenmektedir (156, 165). HGÖ'nin test-tekrar test analizine göre iki ölçüm arasında 0.80 üzerinde iyi düzeyde anlamlı bir ilişki saptanırken, yapılan karşılaştırmada anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar; ölçeğin zamana bağlı olarak tutarlı/güvenilir ölçüm yaptığını göstermiştir.

5.2. Katılımcıların tanıtıcı Özellikleri ile HGÖ'ne İlişkin Bulguların Tartışılması

Güven sadece hemşire-hasta ilişkilerinde değil, hemşirelerin meslektaşları ve diğer sağlık çalışanlarıyla olan ilişkilerinde de önemli bir unsurdur. Çünkü sağlık çalışanları, klinik kararlar, gözlemler, kendilerine devredilen işlerin tamamlanması, fiziksel güvenlik ve duygusal olarak güvenli bir çalışma ortamı için birbirlerine bağımlıdırlar (11). Bu nedenle güvene dayalı işbirliğinin geliştirilmesi ile daha iyi klinik sonuçların elde edilmesi sağlanabilir (41). Bu doğrultuda hekim, hemşire, diğer sağlık çalışanı, sağlık dışı personel ve hastaların hemşirelere güven düzeylerinin değerlendirildiği çalışmada, tüm katılımcıların hemşire güven düzeyi yüksek bulunmuştur. Diğer bir deyişle hekimler, hemşireler, diğer sağlık çalışanları ve sağlık dışı çalışanlar ve hastalar, hemşireye güven ölçeği toplamında ve tüm alt boyutlarında yüksek düzeyde güvenmektedir. Bununla birlikte bu gruplar içerisinde sağlık alanının da kendilerini daha yetkin görmeleri ve beklentilerinin daha yüksek olmasına bağlı olarak hemşirelere anlamlı düzeyde daha az hekimlerin güvendiği düşünülürken, hemşirelere en çok kendi meslektaşları olan hemşireler güvendiği görülmüştür. Hemşireler arasında da özellikle erkek hemşireler ve hemşire meslektaşları ile çalışmaktan memnun olanlar daha fazla güvenmektedir. Bu bulgularla uyumlu olacak şekilde Timuroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hemşirelerin iş arkadaşı olan hemşire arkadaşlarına güven düzeyi yüksek bulunmuştur (184). Monfre ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, benzer şekilde bakım ekibinde hemşirelerin yeteneklerine güvenildiği bulunmuştur (28). Ayrıca sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada, örgütsel güvenin alt boyutlarından biri olan çalışma arkadaşlarına

güven boyutunun hemşirelerin puanlarının da daha yüksek olduğu belirlenmiştir (185). Bununla birlikte yürütülen çalışmada, diğer katılımcılara göre daha az olsa da, özellikle üniversite hastanesinde çalışan ve hemşirelerle çalışmaktan memnun olan hekimlerin genel olarak hemşirelere güven düzeyi yüksektir. Bu bulguları destekler ya da hekimlerin hemşirelere olan güvenini gösterir şekilde Lancaster ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hekimler hemşirelerin hasta bakımın ayrılmaz bir parçası olduğunu ve hasta bakımında hekimlerden daha fazla ayrıntılara dikkat ettiklerini belirtmişlerdir (23). Ayrıca Hossny ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da, hekimler hemşirelerle aralarındaki işbirliği düzeyinden memnun olduklarını belirtmişlerdir (24). Çünkü hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet, yürütülen çalışmada saptandığı gibi hemşireler olan güven düzeyini artıran birincil değişken olarak tanımlanmıştır. Bu kapsamda hemşirelerle çalışmaktan memnun olan ve kamu hastanelerinde çalışan sağlık dışı personellerinin de hemşirelere olan güven düzeyi yüksek bulunmuştur. Çünkü çalışmada, hekimlerin ve hemşirelerin dışında diğer sağlık ve sağlık dışı personellerinin hemşirelere olan güveni en çok hemşirelerle çalışmaktan memnuniyet durumları etkilemiştir. Bu bulgularla uyumlu olacak şekilde yeni mezun hemşirelerle yapılan bir çalışmada, bu hemşirelerin ekipten memnuniyeti ile meslekler arası işbirliğine olan güveni arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (5). Bu durum, hemşirelerin hastanın bakımı ve tedavi sürecinde ekipte aktif rol almasından, ekibin ayrılmaz bir parçası olmasından ve klinik/hasta ile ilgili sorunlara çözüm bulmasından, ilişkilerinin destekleyici veya yapıcı olmasından kaynaklanabilir. Bununla birlikte kamu hastanesine göre üniversite hastanesindeki hekimlerin, üniversite hastanesine göre kamu hastanesinde çalışan diğer sağlık ve sağlık dışı personelin ise hemşirelere daha fazla güvenmesinin nedeni, hastanelerindeki hemşireleri daha yetkin görmeleri, güvene ilişkin beklentilerini karşılamalarından kaynaklanmış olabilir.

Sağlık ve sağlık dışı personelin dışında çalışmada, sağlık çalışanlarının varoluş gayesi olan hastalar da, hemşirelere yüksek düzeyde güvenmişlerdir. Benzer şekilde onkoloji (57), Covid-19 tanılı (186) ve hemodiyaliz tedavisi alan (187) hastalarla yapılan bazı çalışmalarda da hastaların hemşirelere yüksek düzeyde güvendiği belirlenmiştir. Bunun yanı sıra Gallup şirketinin Amerika halkında yaptığı çalışmada, hemşirelerin en güvenilir profesyoneller olduğu bulunmuştur (148). Çalışmadan farklı şekilde Wilson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tedavisinin uygun olmadığını düşünen yoğun bakım hastalarının veya refakatçilerinin yoğun bakım ekibine güven düzeyi düşük olarak belirlenmiştir (188). Bu sonuçlarda, hastaların aldıkları hizmetten memnuniyetinin

hastaların güven düzeyi üzerinde etkisi olabileceğini düşündürmüştür. Bu görüşü doğrular şekilde çalışmada da, hastaların hemşirelerden alınan hizmetten memnuniyetinin hemşirelere olan güveni etkileyerek arttırdığı belirlenmiştir. Wu ve arkadaşlarının sağlık turizmi hastaları ile yaptığı çalışmada da, güven algısının hastaların memnuniyetlerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (189). Benzer şekilde diyabet hastaları ile yapılan bir çalışmada, güven ile memnuniyet arasında pozitif yönde bir ilişkili olduğu bulunmuştur (190). Bir başka çalışmada da, sağlık hizmetlerinden daha yüksek düzeyde memnuniyet duyan hastalar, sağlık sistemine daha yüksek düzeyde güvenmişlerdir (191). Bu olumlu sonuçlar, hemşirelerin sağlık kurumlarında hastalarla birebir hizmet sunmasından, dolayısıyla kolay ulaşılabilir olmalarından, hastalarla etkili iletişim kurmalarından ve hastanın bakımında ön safta yer alan meslek grubu olmalarından kaynaklanabilir. Çünkü etkili iletişim becerileri ve güven ile sunulan hasta merkezli yaklaşımın, hasta memnuniyetine yol açtığını belirtilmektedir (131).

Çalışmada, hemşirelerden memnuniyetin dışında hastaların hemşirelere olan güvenini, medeni ve eğitim durumları da etkilemiştir. İlkokul mezunu hastalara göre önlisans ve lisans mezunu hastaların hemşirelere olan güven düzeyinin azaldığı bulunmuştur. Bu durum eğitim seviyesi arttıkça, hastaların kendi hastalıkları, tedavi ve bakımları ile ilgili beklenti seviyelerinin yüksek olmasından kaynaklanabilir. Çünkü eğitim düzeyi arttıkça hastalar kendilerine yapılacak uygulamaları takip edip sorgulamakta ve beklentileri artmaktadır. Bu durum hemşirelere olan güven düzeylerini etkilemiş olabilir. Bazı çalışmalarda da benzer şekilde bir ilişki görülmüş, düşük eğitim seviyesinin yüksek güvenle ilişkili olduğu saptanmıştır (192-194). Ancak Çoşkun'un Covid 19 tanılı hastalara yaptığı çalışmada, eğitim düzeyinin hasta güveni üzerinde etkisinin olmadığı bulunmuştur (186).

Sonuçta çalışmada, sağlık ve sağlık dışı çalışanlar ile hastalar olmak üzere tüm katılımcıların hemşirelere genel anlamda ve güven ölçeğinin tüm boyutları ile özellikle etik boyutunda hemşirelere yüksek düzeyde güvendikleri saptanmıştır. Hemşirelik eyleme dayalı bir meslek olduğundan her alanda ve her zaman etik ile yakından ilişkilidir (195). Kahrman ve Çalık'ın hemşirelerin etik duyarlılığını ölçtüğü bir çalışmada da, hemşirelerin etik duyarlılıklarının yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (196). Ayrıca yoğun bakım hemşireleri ile yapılan başka çalışmalarda, hemşirelerin etik duyarlılıklarının orta düzeyde olduğunu belirlemiştir (197, 198). Bu nedeni hemşirelerin mesleğin rolleri, görevleri,

sorumlulukları, davranışları, mesleki yargıları gereği ve hemşirelik bakımını sunarken meslektaşları, diğer sağlık çalışanları ve sağlıkla ilgili olmayan çalışanlarla ve hastalarla olan ilişkilerinde etik kodları dikkate almasından kaynaklanabilir (199).



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Hekimlerin, hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının, sağlık dışı hastane çalışanlarının ve hastaların değerlendirmesi ile hemşirelere olan güven düzeyini 360 derece ile ölçebilecek HGÖ geliştirmek amaçlı yapılan bu çalışmada, HGÖ'nin yüzey geçerliği akranlar, uzmanlar ve pilot uygulama sonuçlarında yapılan iyileştirmeler ile sağlanmıştır. Kapsam geçerlik indeksinin de bire yakın/yüksek olması nedeni ile HGÖ'nin maddelerinin hemşirelere olan güveni belirlemeye uygun olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin yapı geçerliğini sağlamak için AFA ve DFA yapılmış, öncesinde KMO testi ile AFA ve DFA için seçilen örneklemelerin, ayrıca anti-imaj korelasyon testi ile ölçekteki her bir maddenin faktör analizine uygun olduğu ve Bartlett testi ile değişkenler arasında ilişki olduğu saptanmıştır. AFA sonrasında ölçeğin bilgi/teknik yeterlilik (12 madde), etik (10 madde), kişilerarası ilişkiler (8 madde) olmak üzere üç alt boyutu olduğu ve toplam 30 madden oluştuğu belirlenmiştir. Bununla birlikte ölçeğin genel bir faktör üzerinden de değerlendirilebileceği saptanmıştır. Sonrasında yapılan DFA'ya göre uyum indekslerinin iyi/ kabul edilebilir düzeyde olduğu ve AFA sonrası biçimlenen ölçeğin yapısının doğrulandığı görülmüştür. Ayrıca HGÖ'nin Cronbach Alpha, Spearman Brown, Guttman, madde toplam madde korelasyon ve faktörler arası korelasyon değerlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Test tekrar test analizinde de korelasyon değerlerinin yüksek ve anlamlı olduğu, ölçümler arası karşılaştırmada anlamlı fark olmadığı belirlenerek ölçeğin zamana göre değişmeyip kararlı/tutarlı ölçüm yapabileceği belirlenmiştir. Bu nedenle 30 maddelik HGÖ güvenilir olarak kabul edilmiştir. Ayrıca %27 lik alt ve üst çeyreklik grupları arasındaki fark anlamlı ve iç tutarlılık analiz sonuçları yüksektir. Bu sonuçlar doğrultusunda HGÖ'yi, hemşire güven düzeyini ve boyutlarını tüm sağlık kurumu/hastane çalışanları ve hastaların değerlendirmeleri ile çok yönlü, tutarlı ve doğru bir şekilde ölçebilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olarak söylenebilir.

Geliştirilen ölçek ile hemşirelere olan güven düzeyi değerlendirildiğinde ise tüm katılımcıların HGÖ toplamı ile etik boyutu öncelikli olmak üzere tüm alt boyutlarda hemşirelere yüksek düzeyde güvendiği saptanmıştır. Bu güven düzeyini tüm katılımcıların hemşirelerle çalışmaktan/hizmet almaktan memnuniyet durumları etkilemiştir. Ayrıca katılımcılar arasından üniversite hastanesinde çalışan hekimler, kamu hastanesinde çalışan diğer sağlık personeli ve sağlık dışı personelin de hemşirelere daha fazla güvendiği tespit edilmiştir. Ayrıca erkek hemşirelerin meslektaşlarına ve eğitim durumu ilköğretim olan

hastaların da hemşirelere daha fazla güvendiği, dolayısıyla hemşirelerde cinsiyetin, hastalarda eğitim durumunun hemşirelere olan güven düzeylerini etkilediği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- 360 derecelik hemşire güven ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sırasında yapılamayan benzer ölçek geçerliği yapılabilir.
- Farklı kültür ve örneklemelerde hemşire güven ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik analizleri tekrarlanabilir.
- Hemşire güven ölçeğinin iç tutarlılık analizleri yönetici hemşireler için de uygulanabilir.
- Çalışmada hemşirelere olan güven düzeyini azaltan memnuniyetsizlik nedenlerine yönelik başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarını kapsayacak analitik çalışmalar yapılabilir.
- Kamu hastanelerindeki hekimlerin, kadın hemşirelerin, üniversite hastanesinde çalışan diğer sağlık ve sağlık dışı personellerinin, eğitim düzeyi yüksek olan hastaların hemşirelere güven düzeyini düşüren faktörler araştırılabilir.
- Ayrıca bu çalışma sonuçları, gelecekte yapılacak ölçek çalışmalara rehber/kaynak olarak kullanılabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Öztürk H (2014). Takım çalışması. Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen E (Ed.), Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Akademi Basın, İstanbul, Sayfa: 217-257.
2. Murray B, Mccrone S (2015). An integrative review of promoting trust in the patient-primary care provider relationship. *Journal of Advanced Nursing* 71: 3-23.
3. Paşalak Şİ, Seven M (2017). Onkolojide genetik gelişmeler ve hemşirenin rollerine etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 14: 212-217.
4. Altuntaş S, Baykal Ü (2010). Örgütsel Güven Ölçeği'nin hemşirelikte geçerlik-güvenirliği. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 1: 10-18.
5. Pfaff KA, Baxter PE, Jack SM, Ploeg J (2014). Exploring new graduate nurse confidence in interprofessional collaboration: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies* 51: 1142-1152.
6. Karadoğan SE (2003). Kişiler arası iletişim sürecinde güven unsuru, güven ve ikna ölçeği. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tanıtım ve Halkla İlişkiler Ana Bilim Dalı, İstanbul
7. Rajcan L, Lockhart JS, Goodfellow LM (2021). Generating oncology patient trust in the nurse: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research* 43: 85-98.
8. Bell L, Duffy A (2013). A concept analysis of nurse-patient trust. *British Journal of Nursing* 18: 46-51.
9. Shanahan T, Cunningham J (2021). Keys to trust-building with patients. *Journal of Christian Nursing* 38: E11-E14.
10. Ozawa S, Sripad P (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science and Medicine* 91: 10-14.
11. Peter E, Morgan KP (2001). Explorations of a trust approach for nursing ethics. *Nursing Inquiry* 8: 3-10.
12. Başol E (2018). Hasta ile sağlık çalışanları (doktor ve hemşire) arasındaki iletişim sorunları ve çözüm önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal* 4: 76-93.

13. Winder GS, Clifton EG, Fernandez AC, Mellinger JL (2021). Interprofessional teamwork is the foundation of effective psychosocial work in organ transplantation. *General Hospital Psychiatry* 69: 76-80.
14. Bies RJ, Barclay LJ, Saldanha MF, Kay AA, Tripp TM (2018). Trust and distrust: Their interplay with forgiveness in organizations. Searle RS, Nienaber AMI SS (Ed.), *The Routledge Companion to Trust*, 1st Editio, Routledge, Page: 302-325.
15. Küçükali R, Çakır R, Çevik Özdemir HN (2019). Sağlık profesyonellerinin iletişimsel sorunlarının belirlenmesi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 14: 763-783.
16. Gregory ME, Hughes AM, Benishek LE, Sonesh SC, Lazzara EH, Woodard LCD, Salas E (2021). Toward the development of the perfect medical team: Critical components for adaptation. *Journal of patient safety* 17: e47-e70.
17. Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen ME, Erdmann JB, Hojat M (2008). The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration: A study with undergraduate nursing students. *Journal of Interprofessional Care* 22: 375-386.
18. Tarhan M, Doğan P, Kürklü A (2022). Nurse-physician collaboration, intention to leave job, and professional commitment among new graduate nurses. In *Nursing Forum* 57: 252-259.
19. Matziou V, Vlahioti E, Perdikaris P, Matziou T, Megapanou E, Petsios K (2014). Physician and nursing perceptions concerning interprofessional communication and collaboration. *Journal of Interprofessional Care* 28: 526-533.
20. Bobbio A, Manganelli AM (2015). Antecedents of hospital nurses' intention to leave the organization: A cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies* 52: 1180-1192.
21. Yucel SC, Ay S (2013). Reliability and validity of a Turkish version of the Trust in Nurses Scale. *Social Behavior and Personality* 41: 1737-1745.
22. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli ELCP, Soares CB (2017). Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis* 15: 2723-2788.

23. Lancaster G, Kolakowsky-Hayner S, Kovacich J, Greer-Williams N (2015). Interdisciplinary communication and collaboration among physicians, nurses, and unlicensed assistive personnel. *Journal of Nursing Scholarship* 47: 275-284.
24. Hossny EK, Sabra HE (2021). The attitudes of healthcare professionals towards nurse-physician collaboration. *Nursing Open* 8: 1406-1416.
25. Cheng Q, Duan Y, Wang Y, Zhang Q, Chen Y (2021). The physician-nurse collaboration in truth disclosure: From nurses' perspective. *BMC Nursing* 20: 38.
26. Vatn L, Dahl BM (2022). Interprofessional collaboration between nurses and doctors for treating patients in surgical wards. *Journal of Interprofessional Care* 36: 186-194.
27. Boev C, Tydings D, Critchlow C (2022). A qualitative exploration of nurse-physician collaboration in intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing* 70: 103218.
28. Monfre J, Knudsen ÉA, Sasse L, Williams MJ (2022). Nurses' perceptions of nurse-physician collaboration. *Nursing Management* 53: 34-42.
29. McDonald J, Jayasuriya R, Harris MF (2012). The influence of power dynamics and trust on multidisciplinary collaboration: a qualitative case study of type 2 diabetes mellitus. *BMC Health Services Research* 12: 63.
30. Zhao L, Wang R, Liu S, Yan J (2017). Validation of Chinese version of the 4-item Trust in Nurses Scale in patients with cancer. *Patient preference and adherence* 11: 1891.
31. Radwin LE, Cabral HJ (2010). Trust in nurses scale: Construct validity and internal reliability evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 66: 683-689.
32. Stolt M, Charalambous A, Radwin L, Adam C, Katajisto J, Lemonidou C, Patiraki E, Sjövall K, Suhonen R (2016). Measuring trust in nurses - Psychometric properties of the Trust in Nurses Scale in four countries. *European Journal of Oncology Nursing* 25: 46-54.
33. Sheehan R, Fealy G (2020). Trust in the nurse: Findings from a survey of hospitalised children. *Journal Of Clinical Nursing* 29: 4289-4299.
34. Benkert R, Hollie B, Nordstrom CK, Wickson B, Bins-Emerick L (2009). Trust, mistrust, racial identity and patient satisfaction in Urban African American primary care patients of nurse practitioners. *Journal of Nursing Scholarship* 41: 211-219.

35. Burge DM (2009). Relationship between patient trust of nursing staff, postoperative pain, and discharge functional outcomes following a total knee arthroplasty. *Orthopaedic Nursing* 28: 295-301.
36. Benkert R, Peters R, Tate N, Dinardo E (2008). Trust of nurse practitioners and physicians among African Americans with hypertension. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20: 273-280.
37. Huz HH (2019). Kanser hastalarında hemşirenin varlığı, hasta-hemşire güven ilişkisi ve kurum imajı algısı. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı, Ankara
38. Belcher M, Jones LK (2014). Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse* 31: 142-152.
39. Liao C, Qin Y, He Y, Guo Y (2015). The nurse-nurse collaboration behavior scale: Development and psychometric testing. *International Journal of Nursing Sciences* 2: 334-339.
40. Milton J, Erichsen Andersson A, Åberg ND, Gillespie BM, Oxelmark L (2022). Healthcare professionals' perceptions of interprofessional teamwork in the emergency department: a critical incident study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine* 30: 1-16.
41. Symvoulakis EK, Volkos P, Kamekis A, Merou K, Rachiotis G, Morgan M, Linardakis M (2022). Development and assessment of the scale of personal trust and connections (pertc): Preliminary data from a hospital employee group. *Healthcare* 11: 13-23.
42. Gibson D (1988). A Q-analysis of interpersonal trust in the nurse-client relationship. Dissertation thesis, The University of Alabama in Birmingham, Science in Nursing in the School of Nursing in The Graduate School, Birmingham
43. Graves J (1996). Development and evaluation of an instrument to measure parental trust in nurses. University of Colorado Health Sciences Center, Faculty of the Graduate School, USA

44. Rotenberg KJ, Woods EE, Betts LR (2015). Development of a scale to assess children's trust in general nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 20: 298-303.
45. Zha P, Qureshi R, Sickora C, Porter S, Chase S, Chao YY (2020). Development of A Patient-Nurse Trust Scale in Underserved Community Setting. *Journal of Community Health Nursing* 37: 9-18.
46. Zha P, Qureshi R, Porter S, Lin H (2022). Psychometric Evaluation of the Patient-Nurse Trust Scale among Sexual and Gender Minorities. *Journal of Community Health Nursing* 39: 238-250.
47. Kelly JJ, Njuki F, Lane PL, McKinley RK (2005). Design of a questionnaire to measure trust in an emergency department. *Academic Emergency Medicine* 12: 147-151.
48. Radwin L (2000). Oncology Patients' perceptions of quality nursing care. *Research in Nursing & Health* 23: 179-190.
49. Bova C, Fennie KP, Watrous E, Dieckhaus K, Williams AB (2006). The health care relationship (HCR) trust scale: Development and psychometric evaluation. *Research in Nursing & Health* 29: 477-488.
50. Zheng Beiyao, Hall Mark A., Dugan Elizabeth, Kidd, Kristin E. LD (2002). Development of a Scale to Measure Patients' Trust in Health Insurers. *Health Services Research* 37: 185-200.
51. Egede LE, Ellis C (2008). Development and testing of the multidimensional trust in health care systems scale. *Journal of General Internal Medicine* 23: 808-815.
52. Dinç L, Korkmaz F, Karabulut E (2013). A validity and reliability study of the multidimensional trust in health-care systems scale in a Turkish patient population. *Social Indicators Research* 113: 107-120.
53. Rose A, BP& M, Peters N, Shea JA, Armstrong K (2004). Development and testing of the health care system distrust scale. *Journal of general internal medicine* 19: 57-63.
54. Türk Dil Kurumu (2023). Güncel sözlük. [Online]. Available at: <https://sozluk.gov.tr/>. [Accessed: 15 March 2022].

55. Mcallister DJ (1995). Affect -and cognition- based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. *Academy of Management Journal* 38: 24-59.
56. Mayer RC, Davis JH, Schoorman FD (1995). An Integrative Model Of Organizational Trust. *Academy of Management Review* 20: 709-734.
57. Ozaras G, Abaan S (2018). Investigation of the trust status of the nurse-patient relationship. *Nursing Ethics* 25: 628-639.
58. Gonzalez KM (2017). Trust: A concept analysis with Watson's theoretical perspective. *Nursing Science Quarterly* 30: 356-360.
59. Boztepe H (2013). Halkla ilişkiler perspektifinden güven kavramı: Katılımcılık, şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkelerinin kamu kurumlarına yönelik güvenin oluşmasındaki rolü. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi* 45: 53-74.
60. Hupcey JE, Miller J (2006). Community dwelling adults' perception of interpersonal trust vs. trust in health care providers. *Journal of clinical nursing* 15: 1132-1139.
61. Hupcey JE, Penrod J, Morse JM, Mitcham C (2001). An exploration and advancement of the concept of trust. *Journal of Advanced Nursing* 36: 282-293.
62. Johns JL (1996). A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing* 24: 76-83.
63. Möllering G, Bachmann R, Hee Lee S (2004). Introduction: Understanding organizational trust - foundations, constellations, and issues of operationalisation. *Journal of Managerial Psychology* 19: 556-570.
64. Hult D (2018). Creating trust by means of legislation - a conceptual analysis and critical discussion. *The Theory and Practice of Legislation* 6: 1-23.
65. Ertong G (2011). Niklas Luhmann'ın sosyal sistemler kuramı ve güven tartışmaları bağlamında sağlık sistemi (health system in the context of Niklas Luhmann's social systems theory and trust discussions). *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2: 3-26.
66. Mishra AK (1996). Organizational responses to crisis: The centrality of trust. In R. M. Kramer, & T. R. Tyler (Eds.). *Trust in organizations: Frontiers of theory and research* 261-287.

67. Uslu O, Şimşek A (2020). Çalışma arkadaşlarına güven ve psikolojik iyi oluşun çalışanların iş performansına etkileri. Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Dergisi 2: 6-12.
68. Hall MA, Dugan E, Zheng B, Mishra AK (2001). Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? *Milbank Quarterly* 79: 613-639.
69. Dani SS, Burns ND, Backhouse GJ, Kochhar AK (2006). The implications of organizational culture and trust in the working of virtual teams. *Proceedings of the Institution of Mechanical Engineers, Part B: Journal of Engineering Manufacture* 220: 951-960.
70. Tanğ Yavuz (2021). Çalışma ilişkilerinde güven olgusunun incelenmesi. Doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, İzmir
71. Ikonen M, Savolainen T, Lopez-Fresno P, Kohl H (n.d.). ECIC2016-Proceedings of the 8th European Conference on Intellectual Capital ECIC 2016. In: Bagnoli C, Mio C, Garlatti A, Massaro M (Ed.), *Trust restoration in workplace relationships: Multi-level analysis of (Mis) Trusting Italy: Academic Conferences and Publishing International Limited*, pp 119-128.
72. Turhan M, Köprülü O, Helvacı İ (2018). Örgütsel güven ile bireysel iş performansı arasındaki ilişki. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi* 6: 47-55.
73. Zhang H, Xueying Z, Shuhua Z (2017). To trust or not to trust: Characteristic-based and process-based trust. *China Media Research* 13: 29-41.
74. Dinç L, Gastmans C (2012). Trust and trustworthiness in nursing: An argument-based literature review. *Nursing Inquiry* 19: 223-237.
75. Tagliaferri M (2022). Reviewing the case of online interpersonal trust. *Foundations of Science* 28: 225-254.
76. Siegrist M (2021). Trust and risk perception: A critical review of the literature. *Risk Analysis* 41: 480-490.
77. Emhan A (2009). Risk yönetim süreci ve risk yönetmekte kullanılan teknikler. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 23: 209-220.

78. Meyer S, Ward P, Coveney J, Rogers W (2008). Trust in the health system: An analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review* 17: 177-186.
79. Murray TM (2015). Trust in African Americans' healthcare experiences. *Nursing Forum* 50: 285-292.
80. Hillen MA, Haes H, Smets EM (2011). Cancer patients' trust in their physician-a review. *Psycho-Oncology* 20: 227-241.
81. Hendren EM, Kumagai AK (2019). A matter of trust. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges* 94: 1270-1272.
82. Sellman D (2006). The importance of being trustworthy. *Nursing Ethics* 13: 105-115.
83. Kim Y-H, Kim D-O, Ali MA (2015). The effects of mutual trustworthiness between labour and management in adopting high performance work systems. *Relations industrielles* 70: 36-61.
84. Kalemci Tüzün İ (2007). Güven, örgütsel güven ve örgütsel güven modelleri. *Karamanoglu Mehmetbey University Journal of Social and Economic Research* 2007: 93-118.
85. Çoban H, Balıkçioğlu E (2020). Güven, inovasyon ve ekonomik büyüme ilişkisi. *Maliye Araştırmaları Dergisi* 6: 77-92.
86. Sellman D (2007). Trusting patients, trusting nurses. *Nursing Philosophy* 8: 28-36.
87. Czernek K, Czakon W, Marszałek P (2017). Trust and formal contracts: Complements or substitutes? A study of tourism collaboration in Poland. *Journal of Destination Marketing & Management* 6: 318-326.
88. Kaya N, Tastan N (2020). Özgüven üzerine bir derleme. *Kırıkkale University Journal of Social Sciences* 10: 297-312.
89. Perry P (2011). Concept analysis: confidence/self-confidence. *Nursing forum* 46: 218-230.
90. Oktuğ Z (2019). Başarılı ve başarısız mizahın özgüven ve yeterlilik algıları açısından incelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 7: 63-69.

91. Özdemir E (2021). Üniversite öğrencilerinin özgüven düzeyleri ve sosyal destek algılarının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı, İstanbul
92. Spadaro G, Gangl K, van Prooijen JW, van Lange PAM, Mosso CO (2020). Enhancing feelings of security: How institutional trust promotes interpersonal trust. Plos One 15: 1-22.
93. Taş A, Özkara ZU, Aydintan B (2021). Yönetici desteğinin ona duyulan duygusal güven üzerindeki etkisi: Bilişsel güvenin aracılık rolü. Journal of Yaşar University 16: 147-169.
94. İşcan Ö, Sayın U (2010). Örgütsel adalet, iş tatmini ve örgütsel güven arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 24: 24.
95. Gefen D, Karahanna E, Straub DW (2003). Trust and Tam in online shopping: An integrated model. MIS Quarterly 27: 51-90.
96. Oral Kara N (2018). Türkiye’de güvenilir hekim algısı: Hekim ve cinsiyet stereotipleri bağlamında karşılaştırmalı bir araştırma. Doktora tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Isparta
97. Kitapçı İ (2017). Bir sosyal sermaye bileşeni olarak güven kavramı ve vergi etiğine etkisi. Finans Politik & Ekonomik Yorumlar 54: 43-58.
98. Dietz G (2004). Partnership and the development of trust in British workplaces. Human Resource Management Journal 14: 5-24.
99. Robert L, Denis A, Hung Y (2009). Individual swift trust and knowledge-based trust in face-to-face and virtual team members. Journal of management information systems 26: 241-279.
100. Vanhala M, Puumalainen K, Blomqvist K (2011). Impersonal trust the development of the construct and the scale. Personnel Review 40: 485-513.
101. Efe N, Türe A (2020). Hemşirelikte yöneticiye güven. Social Sciences Studies Journal 6: 392-403.
102. Çalışkur A (2015). Yöneticinin güç kaynağı ile çalışanların örgüte duyduğu güven arasındaki ilişki. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 160-174.

103. Tu Y, Zhang Y, Lu X, Wang S (2020). Differentiating two facets of trust in colleagues: How ethical leadership influences cross-team knowledge sharing. *Leadership and Organization Development Journal* 41: 88-100.
104. Çalışkan A (2021). Örgütsel güven: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Antalya Bilim Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi* 2: 42-59.
105. Nedkovski V, Guerci M, De Battisti F, Siletti E (2017). Organizational ethical climates and employee's trust in colleagues, the supervisor, and the organization. *Journal of Business Research* 71: 19-26.
106. Gunawan J, Aunguroch Y, Watson J, Marzilli C (2022). Nursing administration: Watson's Theory of Human Caring. *Nursing Science Quarterly* 35: 235-243.
107. Yazıcı Altuntaş S (2014). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi. Tatar Baykal Ü, Ercan Türkmen E (Ed.), *Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi*. Akademi Basın, İstanbul, Sayfa: 697-715.
108. Erkmen T, Esen E (2013). Hizmet sektöründe yöneticiye duyulan güven ile kuruma duyulan ilişkisinin incelenmesi. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi* 2: 0-0.
109. Kroeger F (2018). Unlocking the treasure trove: How can Luhmann's theory of trust enrich trust research? *Journal of Trust Research* 9: 110-124.
110. Christoffersen MG (2017). Risk, danger, and trust: refining the relational theory of risk. *Journal of Risk Research* 21: 1233-1247.
111. Göktürk B (2017). Halkla ilişkilerde güven kavramının önemi. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi* 7: 76-89.
112. Basit G, Duygulu S (2018). Nurses' organizational trust and intention to continue working at hospitals in Turkey. *Collegian* 25: 163-169.
113. Ferreira TA (2015). Organizational trust: Mayer, Davis and Schoorman model, a review. Mokrys MSB (Ed.), *Organizational trust: Mayer, Davis and Schoorman model, a review*. EDIS: University of Zilina, Slovakia, pp: 253-256.
114. Costa AC, Anderson N (2011). Measuring trust in teams: Development and validation of a multifaceted measure of formative and reflective indicators of team trust. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 20: 119-154.

115. Cummings LL, Bromiley P (1996). The Organizational Trust Inventory (OTI): Development and Validation. Kramer RM, Tyler TR (Ed.), Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research. Sage Publications Inc, London, pp: 302-330.
116. Hall MA, Zheng B, Dugan E, Camacho F, Kidd KE, Mishra A, Balkrishnan R (2002). Measuring patients' trust in their primary care providers. Medical Care Research and Review 59: 293-318.
117. Özdemir E (2020). Ortaokul öğretmenlerinin mesleki doyumları ile örgütsel güven arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Edirne
118. Ceylan A, Türkyılmaz H (2021). Örgütsel güven ve işe adanmışlık ilişkisi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi 14: 1296-1313.
119. Suliman WA, Welmann E, Omer T, Thomas L (2009). Applying Watson's nursing theory to assess patient perceptions of being cared for in a multicultural environment. Journal of Nursing Research 17: 293-300.
120. Kol E (2017). Jean Watson: İnsan Bakım Modeli. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara G (Ed.), Hemşirelik teorileri ve modelleri. Akademi Basın, İstanbul, Sayfa: 506-527
121. Küçükgülü Ö, Şentürk SG, Söylemez BA (2017). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım veren aile üyelerinin bakım verme sürecindeki deneyimleri 10: 68-78.
122. Durgun Ozan Y, Okumuş H (2017). Effects of nursing care based on Watson's Theory of Human Caring on anxiety, distress, and coping, when infertility treatment fails: a randomized controlled trial. Journal of Caring Sciences 6: 95-109.
123. Kabasakal A, Kitiş Y (2021). Watson'ın insan bakım modelinin kavramsal açıdan incelenmesi. Sağlık Akademisi Kastamonu 6: 5-9.
124. Pajnkihar M, McKenna HP, Štiglic G, Vrbnjak D (2017). Fit for practice: Analysis and evaluation of Watson's theory of human caring. Nursing Science Quarterly 30: 243-252.
125. Petrilli CM, Saint S, Jennings JJ, Caruso A, Kuhn L, Snyder A, Chopra V (2018). Understanding patient preference for physician attire: A cross-sectional observational study of 10 academic medical centres in the USA. BMJ Open 8: e021239.

126. Lewicki RJ, Tomlinson EC, Gillespie N (2006). Models of interpersonal trust development: Theoretical approaches, empirical evidence, and future directions. *Journal of Management* 32: 991-1022.
127. Halldorsdottir S (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: Introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 22: 643-652.
128. Yeşiloğlu HH (2020). Sağlık hizmetleri ve hemşirelik bakımına ilişkin güven. Yüksek lisans tezi, Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı, Karabük
129. Dinçel YM (2019). Çalışma ortamlarında hekim-hemşire arasındaki çatışma nedenleri ve çatışmaların yönetimi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 6: 256-265.
130. Çiftetepe Öztürk D, Dağdeviren HN (2018). Hekimlik pratiğinde etkili iletişimin yeri. *Eurasian Journal of Family Medicine* 7: 41-46.
131. Chandra S, Mohammadnezhad M, Ward P (2018). Trust and communication in a doctor- patient relationship: A literature review. *Journal of Healthcare Communications* 03: 1-6.
132. Sutherland BL, Pecanac K, LaBorde TM, Bartels CM, Brennan MB (2022). Good working relationships: how healthcare system proximity influences trust between healthcare workers. *Journal of interprofessional care* 36: 331-339.
133. Vries van D, Dongen A van, Jacques, Jean Jérôme, Bokhoven V, Marloes Amantia (2017). Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly healthcare system: Experiences from a collaborative Dutch programme. *Journal of interprofessional care* 31: 167-169.
134. Gilson L (2003). Trust and the development of health care as a social institution. *Social science & medicine* 56: 1453-1468.
135. Russell S (2005). Treatment-seeking behaviour in Urban Sri Lanka: Trusting the state, trusting private providers. *Social science & medicine* 61: 1396-1407.
136. Leslie JL, Lonneman W (2016). Promoting Trust in the Registered Nurse-Patient Relationship. *Home Healthcare Now* 34: 38-42.

137. Haavisto M, Jarva S (2018). Developing trust in a nurse-patient relationship a literature review. Bachelor's thesis, JAMK University of Applied Sciences Social Services and Health Care Degree Programme in Nursing, Finland
138. Hashim M (2017). Patient-centered communication: Basic skills. *American family physician* 95: 29-34.
139. Gilbert TP (2005). Impersonal trust and professional authority: Exploring the dynamics. *Journal of Advanced Nursing* 49: 568-577.
140. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, Gerger H (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *Plos One* 12: 1-13.
141. Saletnik L (2019). An Environment of Trust. *AORN Journal* 109: 286-288.
142. Rutherford MM (2014). The value of trust to nursing. *Nursing Economics* 32: 283-288.
143. Allinson M, Charr B (2016). How to build and maintain trust with patients. *The Pharmaceutical Journal* 297: 1-8.
144. Beard EL (2004). Consumer trust in healthcare organizations is waning how will 21st century leaders bridge the gap? *Nursing Administration Quarterly* 28: 99-104.
145. Gilson L (2006). Trust in health care: Theoretical perspectives and research needs. *Journal of Health Organisation and Management* 20: 359-375.
146. Rørtveit K, Hansen BS, Leiknes I, Joa I, Testad I, Severinsson E (2015). Patients' experiences of trust in the patient-nurse relationship-a systematic review of qualitative studies. *Open Journal of Nursing* 5: 195-209.
147. Tzeng HM, Okpalauwaekwe U, Feng C, Jansen SL, Barker A, Yin CY (2019). Exploring associations between older adults' demographic characteristics and their perceptions of self-care actions for communicating with healthcare professionals in southern United States. *Nursing Open* 6: 1133-1142.
148. Arkansas State University A State (2022). Nurses still rank at the top of ethics polls. [Online]. Available at: <https://degree.astate.edu/articles/nursing/nurses-rank-top-ethics.aspx> [Accessed: 5 August 2022].

149. Selin G, Camgöz M (2006). 360 derece performans değerlendirme ve geri bildirim: Bir üniversite mediko-sosyal merkezi birim amirlerinin yönetsel yetkinliklerinin değerlendirilmesi üzerine pilot uygulama örneği. *Yönetim ve Ekonomi* 13: 191-210.
150. Jani H, Narmawala W, Ganjawale J (2017). Evaluation of competencies related to personal attributes of resident doctors by 360 degree. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 11: 9-11.
151. Llapa-Rodriguez EO, Oliveira JKA de, Lopes Neto D, Campos MP de A (2015). Nurses leadership evaluation by nursing aides and technicians according to the 360-degree feedback method. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 36: 29-36.
152. Lanz JJ, Gregory PJ, Menendez ME, Harmon L (2018). Dr. Congeniality: Understanding the importance of surgeons' nontechnical skills through 360° feedback. *Journal of Surgical Education* 75: 984-992.
153. Yazdankhah A, Tayefeh Norooz M, Ahmadi Amoli H, Aminian A, Khorgami Z, Khashayar P, Khashayar P (2015). Using 360-degree multi-source feedback to evaluate professionalism in surgery departments: An Iranian perspective. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran* 29: 284.
154. Rodgers KG (2002). 360-degree Feedback: Possibilities for Assessment of the ACGME Core Competencies for Emergency Medicine Residents. *Academic Emergency Medicine* 9: 1300-1304.
155. Köklü N, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş (2021). Sosyal bilimler için istatistik. 25. Baskı. Pegem Akademi, Ankara
156. Tavşancıl E (2018). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. 6. Basım. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara
157. Hall MA, Camacho F, Dugan E, Balkrishnan R (2002). Trust in the Medical Profession: Conceptual and Measurement Issues. *Health Services Research* 37: 1419-1439.
158. Anderson LA, Dedrick RF (1990). Development of the Trust in Physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological Reports* 67: 1091-1100.

159. Yılmaz S, Baysal Akkaya V (2009). Hekim ile dermatoloji hastaları arasındaki ilişkide güven unsurunun ölçülmesi. TÜRKDERM - Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi 43: 89-94.
160. Ertong G (2011). Sağlık sisteminde hekim hasta ilişkisi ve güven unsuru. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara
161. Dinç L, Gastmans C (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review. Nursing Ethics 20: 501-516.
162. Koca GŞ, Erigüç G (2021). Hasta-hekim ilişkisinde güven iletişimi: Hastaların bakış açısıyla ölçmeye. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 19: 186-202.
163. Whitehead AL, Julious SA, Cooper CL, Campbell MJ (2016). Estimating the sample size for a pilot randomised trial to minimise the overall trial sample size for the external pilot and main trial for a continuous outcome. Statistical methods in medical research 25: 1057-1073.
164. Yurdugül H (2005). Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi 1: 771-774.
165. Alpar C (2022). Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve geçerlik güvenirlik. 7. baskı. Detay Yayıncılık, Ankara
166. Tabachnick B, Fidell L (2013). Using Multivariate Statistics. Sixth edition. Pearson, Boston
167. George D, Mallery M (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. 17.0 updat. Pearson, Boston
168. Murat Yaşlıoğlu M (2017). Sosyal Bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 46: 74-85.
169. Hair J, Black W, Babin B, Anderson R (2014). Multivariate Data Analysis: A Global Perspective. 7th edition. Upper Saddle River NJ, Pearson

170. Karagöz Y, Bardakçı S (2020). Bilimsel Araştırmalarda Kullanılan Ölçme Araçları ve Ölçek Geliştirme. Birinci Basım. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara.
171. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş (2018). Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 5. Baskı. Pegem Akademi, Ankara
172. Orçan F (2018). Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: İlk hangisi kullanılmalı. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi 9: 413-421.
173. Field A (2013). Discovering Statistics Using IBM SPSS statistics. 4th ed. Sage Publications, California
174. Büyüköztürk Ş (2021). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum. 29. Baskı. Pegem Yayıncılık, Ankara
175. Karagöz Y (2019). SPSS Amos Meta Uygulamalı İstatistiksel Analizler. 2. Basım. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara
176. Karaman H, Atar B, Çobanoğlu Aktan D (2017). Açımlayıcı faktör analizinde kullanılan faktör çıkartma yöntemlerinin karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 37: 1173-1193.
177. Büyüköztürk Ş (2002). Faktör analizi: Temel Kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanma. Kuram ve uygulamada eğitim yönetimi 32: 470-483.
178. Brown TA (2015). Confirmatory Factor Analysis for Applied Research. Second Ed. Guilford publications, New York
179. Evci N, Aylar F (2017). Derleme: Ölçek geliştirme çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. Sosyal Bilimler Dergisi 4: 389-412.
180. Çapık C, Gözüm S, Aksayan S (2018). Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: Güncellenmiş rehber. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 26: 199-210.
181. Karakoç FY, Dönmez L (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası 13: 39-49.

182. Özdamar K (2004). Paket Programlar ile İstatistiksel Veri Analizi. Genişletilmiş %. Baskı.Kaan Kitabevi, Eskişehir
183. Cronbach LJ, Shavelson RJ (2004). My current thoughts on coefficient alpha and successor procedures. *Educational and Psychological Measurement* 64: 391-418.
184. Timuroğlu MK, Çelik E (2018). Örgütsel güvenin motivasyona etkisi : Erzurum ili kamu hastaneleri üzerine bir uygulama. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 20: 69-86.
185. Halıcı M, Söyük S, Gün İ (2015). Sağlık çalışanlarında örgütsel güven. *Journal of Management and Economics Research* 13: 180-198.
186. Çoşkun Palaz S, Kayacan S (2022). The relationship between the level of trust in nurses and nursing care quality perceptions of patients treated for Covid-19. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 00: 1-9.
187. Ahmadpour B, Ghafourifard M, Ghahramanian A (2020). Trust towards nurses who care for haemodialysis patients: a cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 34: 1010-1016.
188. Wilson M, Dobler C, Zubek L, Gajic O, Chest DT- (2019). Prevalence of disagreement about appropriateness of treatment between ICU patients/surrogates and clinicians. *Chest* 155: 1140-1147.
189. Wu HC, Li T, Li MY (2016). A study of behavioral intentions, patient satisfaction, perceived value, patient trust and experiential quality for medical tourists. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism* 17: 114-150.
190. Lee YY, Lin JL (2011). How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes. *Patient Education and Counseling* 85: 406-412.
191. Ertong Attar G (2018). Trust in the health system: The case of cardiology patients in Turkey. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 22: 961-976.
192. Freburger JK, Callahan LF, Currey SS, Anderson LA (2003). Use of the trust in physician scale in patients with rheumatic disease: Psychometric properties and correlates of trust in the rheumatologist. *Arthritis & Rheumatism* 49: 51-58.

193. Wang W, Zhang H, Washburn DJ, Shi H, Chen Y, Lee S, Du Y, Maddock JE (2018). Factors influencing trust towards physicians among patients from 12 hospitals in China. *American journal of health behavior* 42: 19-30.
194. Gülcemal E, Keklik B (2016). Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 8: 64-87.
195. Leblebicioğlu H, Nair Aktaş F (2020). Covid- 19 salgınıyla mücadele: Yoğun bakım hemşireliği meslek ve kişisel etik perspektifi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 24: 73-80.
196. Kahrıman İ, Yeşilçiçek Çalık K (2017). Klinik hemşirelerin etik duyarlılığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6: 111-121.
197. Dikmen Y (2013). Yoğun bakım hemşireliğinde duyarlılığın incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2: 1-7.
198. Başak T, Uzun Ş, Arslan F (2010). Yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılıklarının incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 52: 76-81.
199. International Council of Nurses (2021). The ICN code of ethics for nurses: Revised 2021 [Online]. International Council of Nurses. Available from: https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf [Accessed 12 January 2022]



EKLER

Ek 1. Kişisel Bilgi Formu

Sayın Katılımcımız,

Bu araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı kapsamında tez çalışması olarak yürütülmektedir. Araştırma sonucunda Hemşire Güven Ölçeği geliştirilecektir. Bu kapsamda Kişisel Bilgi Formunu ve Hemşire Güven Ölçeğini doldurmak 10 dakikanızı alacaktır. İfadeleri hemşireleri ve davranışlarını düşünerek eksiksiz ve görüşlerinizi yansıtacak şekilde cevaplamanız çalışmanın sonuçlarının güvenilirliği ve amaçlarına ulaşması açısından çok önemlidir. Verdiğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacak olup isim belirtilmeyecektir. Destüğünüz ve katılımınız için teşekkür ederiz. Saygılarımla

Öğr. Gör. Elif KILIÇ GÜNER

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

ÇALIŞANLAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:

1. Kadın 2. Erkek

3. Medeni durumunuz

1. Evli 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz

1. İlkokul 2.Ortaokul 3. Lise 4.Önlisans 4.Lisans 6.Lisansüstü

5. Çalıştığınız hastane;

1. Üniversite hastanesi 2. Kamu hastanesi

6. Çalıştığınız servis/ünite :

7. Mesleğiniz:

8. Pozisyonunuz :

1. Yönetici 2. Çalışan

9. Mesleki Deneyim Yılıınız:.....yıl

10. Hastane Deneyim Yılıınız:.....yıl

11. Servis/Ünite Deneyim Yılıınız:..... Yıl

12. Hemşirelerle birlikte çalışmaktan memnun musunuz?

1.Evet 2.Hayır

Ek 1. (Devam)

Sayın Katılımcımız,

Bu araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı doktora programı kapsamında tez çalışması olarak yürütülmektedir. Araştırma sonucunda Hemşire Güven Ölçeği geliştirilecektir. Bu kapsamda Kişisel Bilgi Formunu ve Hemşire Güven Ölçeğini doldurmak 10 dakikanızı alacaktır. İfadeler hemşireleri ve davranışlarını düşünerek eksiksiz ve görüşlerinizi yansıtacak şekilde cevaplamanız çalışmanın sonuçların güvenilirliği ve amaçlarına ulaşması açısından çok önemlidir. Verdiğiniz cevaplar sadece bilimsel amaçlar için kullanılacak ve kesinlikle gizli tutulacak olup isim belirtilmeyecektir. Desteğiniz ve katılımınız için teşekkür ederiz. Saygılarımla

Öğr. Gör. Elif KILIÇ GÜNER

Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Öğrencisi

HASTALAR İÇİN KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

1. Kadın 2. Erkek

3.Medeni durumunuz

1. Evli 2. Bekar

4. Eğitim durumunuz

1.Okur/yazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5.Önlisans 6.Lisans 7.Lisansüstü

5.Yatış yaptığınız hastane;

1. Üniversite hastanesi 2. Kamu hastanesi

6.Yatış yaptığınız servis/ünite :

7. Mesleğiniz:

8.Daha önce hastaneye yatarak tedavi aldınız mı?

1.Evet 2. Hayır

9. Son 1 yıl içerisinde kaç kez hastaneye yattınız?

10.Hemşirelerden sağlık hizmetlerinden almaktan memnun musunuz?

1.Evet 2. Hayır

Ek 4. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Değerli katılımcı;

Bu çalışma, 360 derecelik değerlendirme yöntemiyle hemşirelerin, hekimlerin, diğer sağlık çalışanlarının, sağlık dışı personelin ve hastaların hemşirelere olan güven düzeyini belirleyecek bir geçerli ve güvenilir ölçme aracı düzeyini belirleyebilecek yeni bir ölçme aracını hemşirelik alanına kazandırmak amacıyla planlanmıştır.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Sizinle birlikte yürütülecek olan bu araştırmaya katılım konusunda serbestsiniz. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz lütfen formu imzalayınız.

Bu çalışmada, 360 derecelik değerlendirme yöntemiyle hemşirelere olan güven düzeyini özelliklerini saptamak için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, hemşirelerin, hekimlerin, diğer sağlık çalışanlarının, sağlık dışı personelin ve hastaların hemşirelere olan güven düzeyini belirlemek için görüşlerini alabileceğimiz, güven ile ilgili kavramlara ait alt boyutlardan oluşan, olumlu ifadelerden meydana gelen bir ölçme aracı geliştirmek hedeflenmiştir.

Hemşirelik alanındaki doktora tezi kapsamında yapılan bu çalışmanın yardımıyla 360 derecelik değerlendirme, meslektaşların, astların, üstlerin, bireyin kendisinin ve müşterilerinin değerlendirilmesini içeren daha tutarlı, objektif ve kapsayıcı sonuçlar vermesi açısından önemlidir. Bu bağlamda 360 derecelik değerlendirme ile hem hastaların, hem sağlık ekibi üyelerinin, hem de diğer çalışanların hemşirelere güvenini belirleyecek bir ölçek geliştirmek, literatüre önemli bir katkı verecektir. Ayrıca konu ile ilgili çalışmaya yapacak araştırmacılara, çok boyutlu değerlendirme yapmalarını, tutarlı, güvenilir, geçerli ve doğru veriler elde etmelerini sağlayacak güvenilir ve geçerli bir araç sağlayacaktır.

Çalışma kapsamında katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri ile ilgili maddeleri içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve araştırmacı tarafından geliştirilen güven düzeyini ölçen Hemşire Güven ölçeği isimli iki bölüm bulunmaktadır.

Hemşire güven düzeyini ölçmek için hemşirelerin ve onun davranışlarına ilişkin görüşlerin değerlendirildiği bu çalışmaya;

- Hemşire olarak katılıyorsanız meslektaşlarınızı,
- Hekim, diğer sağlık personeli ve sağlık dışı çalışan olarak katılıyorsanız çalıştığınız hemşireleri,
- Hasta olarak katılıyorsanız bakım aldığınız hemşireleri değerlendirmeniz beklenmektedir.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.”

“Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün

Adı / soyadı:

İmzası:

Tarih:

Tez Çalışmasının Yürütücüsü: Öğr. Gör. Elif KILIÇ GÜNER

Tez Çalışmasının Danışmanı: Prof. Dr. Havva ÖZTÜRK

Ek 5. Ölçek maddelerine ilişkin Kurtosis (basıklık) ve Skewness (çarpıklık) değerleri

Madde No	Kurtosis	Skewness	Madde No	Kurtosis	Skewness
HG1	1.524	-1.229	HG33	1.271	-1.034
HG2	0.250	-0.691	HG34	-0.318	-0.549
HG3	0.872	-0.894	HG35	1.311	-1.027
HG4	0.927	-0.971	HG36	1.433	-1.110
HG5	1.302	-1.046	HG37	1.891	-1.151
HG6	1.244	-0.981	HG38	0.347	-0.789
HG7	0.300	-0.705	HG39	1.052	-0.959
HG8	1.075	-0.927	HG40	1.710	-1.088
HG9	0.808	-0.802	HG41	1.356	-1.387
HG10	1.424	-1.035	HG42	1.961	-1.228
HG11	1.058	-1.118	HG43	1.623	-1.104
HG12	1.376	-0.903	HG44	1.472	-0.977
HG13	0.684	-0.830	HG45	1.651	-1.129
HG14	1.481	-1.006	HG46	1.614	-1.118
HG15	1.806	-1.084	HG47	1.987	-1.140
HG16	1.446	-1.017	HG48	1.479	-1.046
HG17	0.590	-0.825	HG49	1.274	-1.316
HG18	0.665	-0.836	HG50	1.308	-1.163
HG19	0.879	-0.949	HG51	1.255	-1.112
HG20	0.990	-0.942	HG52	1.025	-1.267
HG21	1.945	-1.203	HG53	1.369	-1.289
HG22	1.845	-1.255	HG54	1.424	-1.052
HG23	1.905	-1.175	HG55	0.622	-0.875
HG24	0.060	-0.625	HG56	0.642	-0.875
HG25	1.567	-0.998	HG57	0.660	-0.834
HG26	0.805	-0.866	HG58	1.192	-0.955
HG27	0.257	-0.716	HG59	0.895	-0.922
HG28	1.018	-0.995	HG60	1.208	-0.935
HG29	1.474	-1.263	HG61	1.484	-1.059
HG30	1.970	-1.195	HG62	1.180	-1.022
HG31	1.013	-1.016	HG63	1.560	-1.186
HG32	1.023	-1.018			

Ek 6. Hemşire Güven Ölçeği

HEMŞİRE GÜVEN ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıda yer alan ölçeğe ilişkin görüşlerinizi 1-5 arasında (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) hemşireleri düşünerek değerlendiriniz.

HEMŞİRELER,.....	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
Bilgi/Yeterlilik					
1. Hastaların tedavisi/bakımına ilişkin gerekli bilgiye sahiptir.	1	2	3	4	5
2. Hastalıkların tanısına yönelik tetkik işlemlerine ilişkin gerekli bilgiye sahiptir.	1	2	3	4	5
3. Hastaların tedavisi/bakımına ilişkin sorulara yeterli cevap verir.	1	2	3	4	5
4. Hastaları bilgilendirir.	1	2	3	4	5
5. Hastaların iyileşme sürecinde fark yaratır.	1	2	3	4	5
6. Acil/ kritik durumları fark eder.	1	2	3	4	5
7. Sorunları tanımlayıp etkili çözüm sunar.	1	2	3	4	5
8. Hastaların bakımına ilişkin doğru kararı verir.	1	2	3	4	5
9. Güvenilir önerilerde bulunur.	1	2	3	4	5
10. Mesleki bilgisini kullanarak hastasını rahatlatır	1	2	3	4	5
11. Hastaların tedaviye/bakıma uyumunu sağlar.	1	2	3	4	5
12. Bakım /tedavi sürecini etkili yönetir.	1	2	3	4	5
Etik					
13. İnsan hayatını önemser ve korur.	1	2	3	4	5
14. Kaynakları hastalar arasında adaletli bir şekilde dağıtır.	1	2	3	4	5
15. Hastaların inanç ve görüşlerine saygı gösterir.	1	2	3	4	5
16. Hasta ve ailesine karşı dürüst davranır.	1	2	3	4	5
17. Kişilere adaletle yaklaşır	1	2	3	4	5
18. Hasta ve ailesine ilişkin bilgileri sadece ilgili kişilerle paylaşır.	1	2	3	4	5
19. Hastaların kararlarına saygı gösterir	1	2	3	4	5
20. Hastaların mahremiyetine özen gösterip korur.	1	2	3	4	5
21. Ahlaki değerleri gözetir.	1	2	3	4	5
22. Hastaların zarar görmemesini önemser.	1	2	3	4	5
Kişilerarası İlişkiler					
23. Düşünerek karşısındakini incitmeyecek şekilde konuşur.	1	2	3	4	5
24. Kişiler arası ilişkileri iyi yönetir.	1	2	3	4	5
25. İnsan ilişkilerinde kişi ve olaylara duyarlı yaklaşır.	1	2	3	4	5
26. İyi bir dinleyicidir.	1	2	3	4	5
27. İkna etme becerisine sahiptir.	1	2	3	4	5
28. İletişimde karşısındaki kişilere söz hakkı verir.	1	2	3	4	5
29. Kolay iletişim kurur.	1	2	3	4	5
30. Karşılıklı ilişkilerde saygı ve anlayış içinde hareket eder.	1	2	3	4	5

- 3 Güner Y, Kılıç Güner E, Çilingir D (2021). Technological Innovations in New Type Coronavirus and Health System. Bezmialem Science 9: 69-73
- 4 Kılıç Güner E, Akbaba Ö, Yılmaz Karabulutlu E, Öztürk H (2022). Pandemi sürecinde klinik uygulama yapamayan ilk ve acil yardım öğrencilerinin mesleki yaşam ile ilgili kaygı düzeylerinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Hastane Öncesi Dergisi 7: 331-337.

