



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**HEMŞİRE- HEMŞİRE VE HEKİM- HEMŞİRE
İŞ BİRLİĞİNİN İŞ DOYUMU VE HASTA BAKIM
KALİTESİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

HATİCE DEVECİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

AĞUSTOS 2020



**HEMŞİRE- HEMŞİRE VE HEKİM- HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN İŞ
DOYUMU VE HASTA BAKIM KALİTESİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ**

Hatice DEVECİ

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

AĞUSTOS 2020

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

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

Hatice DEVECİ

20/08/2020

HEMŞİRE- HEMŞİRE VE HEKİM- HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİNİN İŞ DOYUMU VE HASTA BAKIM KALİTESİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

(Yüksek Lisans Tezi)

Hatice DEVECİ

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Ağustos 2020

ÖZET

Bu çalışma hemşire-hemşire ve hekim-hemşire iş birliğinin iş doyumu ve hasta bakım kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini 2100 hemşire ve 1780 hekime sahip olan Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşireler ve hekimler, örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 401 hemşire ve 235 hekim oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından Ocak-Mart 2020 tarihleri arasında hemşireler ve hekimler için ayrı hazırlanmış Tanıtıcı Bilgiler Formu, Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği ve Hekim-Hemşire İş Birliği Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için etik kurul onayı, kurum izinleri ve ölçek kullanım izinleri alındı. Verilerin analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket programında karşılaştırma analizleri, ilişki arayıcı analizler ve etki analizleri kullanılmıştır. Analizler sonucunda hemşirelerin bakım kalitesi puan ortalaması $7,21 \pm 1,92$ (10 üzerinden), kapsamlı iş doyumu puan ortalaması $5,10 \pm 2,70$ (10 üzerinden) ve hemşire-hemşire iş birliği puan ortalaması $2,79 \pm 0,21$ olarak, hekimlerin bakım kalitesi puan ortalaması $7,12 \pm 1,97$ (10 üzerinden), kapsamlı iş doyumu puan ortalaması $5,37 \pm 2,39$ (10 üzerinden) ve hekim-hemşire iş birliği puan ortalaması $2,25 \pm 0,57$ olarak saptanmıştır. Mesleklere göre hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği puanlarının, hekimlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan basit linear regresyon analizlerinde Hemşire-hemşire iş birliğine hemşirelerin algıladığı iş doyumunun ve hasta bakım kalitesinin önemli etkisi olduğu belirlenmiştir. Hekim-hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumu üzerine istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı görülmüştür. Hekim hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesi üzerine istatistiksel olarak etkisi olmadığı görülmüştür. Ancak hemşire-hemşire işbirliğine hekim- hemşire işbirliği, hekimlerin algıladığı kalitenin; hekimlerin iş doyumunun etkisi olmadığı belirlenmiştir. Hekim hemşire işbirliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesi üzerine ve hemşirelerin iş doyumuna üzerine istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre hemşire-hemşire iş birliği hemşirelerin iş doyumunu artırdığından ve iş birliğinin hasta bakım kalitesine etkisi olduğundan kurumda iş birliğine önem verilmelidir.

Bilim Kodu :1032

Anahtar Kelimeler : Hemşire, Hekim, İş Birliği, İş Doyumu, Bakım Kalitesi

Sayfa Adedi : 102

Tez Danışmanı : Prof. Dr. Dilek EKİCİ

DETERMINATION OF THE EFFECT THAT NURSE-NURSE AND PHYSICIAN-NURSE COLLABORATION ON JOB SATISFACTION AND PATIENT CARE QUALITY

(M. Sc. Thesis)

Hatice DEVECİ

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF HEALTH SCIENCES

August 2020

ABSTRACT

This study was planned as cross-sectional and descriptive in order to determinate the effect nurse-nurse and nurse-physician collaboration on job satisfaction and quality care. The population of the research consists of nurses and physicians working Ankara City Hospital, which has 2100 nurses and 1780 physicians and the sample of 401 nurses and 235 physicians who agreed to participate in the study. The data of the study was collected by the researcher between January-March 2020 using the Introductory Information Form which was prepared separately for nurses and physicians as Nurse-Nurse Collaboration Scale and Physician-Nurse Collaboration Scale. The data analysis was based on comparison analyzes, relationship-seeking analyzes and impact analyzes in the SPSS (IBM SPSS Statistics 24) package program. As a result of the analyzes, the nurses' average point of care quality was 7.21 ± 1.92 (out of 10), their comprehensive job satisfaction mean score was 5.10 ± 2.70 (out of 10), and the nurse-nurse collaboration mean score was 2.79 ± 0.21 over 4, physicians' average score of quality of care was 7.12 ± 1.97 (out of 10), comprehensive job satisfaction average score was 5.37 ± 2.39 (out of 10), and physician-nurse collaboration mean score was determined to be 2.25 ± 0.57 over 4. According to professions, it was determined physician-nurse collaboration scores of nurses' were higher than that of physicians. In simple linear regression analysis, it was determined that the job satisfaction perceived by nurses and the quality of patient care had a significant effect on nurse-nurse collaboration. It was also determined that physician-nurse collaboration had no statistical effect on nurse job satisfaction. It was discovered that physician-nurse collaboration did not have a statistical effect on the quality of care perceived by nurses. However, factors affecting the collaboration of nurses, namely physician-nurse collaboration, do not affect the quality of care and job satisfaction perceived by physicians. It was determined that physician-nurse collaboration did not have a statistically significant effect on the quality of care perceived by nurses and job satisfaction of nurses. According to these results, cooperation in the institution should be given importance as nurse-nurse collaboration increases the job satisfaction of nurses and the collaboration has an impact on the quality of patient care.

Science Code : 1032

Key Words : Nurse, Physician, Collaboration, Job Satisfaction, Quality Care

Page Number : 102

Supervisor : Prof. Dr. Dilek EKİCİ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime başladığım ilk günden itibaren bilimsel bilgi ve akademik düşünceyi yaşam tarzı olarak benimsememi sağlayan, çalışmamın her aşamasında bana her konuda destek olan, bilgilerini, deneyimlerini, zamanını ve güvenini esirgemeyerek her zaman yanımda olan ve yol gösteren, tez danışmanım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Dilek EKİCİ'ye,

Çalışmama tecrübe ve bilgileriyle katkıda bulunan Sayın Özlem Kara'ya,

Tez çalışmamın yürütülmesinde desteklerini esirgemeyen, çalışmaya katılma duyarlılığı gösterip tecrübe ve bilgileriyle katkıda bulunan tüm hemşirelere ve hekimlere,

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman bana güvenen ve yanımda olan sevgi, sabır ve anlayışla verdikleri destekten dolayı anneme, babama, kardeşlerime ve arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	V
TEŞEKKÜR.....	Vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	ix
SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ	X
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İş Birliği Kavramı Nedir?	5
2.2. İş Birliği Kavramının Tarihçesi	6
2.3. İş Birliği Uygulamalarını Etkileyen Durumlar	7
2.3.1. Karar verme ve pozitif hasta sonuçları.....	7
2.3.2. Bakım kalitesi	8
2.3.3. Hastanede kalış süresi ve yüksek maliyet	9
2.3.4. Hemşirelerin iş doyumu ve doyumsuzluğu.....	9
2.3.5. Hasta memnuniyeti	11
2.4 Hemşire-Hemşire İş Birliği Kavramı	12
2.4.1. Problem çözme.....	15
2.4.2. İletişim	17
2.4.3. Süreç paylaşımı	19
2.4.4. Koordinasyon	21
2.4.5. Profesyonellik	24
2.5. Hekim-Hemşire İş Birliği Kavramı	26
2.5.1. Hekim-hemşire iş birliğinin sağlık hizmetine etkisi	28

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	33
3.2. Araştırma Soruları	33
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	34
3.5. Veri Toplama Araçları.....	35
3.6. Etik Konular	36
3.7. Verilerin Toplanması.....	37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	38
4. BULGULAR	39
5. TARTIŞMA.....	57
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
KAYNAKLAR	75
EKLER.....	87
EK-1. Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu.....	88
EK-2. Hekimler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu	90
EK-3. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği	92
EK-4. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği'nin Kullanılması İçin Gerekli İzin.....	94
EK-5. Hekim- Hemşire İş Birliği Ölçeği	95
EK-6. Hekim-Hemşire İş Birliği Ölçeği'nin Kullanılması İçin Gerekli İzin.....	96
EK-7. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Kararı	97
EK-8. Ankara Şehir Hastanesi'nden Kurum İzni	99
ÖZGEÇMİŞ.....	102

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı.....	39
Çizelge 4.2. Hemşirelere ilişkin bazı bulguların tanımlayıcı istatistikleri.....	40
Çizelge 4.3. Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı	41
Çizelge 4.4. Hekimlere ilişkin bazı bulguların tanımlayıcı istatistikleri	42
Çizelge 4.5. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması.....	43
Çizelge 4.6. Hemşire ve hekimler arasında Hekim-Hemşire İş Birliği ölçek puanlarının karşılaştırılması	48
Çizelge 4.7. Hemşire ve hekimlere ilişkin tanıtıcı özelliklerin hekim-hemşire iş birliği ölçek puanlarıyla karşılaştırılması	48
Çizelge 4.8. Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği ve alt boyutları ile hekim-hemşire iş birliği ölçek puanlarının ilişkileri	51
Çizelge 4.9. Hemşirelerin ölçek puanlarıyla bakım kalitesi ve iş doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi.....	52
Çizelge 4.10. Hemşire ve hekimlere ilişkin bulguların iş doyumuyla karşılaştırılması	53

SEMBOLLER VE KISALTMALAR LİSTESİ

Bu çalışmada kullanılmış bazı simgeler ve kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur

Kısaltmalar	Açıklama
HHİ	Hekim-Hemşire İş Birliği
HHİÖ	Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği
YBÜ	Yoğun Bakım Ünitesi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü

1.GİRİŞ

Günümüzde bireylerin sağlığa verdikleri önemin artması, sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım isteğinin yaygınlaşması ve sağlık hizmeti gereksinimi duyduklarında ilgili kuruluşlar arasında daha seçici davranmaları sağlık kuruluşları arasındaki rekabeti gündeme getirmiştir. Bu rekabete neden olan faktörlerden birisi de sağlık hizmeti sunan kuruluşların sayılarının giderek artması ve bu kuruluşların varlıklarını sürdürebilme gereksinimidir (Öğüt ve Kaya, 2011). Hizmet sunan işletmelerde hizmet kalitesinin temel belirleyicisi çalışanlardır (Çelik ve Karaca, 2017). Sağlık hizmetleri doğası gereği farklı meslek mensuplarının bir arada çalışmasını gerektirir. Hem hastaneler hem de ayakta sağlık hizmeti sunulan yerler, doktor ve hemşireler arasında olumlu veya olumsuz etkileşimlerin sıkça yaşandığı yerlerdir (Stein Parbury ve Liaschenko, 2007). Hekim ve hemşireler arasında yeterli iletişim, yeterli bilgi aktarımı ve hekim-hemşirenin tamamlayıcı rollerine saygının yanı sıra tıbbi hataları azaltmak için iş birliği önerilmektedir (Dougherty ve Larson, 2010). Bu nedenle sağlık kurumlarında çalışan hekim ve hemşirelerin işbirliği yapmaları ve işbirliğine istekli olmaları, bakım ve tedavinin zamanında, yerinde, sıralı ve güvenli sunulmasında önemli bir unsurdur (Özkaraca, 2009).

Bir takımdaki farklı tarafların amaçları, sorumlulukları, karar alma ve yetkilerini paylaştığı, takımın amaçlarını gerçekleştirmek için bir süreç olarak tanımlanan iş birliği profesyonel sağlık hizmetinde kritik bir öneme sahiptir. İş birliği yüksek bakım kalitesi ve hasta güvenliği için temel bileşendir (Ma ve Stimpfel, 2018).

Hemşirelikte işbirliği ise, ortak bir hedefe ulaşmak için (hastanın iyi olması) eşgüdüm, iletişim, güven ve saygı içerisinde birlikte çalışan ve farklı uzmanlık alanında olan sağlık ekibinin yer aldığı sağlık profesyonelleri arasındaki ilişki ve etkileşimleri içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Haire, 2010; Ndundu, 2015).

Hemşireler arasında iş birliği hemşirelik becerisinin yanı sıra profesyonel bir zorunluluk olarak tanımlanmıştır (Dougherty ve Larson, 2010). En büyük sağlık iş gücü olan hemşireler; sağlık ekibi içerisinde hasta bireyin ve ailesinin her türlü problemlerinde 24 saat boyunca ilk başvurdukları ve bu görevi nedeniyle sağlık ekibi içerisinde iletişimi sağlayarak iş birliği için anahtar oyuncularındır (Ma ve Stimpfel, 2018; Durmuş Çelik, 2015). Aşırı iş yükü, uzun çalışma saatleri, uyku kaybına açık olmaları, kıdemlilerden net

olmayan direktifler ve personel sıkıntısı gibi uygulama alanındaki engeller hemşire-hemşire iş birliği üzerinde etkilidir; bu da, hem hastaların hem de hemşirelerin yaşam kalitesini etkileyebilir ve hemşireler arasında zayıf bir işbirliğine neden olur (Ma ve Stimpfel, 2018; Ndundu, 2015).

Başka insanlara sağlık hizmeti götüren hemşirelerin tam bir iyilik halinde olmaları ve bu iyilik halinin korunması büyük önem arz etmektedir (Durmuş, 2015). Hemşire-hemşire iş birliği ile ilgili araştırmalar sınırlı sayıda olmasına rağmen hemşire-hemşire iş birliği pozitif hasta sonuçları ile ilişkilendirilmiştir (Dougherty ve Larson, 2010). Hemşireler, sağlık hizmetinin sunumunda önemli bir pozisyonunda bulunmaktadır; genellikle doktor ve hasta arasında ve sağlık hizmetlerine karşı tek aracılardır (Yeşiltaş ve Gül, 2016). Hemşireler arasında iş birliği düzeyi ve kalitesini artırmak çalışma ortamını büyük ölçüde iyileştirecek ve hasta güvenliğinde iyileşmeyi kolaylaştıracaktır (Liao, Qin, He ve Guo, 2015). Yüksek kaliteli bakım, tıbbi hataların oluşmasını önlemek, hasta memnuniyetini geliştirmek, iş doyumunu artırmak ancak tüm hemşirelerin işbirlikçi yaklaşımı benimsediğinde meydana gelir (Durmuş Çelik, 2015; Wiltjer, 2017).

Hekim-Hemşire İşbirliği

Hekim ve hemşire işbirliği (HHİ); her iki meslek grubunun hasta ile ilgili problemleri çözmek için bir araya gelmeleri ve birlikte ortak çözüm yollarını bulmalarıdır. Bir diğer tanıma göre HHİ, nitelikli hasta bakımı vermek için, hekim ve hemşirenin hasta ile ilgili planlamayı birlikte yapması ve uygulamalara birlikte karar vermesi, ayrıca problem çözümünde ve hasta bakımında sorumlulukları ortak şekilde paylaşmasıdır (Özkaraca, 2009).

Hekim ve hemşireler arasındaki iş birliği, özenli iletişimleri, tartışmadan uzak durmaları, iletişimi geliştirir, iş doyumunu ve bakım kalitesine olumlu yönde yansımaktadır (Akıncı, 2010; Durmuş Çelik, 2015). Sağlık kurumlarında farklı uzmanlık alanlarına sahip olan çok sayıda sağlık profesyoneli bir ekip olarak çalışmaktadır. Bu ekibin içerisinde yer alan hekim ve hemşireler görevleri gereği, diğer hizmet gruplarına kıyasla hasta ile daha uzun süreli ve yoğun ilişkiler içindedir (Özkaraca, 2015). Hekim ve hemşireler arasındaki iş birliği hasta güvenliği ve risk yönetimi programının temel bir unsurudur. En iyi bakımı sağlama, sonuçların iyileştirilmesi, hataların ve riskin azaltılması için hekim ve hemşirelerin birlikte

çalışması gereklidir. Verimliliği artırmak için teknoloji geliştirilmiş olsa bile iş birliği için büyük çaba sarf edilmelidir: Basit emirlerin bile iletimi sorunsal olmaya başlayabilir, basit bir prosedürün gecikmesi engellenme ve eleştirilmeye yol açabilir, yanlış anlaşılma ve iletişim kopukluğunun tamamı ekip arasında kolayca gerilim yaratabilir. Gerilim ve engellenme oluştuğundan sonra çevre daha riskli bir hal alır ve hata için uygun hale gelir, hatalar oluşur, iletişim tehlikeye girer ve güven sarsılır. Her bakım ortamında hastane veya klinik, hastalarla ilgilenen ekip ortak bir birim olarak birlikte çalışmıyorsa hastalar hataya ve riske karşı daha yatkın hale gelir (LaValley, 2008). Başarılı takım çalışması bir ortamda güçlü işbirlikçi ilişkilere bağlıdır. Sağlık bakımında işbirlikçi ilişkiler güvenli hasta merkezli bakımın mihenk taşıdır (LaValley, 2008).

İş birliği; bilgi ve işin yakından ilişkili olduğunu kabul etmeyi, doğrudan ve açık iletişimi, saygı, farklı bakış açılarını ve karşılıklı problem çözme sorumluluğunu gerektirmektedir. Sorunsuz ve zahmetsiz bir çalışma akışı, bilgi tabanlarının hemşireler ve hekimler arasında paylaşıldığında, çalışmanın karşılıklı olarak anlaşıldığında ve desteklendiğinde olur (Stein Parbury ve Liaschenko, 2007). Etkin hemşire-hekim çalışması ile hizmetteki boşluk ve tekrarlar ortadan kalkmakta, hasta bakımında süreklilik sağlanmakta, bakımın kalitesi artmakta, hastaların hastanede kalış süreleri ve maliyet azalmakta, zamandan kazanç sağlanmaktadır. İş birliğinin kişiler arası ilişkileri pozitif ilişkilere dönüştüreceği, takım olarak ya da çift olarak çalışmayı kolaylaştıracağı, ayrıca çatışmaları engelleyeceği ve dolayısıyla üyelerin birbirlerinin rol ve pozisyonlarını daha iyi anladıkları, problemleri daha iyi çözdükleri, ekip içindeki sinerjinin hasta çıktılarına, çalışanların iş tatmini ve performansına olumlu yansıdığı da bilinmektedir (Durmuş Çelik, 2015; Lafçı, Pehlivan ve Demiray, 2016).

Uluslararası literatürde hekim-hemşire iş birliği araştırmaları bulunmaktadır, ancak hemşire-hemşire iş birliği üzerine yapılan araştırma sayısı sınırlıdır. Dolayısıyla sınırlı sayıda kaynaklara ulaşılarak bu çalışma ile hemşire-hemşire ve hekim-hemşire iş birliğinin iş doyumunu ve hasta bakım kalitesine etkisinin nasıl yansıdığını ortaya koymak için konuyla ilgili araştırma ve yaklaşımların detaylı olarak incelenmesi ve böylelikle bu alandaki literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Hemşire-hemşire ve hekim-hemşire iş birliğinin iş doyumu ve hasta bakım kalitesine etkisinin nasıl yansıdığını ortaya koymak için konuyla ilgili literatür taramasının yapıldığı genel bilgiler 5 bölümden oluşmaktadır. Sırasıyla şu başlıklar yer almaktadır;

- İş Birliği Kavramı,
- İş Birliği Kavramının Tarihçesi,
- İş Birliği Uygulamalarını Etkileyen Durumlar,
- Hemşire-Hemşire İş Birliği Kavramı,
- Hekim-Hemşire İş Birliği Kavramı

2.1. İş Birliği Kavramı Nedir?

Literatürde tahvil, birlik ve ortaklık olarak da kullanılan iş birliği kavramı başkalarıyla ya da başkasıyla ortak çalışma anlamına gelmektedir (Lemetti, Stolt, Rickard ve Suhonen, 2015). İş birliği her bir tarafın tanıdığı ortak hedefe göre meslektaşlar arası kişisel bir ilişkidir (Dougherty, 2009).

Ndundu (2015) iş birliğini, ortak bir hedefe doğru çalışırken hasta bakım planlarını yürütebilmek için ortak karar verme, sorumluluk paylaşma ve problem çözme yönünde disiplinler arası bir süreç olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetinde iş birliği; hasta bakım sorunlarını çözmek için birlikte çalışan sağlık profesyonelleri arasında paylaşılan hedefler ile güç, sorumluluk ve karar vermeyi içeren kişiler arası bir süreçtir (Petri, 2010).

D'amour, Ferrada-Videla, San Martin ve Beaulieu (2005) sağlık alanında iş birliği terimini özellikle sağlık profesyonelleri arasında güven ve uyum içinde ortak bir hedefe yönelik ortak bir eylemi gerçekleştirmek şeklinde ifade etmektedir. Busari, Moll ve Duits (2017)'e göre iş birliği ise her sağlık uzmanının, sağlık ekibindeki tamamlayıcı rolleri etkin bir şekilde benimsemesi, iş birliği içinde çalışması, problem çözme sorumluluklarını paylaşması, hasta bakımı için planları formüle etmesi ve yürütmesi için gerekli kararları alma yeteneği olarak tanımlanmaktadır.

2.2. İş Birliği Kavramının Tarihçesi

1967’de Leonard Stein meslekler arasındaki ilişkiyi tartışan “hekim-hemşire oyun” adlı bir makale yazmıştır (Holyoake, 2011). 1960’lardan 1980’lere kadar bir dizi çalışma hekim hemşire ilişkisini araştırmıştır. Bu çalışmalar hekim hemşire ilişkisini güç ilişkileri ve sosyal roller açısından etkileşimini açıklamaya çalışmış ve Stein’in teorisinin geçerliliğine ışık tutmuştur (Sweet ve Norman, 1995). Oyun teorisi, bireylerin ve grupların ilişkisini anlamaya çalışmak için kullanılan bir yaklaşımdır. Oyun teorisinin temel özellikleri rekabet ve iş birliğidir (Holyoake, 2011). Hekim hemşire oyunu; hekim–hemşire ilişkilerinin doğasında var olan cinsiyet ve sınıf çatışmalarını sembolize etmektedir (McMahan, 1994). Oyun teorisine göre, hekimlerin erkek ve hemşirelerin kadın olması sebebiyle hekimlerin sözünün dinlendiği, istemlerinin sorgulamadan yerine getirildiği ve hiyerarşik düzen olduğu toplum tarafından gözlemlenmektedir. Ayrıca bu teoriye göre, hemşirelerin çalışma süreleri, deneyimleri ve bilgileri arttıkça deneyimlerini hekimlerle paylaştıkları ve hekimleri yönlendirdikleri ve hasta bakımında karar vermeye katkısı olduğu fakat hekimlerin bu durumu kabul etmedikleri tespit edilmiştir. Amerika’da 1970 yılında Hekim-Hemşire İşbirliği (HHİ)’ni arttırmak için uygulamalar başlatılmış ve sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda ise genellikle, HHİ’nin sebepleri, çıktılarının incelendiği, özel bölümler ve ülkeler arasında HHİ düzeyinin incelendiği görülmüştür (Özkaraca, 2019). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında 1978’ de Alma Ata’da yayınlanan deklarasyonda meslekler arası çalışmadan bahsedilmekte ve primer bakımın başarılı olması için meslekler arası çalışmanın şart olduğu ifade edilirken, bunu uygulamaya en iyi şekilde dahil etme tekniklerini ve kavramları tanımlayabilmek için Kuzey Amerika, İngiltere ve Avrupa’da ulusal politikalar ve yönergeler geliştirilmiştir (Kaini, 2018).

İşbirliği kavramı 1970’li yıllardan bu yana gündemde olmakla birlikte, hastalıklar ve bilgi yönetimindeki karmaşıklıkların giderek artması sebebiyle önemi daha da artmaktadır (Durmuş Çelik, Ekici ve Yıldırım, 2018). 2000’li yıllarda Tıp Enstitüsü, hasta güvenliği, tıbbi hatalar ve sağlık ekibinin iş birliği içinde çalışmasına bağlı yayınladığı raporda; bakımın karmaşıklığı, hemşirenin tek başına bakım gereksinimini gideremeyeceği ve sağlık bakımında iş birliğinin önemini vurgulamaktadır (Durmuş Çelik ve diğerleri, 2018).

2.3. İş Birliği Uygulamalarını Etkileyen Durumlar

2.3.1. Karar verme ve pozitif hasta sonuçları

Meslekler arasında bakımda karar verme, sağlık profesyonellerinin tüm alternatif bakım seçenekleri arasından en iyisini sunmak amacıyla ortaklaşa bir sonuca varmak için konuyu iş birliği içinde tartıştıkları bir süreçtir (Kaini, 2018).

Sağlık bakım hizmetleri kapsamında kaliteli ve güvenli bakımın sunulabilmesi için doğru kararların verilmesi gerekli iken bu süreçte hemşirelerin en önemli sorumluluğu, hastanın bakımını yönetmek için doğru klinik kararlar almaktır. Hemşirelik bakımında doğru klinik kararı vermek, bakım sürecinin ayrılmaz bir parçasıdır ve hemşirelerin üstlendiği profesyonel bir sorumluluktur. Günümüzde hemşirelik uygulamalarının daha karmaşık hale geldiği, verimlilik gereksiniminin arttığı ve hemşirelerin doğru karar vermelerinin zorlaştığı günümüz sağlık bakım sisteminde doğru ve zamanında klinik karar verme, bakım kalitesini geliştirme ve topluma güvenli bakım sunmada önemli rol oynamaktadır (Sucu, Dicle ve Saka, 2012).

Hemşirelik personelinin karar verme sürecine katılımının arttırılması ile bakım kalitesinin gelişmesi, hasta mortalitesinin azalması, komplikasyonların azalması, hastanede kalış süresinin kısalması, yoğun bakımların daha az gün kullanılması, daha az hasta ve hasta ailesi-yakını şikayeti gibi hemşire kaynaklı hasta çıktılarında da olumlu değişimler olacaktır. Ayrıca karar verme sürecine katılımın arttırılması ile daha az psikosomatik ve fiziksel şikayetler görülecektir (Vatan, Argon, Dursun Engin, Binbir ve Çiçek, 2012).

Matthys, Remmen ve Van Bogaert (2017) hekim-hemşire iş birliği ve hasta üzerindeki etkilerini belirlemek için yaptıkları çalışmada hekim ve hemşireler arasındaki iletişim ve koordinasyonun, hemşirelerin özerk karar vermesi ile ilgili olduğunu belirtmektedirler. Dougherty (2009)'nin yaptığı çalışmada da karar vermenin hemşire memnuniyeti ve hemşire-hemşire iş birliği ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bulunmuştur. Zangaro ve Soeken (2007)'in yapmış oldukları metanaliz çalışmada özerkliğin iş tatmini ile orta derecede pozitif bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin iş doyumuna katkıda bulunan en önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilen otonomi, hastaların sorunlarını çözebilme

yeterliliğinde, hemşirelerin mesleki becerilerinde, motivasyonlarında ve performanslarında olumlu etki sağlamaktadır (Zangaro ve Soeken, 2007; Akgün Malak, 2017).

2.3.2. Bakım kalitesi

Kalite, hizmet alanların istek ve beklentilerine uygunluktur. Hayatın her alanında istenilen kalite, yaşam standardını ve memnuniyeti belirleyen bir unsur olmuştur. Sağlık hizmetlerinde kalite ise; “bireylere ve toplumlara eldeki mevcut profesyonel bilgi doğrultusunda arzu edilen sağlık çıktılarının verilmesi” olarak ifade edilebilmektedir (Yurtsever, 2015).

Bakım ise ‘insanların temel ihtiyaçlarını karşılamalarına, yeteneklerini geliştirme ve sürdürmelerine, hayatta kalabilmek ve asgari düzeyde işlev görebilmek için mümkün olduğunca acıdan uzak yaşayabilmelerine yardım etmek üzere özenle ve saygılı bir şekilde doğrudan yaptığımız her şeydir’ (Dinç, 2010). Hemşireliğin temelini oluşturan “bakım”, hasta ve hemşire arasındaki etkileşime ve bakım sürecine bağlıdır. Bakım, bireyin karşılanamayan gereksinimlerinin karşılanması, yapılan işlemlere ilişkin bilgilendirilmesi, bireyin sorunlarıyla baş etmesine destek olunması ve hemşirelerin kişilerarası beceri gibi yönleri içermektedir (Karaca ve Durna, 2018).

Sağlık bakım kalitesi, standart tutumla maksimum sağlık bakımı ve hasta kazancı sağlayıp geliştirmekle gerçekleşebilir. Sağlık bakım kalitesini geliştirme çalışanların tümünün beyin gücü, yaratıcılık ve deneyimlerinden yararlanma şeklinde bir iş ahlakı deneyimine dayanmaktadır (Eroğlu, Özmen, Noyaner ve Aydın, 2001).

Dougherty ve Larson (2010) sağlık profesyonelleri arasındaki etkili iletişimin, iş doyumunu geliştirdiği, daha olumlu hasta sonuçları, kaliteli bakım ve daha az tıbbi hata ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Yine Ma ve Stimpfel (2018)’in yaptığı çalışmada da daha iyi bakım kalitesi ve hasta sonuçları için hemşire-hemşire, hekim-hemşire iş birliğinin en üst düzeye çıkarılması ve geliştirilmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Moore, Pretince ve Salfi (2017) hemşire-hemşire iş birliğini yüksek kaliteli ,güvenli ,hasta merkezli bakım sağlamak amacıyla hemşirelik mesleği üyelerinin birlikte çalışması olarak tanımlamaktadır. Kara (2005’da yaptığı çalışmada hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi, için

hekim-hemşire etkileşimi ve iş birliğinin önemini vurgulamış ve hemşire-hekim ilişkisinin olumlu olması durumunda; iş birliği içinde çalışıldığını, anlaşmazlıkların hasta yararına olacak şekilde çözümlendiğini, hasta bakımının etkin ve rahat sürdürüldüğünü ifade etmiştir. Lemetti ve diğerleri (2015)' e göre hemşire- hemşire iş birliği bakım kalitesi için önemli ve bakım kalitesini tanımlamak için kullanılan kategorilerden biridir

2.3.3. Hastanede kalış süresi ve yüksek maliyet

Sağlık hizmetlerinin maliyeti, hastanenin kendi faaliyet konusunu oluşturan sağlık hizmetini üretebilmesi için harcadığı üretim faktörlerinin para ile ölçülebilen değeridir. Bu tanımdan yola çıkarak hastanelerdeki maliyetleri etkileyen unsurları; kapasite, kullanılan teknoloji, hizmet sunulan nüfusun yoğunluğu, sağlık hizmetinin kalitesi ve hastane imajı, istihdam edilen sağlık çalışanı şeklinde sıralamak mümkündür (Kısakürek, 2010). Verilen hizmetin maliyet etkin olması büyük önem taşımaktadır (Eren, 2010).

Hastanede kalış süresi hastane hizmetlerinin kalite göstergelerinden biridir (Oksay, 2016). Hasta yatış süresinin uzaması gerek prognostik, gerekse ekonomik açıdan olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Cander ve diğerleri, 2011).

Saluvan ve Kaya (2013) çalışmasında hekim hemşire iş birliği hastalar açısından, daha kısa hasta yatış süreleleri gibi sonuçları içerirken örgüt açısından da azalan maliyetler gibi sonuçları içerdiğini, Chang ve diğerleri (2010)'da Yoğun bakım ünitelerinde hekimler ve hemşireler arasında zayıf iş birliğine dayalı iletişimin yoğun bakımda kalış süresinin uzaması ve mortalite oranlarının 18 kat risk artışına neden olduğunu belirlemiştir.

2.3.4. Hemşirelerin iş doyum ve doyumsuzluğu

Günümüzde iş doyum kavramı, iş tatmini, iş memnuniyeti, çalışan doyum, çalışan tatmini, çalışan memnuniyeti kavramları ile aynı anlamda kullanılmaktadır (Maraşlı, 2015).

İş doyum, işin özellikleriyle çalışanların istekleri birbirine uyduğu zaman gerçekleşen ve çalışanın işinden memnuniyet duymasını belirleyen bir olgudur. Başka bir tanımda ise; iş görenin iş çevresinden fiziki ve psikolojik olarak ne kadar tatminkar olduğudur (Yüksel Kaçan, Örsal ve Köşgeroğlu, 2016).

İş doyumu; bir kişinin iş değerlerine ulaşmasını kolaylaştırmak ya da işinin başarılması olarak değerlendirilmesinden kaynaklanan zevkli duygusal durum olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelerin iş doyumu, hemşirelik uygulamaları üzerindeki otonomileri ve kurumun karar alma sürecine katılımı mesleki gelişim fırsatları için etkili faktörlerdir (Ekici ve Cerit, 2017).

Sağlık kurumlarında işinden doyum sağlayan hemşirelerin yer alması, verimliliğin artması, iş yerinde sağlıklı ve mutlu bir yaşam, işe zamanında gelme, işten ayrılma isteğinin azalması ve bunun sonucunda hemşirelik bakım hizmetlerinin kalitesinin artması bakımından oldukça önemlidir. İş doyumunun azalmasıyla kurumda, devamsızlık, motivasyon düşüklüğü, huzursuzluk, disiplin sorunları yaşanmakta ve çalışanların işten ayrılma oranları artmaktadır. İş doyumundaki azalmalar, kurumun amaçlarına ulaşamamasının beraberinde çalışanların da amaçlarını gerçekleştirememesi anlamına gelmektedir (Maraşlı, 2015).

İşten doyumsuzluk, işgörene üzüntü vericidir ve onu olumsuz duygulara yöneltebilmektedir (Özkaya, Yakın ve Ekinci, 2008). İşinden doyum sağlamayan hemşireler, yorgunluk, baş ağrısı gibi fiziksel rahatsızlıkları ya da anksiyete düzeyinin yükselmesi nedeniyle, iş yaşamında verimli olamadıkları için hizmetlerini aksatabilmektedir. Bununla birlikte işinden sürekli yakınma, işe geç gitme, işi yavaşlatma, işe devamsızlık gibi hizmetlerin sürekliliği açısından sorun yaratacak davranışlar ve kavgacılık gibi örgüt içi istenmeyen davranışlar gösterebilmektedirler (Kebapçı ve Akyolcu, 2011; Özkaya ve diğerleri, 2008). Çalışan sonuçları açısından yapılan değerlendirmelere göre hekim-hemşire etkileşimi; çalışanların memnuniyet düzeyleri, stres düzeyleri, iş doyumu ve hemşirelerin işlerine devam etme yönündeki kararlılıkları ile ilişkilidir (Saluvan ve Kaya, 2013).

Alan yazında iş doyumu ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır;

Özkaya ve diğerleri (2008)'in yapmış olduğu çalışmaya göre çalışanın iş hayatında yaşadığı stres düzeyi ile iş dışında yaşadığı stres düzeyi, onun çalışma hayatındaki iş doyumuyla yakın bir ilişki içinde olup birbirini etkilemektedir.

Durmuş Çelik ve diğerleri (2018)'nin Türkiye'de hemşireler arası iş birliği düzeyleri ile ilgili yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin iş doyumunun iş birliği ile pozitif ilişki içerisinde olduğu, iş birliğinin yetersiz olduğu durumlarda iş doyumunun azaldığı ve bakım kalitesinin düştüğü belirtilmektedir. Sheean (2016), hemşire-hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumu

ile bağlantısını araştırmak için yaptığı çalışmada ise; hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumunun artırılması açısından olumlu sonuçlarla bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Hemşireler ve doktorlar arasındaki pozitif iletişim, hemşirelik personeli arasında artan iş tatmini, hasta sonuçlarındaki iyileşmeler ve daha az tıbbi hata ile ilişkilidir (McCaffery ve ark.2011).Yılmaz ve Yıldırım (2018) yaptığı çalışmada iş birliğinin; iş doyumunu ve mesleki otonomiye arttırdığı, işten ayrılma devir hızını azalttığı, hasta yararına işbirlikçi karar verme sürecini sağladığı, problem çözme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağladığı, hasta yararına plan yapmak, kararlar almak, var olan sorunları çözmek için sorumlulukların paylaşılmasını sağladığı ve bakım kalitesini olumlu yönde etkilediğini söylemektedir

2.3.5. Hasta memnuniyeti

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve yeterliliği, hizmet verilen hasta ve yakınlarının memnuniyeti ile ölçülebilmektedir (Karaca ve Durna, 2018). Hasta memnuniyeti, “hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanmaktadır (Çaylan ve diğerleri, 2018) .

Dougherty (2009)’nın yaptığı çalışmada hekim-hemşire iş birliğinin hasta memnuniyeti ile anlamlı ve olumlu olduğu bulunmuştur. Matthys ve diğerleri (2007) hekim ve hemşirelerin alışılmış bakıma kıyasla birlikte çalıştıklarında hasta memnuniyeti ve hastaneye yatışlarda daha iyi sonuçlar verdiğini vurgulamaktadır.

Saluvan ve Kaya (2013)’ın çalışmasına göre iş birliği içindeki hekim-hemşire ilişkilerinin artan hasta memnuniyeti, daha iyi hasta bakımı ve daha az tıbbi hata gibi sonuçları içerdiğini belirtmektedir. Durmuş Çelik ve diğerleri (2018) iş birliğinin kişiler arası ilişkileri arzu edilen bir seviyeye yükselttiğini, çalışma ekiplerini veya çiftleri birbirine bağladığını böylece daha verimli çalıştıklarını ve hemşirelerin iş memnuniyeti ile hastaların memnuniyetinin arttığını belirtmektedir.

Hasta sonuçları açısından yapılan değerlendirmelere göre hekim-hemşire etkileşimi; mortalite, hasta güvenliği, kronik ve şiddetli hastalıkların gelişimi, hasta yatış süreleri, hasta

memnuniyeti, sunulan bakımın kalitesi ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının karşılanma derecesiyle ilişkilidir (Saluvan ve Kaya, 2013).

2.4 Hemşire-Hemşire İş Birliği Kavramı

Günümüzde sağlık bakımında yaşanan değişimler, yürütülen sağlık politikaları ve hemşirelik etik kodları hemşirelerin çalıştıkları kurumlarda daha etkili iş birliğine ihtiyaçları olduğunu göstermektedir (Timuçin, Dolu ve Kargın, 2019). Dünya çapında 19 milyon hemşirenin çalışması, bakım ihtiyacı olan çok daha fazla hastanın bulunması, hasta bakım ihtiyaçlarının karmaşıklığı, artan iş yükü ve kaliteli bakım verme çabaları sebebiyle hemşire-hemşire iş birliğine dayalı uygulamalara ihtiyaç bulunmaktadır (Lemetti ve diğerleri,2015; Prentice ve diğerleri, 2020).

Aynı meslek mensubu kişilerden oluşan ekip üyeleri arasındaki iş birliği meslek içi iş birliğidir ve hemşireler arasındaki bu iş birliği; ortak mesleki eğitim, değer, sosyalleşme, kimlik ve deneyim gibi ilişkisel süreçleri paylaşma olarak görülmektedir (Prentice ve diğerleri, 2020). İş birliği hemşirelerin mesleki sorumluluğu ve hemşirelik yeterliliğinin bir göstergesi olarak tanımlanmaktadır (Larson, 2009).

Hemşirelik bağlamında benzer profesyonel değerleri, sosyalleşmeyi, felsefeyi ve tecrübeyi içeren hemşire-hemşire iş birliği, yüksek kaliteli, güvenli ve hasta merkezli bakımı sağlamak için hemşirelik mesleği üyelerinin ortak çalışması olarak tanımlanmaktadır (Moore ve diğerleri, 2017).

Amerikan Kritik Bakım Hemşireleri Birliği raporuna göre, sağlıklı çalışma ortamı oluşturmak ve sürdürmek için etkili iş birliği ve ekip çalışmasına gerek duyulmaktadır (Temuçin ve diğerleri, 2019). Hasta bakımında önemli rol oynayan hemşirelerin de diğer sağlık profesyonelleri ile saygılı bir ilişki içinde iş birliği yapmaları beklenmektedir. (Lemetti ve diğerleri,2015).

Amerikan Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine-IOM) Hemşireliğin Geleceği Komitesi (The Future of Nursing, 2010) 2010 yılında yayınladığı raporunda yüksek kalitede, güvenli, etkili, kanıta dayalı ve hasta merkezli bakımı önermektedir. Bunun için herkesin ulaşabileceği, uygun maliyetle, nitelikli bakımın sağlanması ve sağlık sonuçlarını

geliştirmenin yolunun; hemşirelerin, hekimler ve sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği içinde olmaları gerektiğini belirtmiştir. Günümüzde, gelişen bilim-teknoloji, değişen sağlık ihtiyaçları, hemşirelikteki bilgi ve ilerlemeler etkili işbirliğinin önemini ortaya koyarken, çalışmalar işbirliğinin tercihten ziyade ihtiyaç hatta zorunluluk olduğunu vurgulamaktadır (Gürsoy, Şahin, Daanacı ve Arı, 2017).

Hemşireler sıklıkla 12 saatlik veya daha uzun mesai gibi uzun vardiyalar ile çalışmaktadırlar. Bu yüzden hemşireler uzun çalışma saatlerinden dolayı sıklıkla uyku kaybına karşı savunmasızlardır bu durum da onların fizyolojik, bilişsel, davranışsal, duygusal ve sosyal işlevlerde bozulmalar yaşamalarına neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar, uzun çalışma saatlerine ve fazla mesaiye bağlı olan yorgunluğun olumsuz hasta sonuçları ile ilişkili olduğunu ve iş birliği yapma yeteneğinin azalmasına yol açtığını göstermektedir (Ma ve Stimpfel, 2018). Dougherty (2009) hemşireler arasında olumsuz ve iş birlikçi olmayan davranışlar olduğunu bu durumun da hemşireler arasındaki iş birliğini azaltarak, bakımın koordinasyonunu olumsuz etkilediğini, işe gelmeme ya da devir hızını arttırarak, duygusal ve psikolojik iyi oluşun ve iş doyumunun azalmasına neden olduğunu belirtmektedir (Dougherty, 2009). Çalışmalar da hemşireler arasında zayıf etkileşim, destek vermeme, koordinasyon eksikliği, gerginlik ve yıldırmanın yaygın olduğunu göstermektedir (Liao, He ve Guo, 2015). Hemşireler arasındaki çatışmaların ise organizasyonel kısıtlamalar, etkisiz liderlik, zayıf kişilerarası ilişkiler ve sosyal eşitlik olarak kendini güçsüz gören bireylerden kaynaklandığı düşünülmektedir (Temuçin ve diğerleri, 2019).

Hemşire-hemşire iş birliğinin hastalar için sonuçları;

- Hasta bakım ve sonuçlarının iyileştirilmesi (Lemetti ve diğerleri, 2015),
- Bakımın kalitesinin artması (Lemetti ve diğerleri, 2015),
- Hastalar için terapotik ortam gelişmesinin sağlanması (Pretince ve diğerleri, 2020).
- Bakımın daha iyi koordine edilmesi (Lamontt ve diğerleri, 2015),
- Morbidite ve mortalite oranlarının azalması (Pretince ve diğerleri, 2020),
- Yan etki ve tıbbi hataların azalması (Pretince ve diğerleri, 2020),
- Hasta memnuniyetinin gelişmesi (The Health Professions Regulatory Network, 2008),
- Taburculuk kararlarının ve hasta transferinin iyileştirilmesi (The Health Professions Regulatory Network, 2008),

- Hastalar için kalış süresinin azalması (The Health Professions Regulatory Network, 2008).

Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşireler için sonuçları;

- Hemşirelerde açık, dürüst ve güvenilir ilişkilerin karşılıklı geliştirilmesi (Lemetti ve diğerleri, 2015),
- Daha iyi çalışma ortamının gelişmesi (Moore ve diğerleri, 2017),
- Daha kaliteli kararlar alınması ve problemlerin daha etkili çözülmesi (Lamontt ve diğerleri, 2015),
- Hemşirelerde artan iş doyumunu ve daha yüksek verimliliğin gelişmesi (Moore ve diğerleri, 2017),
- Zorbalık ve çatışma gibi durumların ortadan kalkması (Pretince ve diğerleri, 2020),
- Hemşirelerin iş gücü devrinin azalması (Pretince ve diğerleri, 2020),
- Mesleki doyum ve üretkenliğin artması (Pretince ve diğerleri, 2020),
- İşle ilgili stresin azalması (The Health Professions Regulatory Network, 2008),
- Rollerin daha iyi anlaşılması (The Health Professions Regulatory Network, 2008).

Hemşire-hemşire iş birliğinin sağlık kuruluşları için sonuçları;

- Daha uygun maliyetli bakım sunulması (Lamontt ve diğerleri, 2015),
- Sağlık hizmeti sağlayıcılarının verimliliğinin gelişmesi (The Health Professions Regulatory Network, 2008).

Hemşire-hemşire iş birliğinin etkisiz olduğu durumlar ise zayıf kişilerarası ilişkiler, hiyerarşik tutumlar ve zorba davranışlara yol açarken, hemşireler arasında zayıf koordinasyona, hastaların bakım kalitesinin düşmesine, kötü hasta sonuçlarına ve bakımdan memnuniyetin azalmasına yol açmaktadır (Temuçin ve diğerleri, 2019; Lamnott ve diğerleri, 2014). Bu nedenle daha iyi bakım kalitesi ve hasta sonuçları için hemşire-hemşire iş birliği ve hekim-hemşire işbirliğinin en üst düzeye çıkarılması ve geliştirilmesi oldukça önemlidir (Ma ve Stimpfel, 2018).

İş birliği ile ilgili yapılan çalışmalar; Lemetti ve diğerleri (2015) yaptıkları çalışmada, hemşireler arasındaki iş birliğini anlamak için iş birlikçi uygulamaları ele alan daha yeni

çalışmaların gerekli olduğunu belirtmektedir. Larson (2009)'da, sağlık hizmetlerinde iş birliği ile ilgili yapılan çalışmalarda hekim-hemşire iş birliği üzerinde çoğunlukla çalışıldığını ve hemşireler arası iş birliği ile ilgili çalışmaların yetersiz olduğunu, bununla birlikte hemşire-hemşire iş birliğinin hasta güvenliğinin tehlikede olduğu anlarda ortaya çıktığını ifade etmektedir. Ndundu (2015)'nın, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, hemşire-hemşire iş birliği uygulamalarına yönelik algılarını belirlediği çalışmada hemşirelerin Hemşire-Hemşire İşbirliğine karşı olumlu tutumlarının yüksek olduğu ve iş birliğinin kaliteli hasta bakımı sunmada önemli olduğu vurgulanmaktadır. Lemetti ve diğerleri (2017)'in da yaptığı çalışmada iyi bir hemşire-hemşire iş birliğinin hasta memnuniyetini ve güvenini artırdığı saptanmıştır. Dimitriadou ve diğerleri (2008) hemşireler arasındaki iş birliğini etkileyen faktörleri belirlemek için yaptıkları çalışmada, hemşireler hasta güvenliği için iş birliğinin gerekli olduğunu ifade etmektedirler. Ma ve Stimpel (2018)'in yaptığı çalışma da ise; daha fazla mesai yapan, vardiyalı çalışan hemşirelerin doktorlarla daha düşük düzeyde iş birliğine sahip olduğu ortaya konmuştur.

Hemşire-Hemşire İşbirliği alt bileşenleri:

- Problem çözme
- İletişim
- Süreç paylaşımı
- Koordinasyon
- Profesyonelliktir (Dougherty ve Larson, 2010; Ndundu, 2015)

2.4.1. Problem çözme

Latince bir kavram olan “Problema” sözcüğü “proballo” -öne çıkan engel- sözcüğünden köken alır. “Problem, Türk Dil Kurumu’nda “araştırılıp öğrenilmesi, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum” şeklinde tanımlanmaktadır (Yıldırım, 2016; Yıldırım ve Özkahraman, 2011). Schreglmann ve Doğruluk (2012) problemi temelde, bireyin bir hedefe ulaşmada engellenme ile karşılaştığı çatışma durumu olarak açıklamaktadır.

Problem kelimesi yaşamsal süreçlerde sıklıkla karşılaşılan karmaşık, sıkıntılı ve istenmeyen durumları ifade etmektedir. Problem çözme ise, bir amaca ulaşmakta, karşılaşılan güçlükleri

yenme sürecidir aynı zamanda bir zaman, çaba, enerji ve alıştırma işidir (Yalçın, Tetik ve Açıkgöz, 2010; Yıldırım ve Özkahraman, 2011; Samancı ve Uçan, 2015). Problem çözme bir soruna yaklaşma veya kaçmaya yönelik bilinçli ve bilinçsiz, başarılı ve başarısız eylemleri içermektedir (Yıldırım ve Özkahraman, 2011). Çok yönlü bir yapıya sahip olması yönünden yaratıcı düşünce ile zekayı, duyguyu, iradeyi ve eylemi bünyesinde birleştirir aynı zamanda da bireyin ihtiyaç, amaç, değer, inanç, beceri, alışkanlık ve tutumlarıyla ilgilidir (Samancı ve Uçan, 2015; Yıldırım, Koç ve Karabudak, 2014).

Profesyonel hemşirelik uygulamalarında problem çözme sürecinin kullanılması oldukça önemlidir ve problem çözme sağlık profesyonelleri için vazgeçilmezdir (Choi Lindquist ve Song, 2014; Polat, 2013). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “Uygun bakımı vermek için önlemler alma ve sorun çözme yaklaşımı uygulanmasının, hemşirenin yapması zorunlu yeterliliklerden biri” olarak kabul etmiştir (Polat,2013; Taşçı, 2005).

Problem çözme etkin ve nitelikli hemşirenin sahip olması gereken yüksek kalitede hemşirelik bakımı vermek için gerekli bir beceridir (Karakurt ve Ekinci, 2015). Toplumun sağlık bakım ihtiyaçlarını karşılamada önemli olan hemşirelik mesleğinde klinik uygulamalarla ilgili her gün çeşitli sorunlarla karşılaşmakta ve bu sorunların çözümü için eleştirel düşünme, otonomi, karar verme, iletişim ve problem çözme yetenekleri ve bilgisine ihtiyaç duyulmaktadır (Karadağ ve diğerleri, 2018; Yüksel, 2015; Çelenk ve Topoyan, 2017). Bu nedenle etkili, güvenli ve kaliteli hemşirelik uygulamalarının yapılabilmesi, hastane ortamında ortaya çıkan problemlere uygun çözümler bulunabilmesi, hasta bakım niteliğinin artırılması ve birey merkezli hemşirelik bakımı verilebilmesi için hemşirelerin problem çözme becerilerine sahip olması, gelişmelere, yeniliklere kolaylıkla uyum sağlayabilme, bilgiye ulaşabilme, bilgiyi seçebilme ve aynı zamanda bu bilgileri özümseme gibi niteliklere sahip olması gerekmektedir (Çelenk ve Topoyan, 2017; Karadağ ve diğerleri, 2018; Karakurt ve Ekinci, 2015). Problem çözme becerisine sahip olan bireylerin; yenilikçi ve yeni oluşumlara açık, tercih ve kararlarını ifade edebilen, sorumluluk bilincine sahip, düşüncelerinde esnek, cesaretli, alternatif fikirler üretebilen, zeki ve dikkatli, kendine güveni olan, ilgi alanları geniş, tarafsız, mantıklı, prosedür ve yöntemleri dikkate alan, rahat ve duygusal, aktif ve enerjik, üretken, verimli, olaylara eleştirel bakış açısıyla yaklaşabilen kişiler olduğu belirtilmektedir. Problem çözme becerisi yüksek olan hemşireler, olumsuz duygu ve düşüncelerle baş ederek, etkili çözüm yolları oluşturur ve sunulan sağlık bakım hizmetinin kalitesini artırabilir (Yüksel, 2015), toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve

yaşam kalitesini artırma yönünde daha etkin hizmet verebilirler (Abaan ve Altıntoprak, 2005) Bireylerin yaşamının önemli bir bölümünü iş yaşamı oluşturduğu için problemleri etkili bir biçimde çözebilmek, bireylerin iş yaşamında uyum düzeylerini artıracaktır (Çelenk ve Topoyan ,2017). Hemşirelik bakımına dinamiklik kazandıran problem çözme becerisinin yetersizliği, hizmette kaliteyi, etkinliği ve verimliliği, değişimi, meslekte profesyonelliği, otonomi ve güç sahibi olmayı negatif yönde etkilemektedir (Abaan ve Altıntoprak, 2005).

2.4.2. İletişim

İletişim insanın kendini, duygu ve düşüncesini gereksinimlerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur (Üstün, 2005). Başka bir tanımda ise; İletişim, iki kişinin duygu, düşünce ve bilgilerini paylaşarak birbirini anlamasını içeren çok yönlü bir süreçtir (Yıldırım ve Yılmaz, 2018). Başol (2018) ise iletişimi, duygu, düşünce ve bilgilerin karşı tarafa onun anlayabileceği yol ve yöntem ile ulaştırılması ve aktarılmasıdır şeklinde açıklamıştır.

Diğer insanlarla doyurucu ve güven verici ilişkiler başlatmak ve devam ettirmek kullandığımız iletişim becerilerinin niteliğine bağlıdır. İletişim becerileri iyi kullanıldığında kolaylaştırıcı ve yararlı olduğu, kötü kullanıldığında ise soruna neden olduğu ve yardım etmeyen bir yönü olduğu görülmektedir (Üstün, 2015).

Toplumsal yaşamın her alanında önemli olduğu gibi iş yaşamında da iletişim becerileri büyük bir öneme sahiptir (Karadağ ve diğerleri, 2015).Yoğun emek harcayan sağlık sektöründe, özellikle hastanelerde iş gücünün önemi diğer sektörlerle göre daha fazladır. Hizmet sunulan hasta ile hizmeti sunan sağlık personelinin yoğun bir iletişim içerisinde olduğu sağlık sektöründe hizmeti sunan sağlık personeli olarak hekim ve hemşireler hizmeti alan hasta ile ilk iletişime giren meslek gruplarıdır ve bu personellerin yapacağı küçük bir hata, telafisi olmayan sonuçlar doğurabilir. Sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve etkin bir şekilde verilmesinde iletişimin önemi vazgeçilmezdir (Karadağ ve diğerleri, 2015; Başol, 2018).

İnsan insana ilişkiye dayalı mesleklerden biri olan hemşirelik, bütünüyle iletişim becerisine bağlıdır. Hemşireliğin amaçlarından biri de bakım verdiği bireyin sorunlarıyla baş etmesine yardımcı olmaktır (Başol, 2018). Hemşireler hastalar ile diğer sağlık hizmeti sunan personellerden daha çok vakit geçirmektedir dolayısıyla hastaların tedaviye yanıtlarını

değerlendirmek ve değişiklikleri başkalarına iletmek için benzersiz konumdadırlar (Ndundu, 2015).

Yapılan çalışmalar, sağlık personelinin kişiler arası etkili ilişkiler ve iletişim becerisi geliştirmesinin, hastalar üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir.

Hemşirelerin etkili ve amacına uygun iş birliği, iletişim becerileri ve bilgi paylaşımı;

- Hasta merkezli bakımın sunulmasını kolaylaştırmakta,
- Hastaya sunulan bakımın koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamakta,
- Hasta bakımında tekrarları önlemekte,
- İstenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını önlemekte,
- Kanıta dayalı tıp uygulamalarını artırmakta,
- Hasta ve ailesiyle iletişimlerini kolaylaştırmakta,
- Hasta memnuniyetini artırmakta ve hasta bakım kalitesini olumlu yönde geliştirmekte,
- Tıbbi hataları azaltmakta,
- Hasta güvenliğini sağlamakta,
- Sürekli eğitim ve uygulama maliyetlerini azaltmakta,
- Hizmetten memnuniyeti artırmakta,
- Hastalık ve tedaviye uyum sürecinde hemşire ile hasta arasındaki ilişkiyi geliştirmekte,
- Hastanın hastanede kalış süresini azaltmakta ve iyileşme motivasyonunu arttırmakta,
- Sağlık profesyonellerinin güçlendirilmesi ve bilgilendirilmesi ile daha iyi sağlık çıktıları sağlanmakta,
- Hemşirelerin iş tatminini arttırmakta,
- Yeni ve yararlı uygulamaların sağlık profesyonelleri arasında paylaşılmasını sağlamak gibi olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Karadağ ve diğerleri, 2015; Başol, 2018; Yıldırım ve Yılmaz, 2018; Köseoğlu ve diğerleri, 2011; McCaffery ve diğerleri, 2011).

İş birliği ve iletişim eksikliğinin hasta sonuçları üzerinde, sağlık hizmetlerinin sunumunda olumsuz etkileri mevcuttur ve kötü iletişim sağlık alanında geri dönüşü olmayan hatalara neden olurken hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Anthonie, Delmas,

Coutherut ve Moret, 2014; Başol, 2018). Bu durum sağlık çalışanından kaynaklı ise, sağlık çalışanlarına ve hastaneye karşı olumsuz yargılar oluşmasına ve güvensizliğe neden olabilmekte, hastadan kaynaklı ise de, sağlık çalışanları ile çatışma yaşanmakta ve sağlık çalışanları tarafından zor hasta gurubu olarak değerlendirilmektedir (Başol, 2018). Tıbbi uygulama hatalarının özellikle hasta transferi sırasındaki iletişim bozulmalarından, hastaya yapılan müdahalelerin karmaşıklığı ve bakım sürecine dahil olan klinisyen sayısının artışının iletişimde boşluklar oluşturması nedeniyle olduğu belirtilmektedir (Dougherty, 2009). Hastaların birçoğu tanı, tedavi ve bakıma yönelik yeterli bilgi alamadıklarından tedaviye uyum gösterememekte, bu durum hastaların hastaneye tekrar başvurmalarına, tedavilerini yanlış ya da eksik uygulamalarına, iyileşme ve uyum sürecinin uzamasına neden olabilmektedir (Başol, 2018; Bol, Gül ve Erbaycu, 2013). Dolayısıyla etkili iletişim hasta bakımı için başarılı iş birliğinin temel taşıdır (McCaffery ve diğerleri, 2011).

Çoğunlukla hekim ve hemşirelerin arasında yaşanan çatışmalar iletişim yetersizliğinden kaynaklanmakta, hekimin; hasta bakımı ve tedavisine yönelik hemşirelerin görüşlerini dikkate almaması, hemşirelerin görüşlerini bildirmede pasif davranması, aralarında iletişim yetersizliğine neden olmaktadır. Hekimler ile hemşireler arasında iletişimin sınırlı olması; hasta bakımı ve tedavisini geliştirmeye yönelik bazı ortak etkinliklerin düzenlenmesini engellediğinden, hekim-hemşire arasında etkili ve sağlıklı bir iletişim sisteminin kurulması ve iletişim kanallarının arttırılması önem kazanmaktadır (Kara, 2005).

Busari ve diğerleri (2017) yapmış olduğu çalışmada hemşireler ve hekimler arasındaki iletişimin, meslekler arası etkin iş birliği için dolayısıyla bakım kalitesinin güvencesi için önemli bir faktör olduğunu söylemektedir. Bu nedenle bakımın kalitesinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi için klinik çalışma ortamında iletişim ve iş birliğinin güvenilir şekilde değerlendirilmesi önemlidir. Chang ve diğerleri (2010)'un yapmış olduğu çalışma da ise YBÜ' de hasta başına günde 1.7 kadar hata oranları kaydedilirken, tıbbi hataların %15'i iletişim sorunlarından kaynaklandığı ifade edilmektedir.

2.4.3. Süreç paylaşımı

Tıp ve teknoloji alanında meydana gelen gelişmeler insan sağlığına önemli katkıda bulunurken, sağlık bakımının sunulduğu alanlarda hizmetlerin daha karmaşık hale gelmesine neden olabilmektedir. Bu durum kanıta dayalı bakım, hizmet kalitesi ve hasta güvenliği

beklentilerini arttırmaktadır ve hemşirelerin doğru karar vermelerini zorlaştırmaktadır (Erikmen ve Vatan, 2019; Sucu ve diğerleri, 2012). Sağlık bakım hizmetinde önemli yeri olan hemşirelerin, bütün bunlarla baş edebilmeleri ve bireylere kapsamlı, etkili bakım sunabilmeleri için karar alma süreçlerine katılması, daha fazla mesleki yeterlilik ve özerklikle uygulamalarını kontrol etme yetkisine sahip olmaları gerekmektedir (Erikmen ve Vatan, 2019; Başaran ve Dinç, 2018). Hemşirelerde otonomi eksikliğinin, hasta gereksinimlerine yanıt verilememesine ve ekip üyelerinin arasında sorunların oluşmasına neden olduğu düşünülmektedir (Erikmen ve Vatan, 2019; Dikmen, Karayılmaz ve Yıldırım Usta, 2016).

Karar verme, bilgi, deneyim, uzmanlık, değerler ve teorik bakış açıları gibi çeşitli şeylerin etkileşimini içeren karmaşık bir süreçtir ve otonominin tartışılmasında önemli bir konudur. Karara varmak için isteklilik, yetenek ve yapılanlardan sorumlu olmak, profesyonel hemşireliğin temel niteliğidir (Kaini, 2018; Vatan ve diğerleri, 2012).

Klinik karar verme, çok yönlü etkileşimleri içeren hemşireliğin temel ve güncel bilgisini uygulamada kullanılabilme becerisidir. Klinik karar verme, hemşirelik bakımında istenilen hasta bakım sonuçlarına ulaşabilmek için bir takım kararları içinde barındıran karmaşık bir süreçtir. Karmaşık süreç olmasının sebebi ise işlenecek bilginin fazla olmasına ve sonuçların belirsiz olmasına bağlıdır (Sucu ve diğerleri, 2012). Hemşirelikte Otonomi, bakım için hemşirelik kararlarını verme yeteneği ve bireyin kendi uygulamaları içindeki bağımsızlığı olarak da belirtilmektedir (Erikmen ve Vatan, 2019). Hasta bakımı hakkında karar vermek hemşirenin önemli rollerinden biridir ve kritik düşünme hemşirenin uygun karar vermesine yardımcı olur (Salehi ve diğerleri, 2007). Doğru ve zamanında klinik karar verme, bakım kalitesini geliştirme ve topluma güvenli bakım sunmada önemlidir (Sucu ve diğerleri, 2012).

Otonomi sahibi bir meslek üyesi kararlarından ve davranışlarından sorumlu olan kişidir. Yüksek öğrenim görerek profesyonel formasyon kazanan hemşireler, çalıştıkları birimlerde diğer sağlık mesleği üyeleriyle iş bölümü ve iş birliği içinde bulunmakta, ekip düzeni içinde bağımsız rolleri giderek ağırlık kazanmakta ve bu artışın gereği olarak otonomilerinin yani sorumluluklarının artması gündeme gelmektedir (Vatan ve diğerleri, 2012; Erikmen ve Vatan, 2019).

Özerklik, hemşireye kendini tanıma, bağımsızlık ve güç paylaşımı sağlamakta, hemşirelik bakımının boyutunu tanımlayabilmeyi, bilinçli karar verebilmeyi, bakım stratejisi belirleyebilmeyi, sorumlulukla otoriteyi sürdürebilmeyi ve kontrollü bakım sunabilmeyi, hastaların sorunlarını çözebilme yeterliliğinde, hemşirelerin mesleki becerilerinde, motivasyonlarında, iş doyumlarında ve performanslarında olumlu etki sağlamaktadır. (Akgün Malak, 2017; Malak ve Üstün, 2011).

Hemşireler arasında yüksek özerklik düzeyi iş tatminin temel belirleyicisiyken düşük özerklik ise tükenmişlik, depresyon ve devamsızlık gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Ayrıca klinik özerkliği yüksek olan hemşirelerle pozitif hekim-hemşire ilişkisi gözlemlenmektedir ve hemşirelerin karar verme sürecine katılımının artırılması hastalar açısından da; düşük mortalite oranı, yüksek kurtarma başarısı, bakım kalitesinin artması, komplikasyonların azalması, hastanede kalış süresinin azalması, hasta doyum oranlarının artması, daha az hasta ve hasta yakını şikayeti gibi olumlu etkileri olmakla birlikte mesleğin statüsünün yükselmesini ve hemşirelerin işte tutulmasını sağlamaktadır (Labrague ve diğerleri, 2019; Vatan ve diğerleri, 2012).

2.4.4. Koordinasyon

Koordinasyon yönetimin ya da örgütün amacını gerçekleştirebilmesi için ilgili tüm birim ve kişilerin uyum içinde hareket etmesidir (Göksu, 2017). Koordinasyonun sağlanabilmesi için ortak amaçlara sahip olmak ve bu amaçlar doğrultusunda çalışmaya istekli olmak gerekmektedir (Demir, 2019). Diğer bir tanımla, yönetim birimlerinin “belirli bir amacı gerçekleştirmek için aynı konuda çalışan diğer kurumlarla ve birimlerle işbirliği yapmaları” demektir (Göksu, 2017).

Yönetim işini üstlenen yönetici; birtakım amaçlara ulaşmak için işletme içi koşullar ve işletme dışı çevre koşullarını hem kendi içlerinde hem de birbirleri arasındaki koordinasyonu sağlama gibi bir görevle yükümlüdür. Koordinasyon olarak adlandırılan bu görev: “bir hedefe ulaşabilmek için icra edilecek görevler arasındaki birbirine bağılılıkların yönetilmesi eylemi” şeklinde tanımlanmaktadır (Tuan ve Memiş, 2007).

Koordinasyon, farklı bir adlandırmayla eşgüdümleme, “Örgütteki madde ve insan kaynaklarının birleştirilmesi, bilgi ve becerilerin uzlaştırılması ve bu yollarla örgüt

amaçlarının gerçekleştirilmesi için yapılan eylemleri kapsar”(Demir, 2019). “Henri Fayol’a göre koordinasyonun tanımı ise “Bir işletmede çalışmalar arasında uyum yaratmak” tır. Bu tanımlar doğrultusunda koordinasyonun çalışma ortamındaki tüm unsurları, tüm ilişkileri sistemli ve bütüncül bir şekilde belirli bir uyuma ulaştırmak gibi önemli görevleri vardır (Demir, 2019).

Koordinasyon, örgütün yapısı ile doğru orantılıdır (Demir, 2019). Hastanelerin büyüklükleri arttıkça ve örgütsel yapıları karmaşıktıkça, bölümler ve çalışanlar arasındaki iletişim ve koordinasyonun sağlanması önem kazanmaktadır (Ekici, 2017). Karmaşık ilişkilerin az olduğu örgütlerde koordinasyonu sağlamak kolay iken, karmaşık ve büyük örgüt yapılarında koordinasyonu sağlamak zordur. Bu zorluklardan biri örgütte iletişimin ve uyumun sağlanabilmesi zorluğudur dolayısıyla örgütlerde iş ve eylem birliği gereklidir (Demir, 2019; Göksu, 2017).

Yoğun emek sarf edilen sağlık sektöründe, özellikle hastanelerde, hasta bakımına odaklı olarak hizmet verilmektedir. Bu örgütlerde çalışan hekimler, hemşireler, sağlık yöneticileri ve diğer hizmet sunan personeller en etkin hasta bakımına ulaşabilmek için koordinasyon içinde faaliyetlerini sürdürürler (Köseoğlu, Gider ve Ocak, 2011). Koordinasyon hastanenin örgütsel yapısı ile çalışanlar arasında uyum sağlar. Burada belirtilen uyum çalışanların çabalarının birleştirilmesi, zaman bakımından ayarlanması, ortak amaca ulaşmak için faaliyetlerin birbiri ardı sıra gelmesi ve birbirini bütünlemesinin sağlanmasıdır (Ekici, 2017). Bir meslek grubunun tıbbi bakım sürecini tümüyle yönlendirmesi ve bu süreç içinde yer alan faaliyetleri tek başına gerçekleştirmesi neredeyse mümkün görünmemektedir. Tıbbi bakım süreciyle ilgili problemlerin çözümü için gerekli bilgi ve beceriler karması öylesine geniş ki; bir meslek grubu bu bilgi ve becerilerin tümüne sahip olmamakta; ekip çalışması kaçınılmaz zorunluluk olarak ortaya çıkmaktadır (Öğüt ve Kaya, 2011). Hastanelerde ekip çalışmasının bir zorunluluk olması örgütteki işlevsel bağımlılıktan kaynaklanmaktadır. Diğer örgütlere oranla da daha yüksektir. Çünkü hastane hizmet üretim süreci, birbirleriyle etkileşim durumunda olan birçok bölüm ve uzmanın uyumlu çabalarını gerektirmektedir (Köseoğlu ve diğerleri, 2011). Örneğin bir üniversite hastanesinde temel amaç, kendisine başvuran hastaların tedavilerinin etkin ve verimli bir şekilde gerçekleştirilmesidir. Gelen hastalara hizmet için farklı uzmanlık dallarında bölümler (dahiliye, cerrahi vb.) yer alırken, ameliyathane, hemşirelik hizmeti, diyet, kalite birimi gibi bölümlerin kendi çalışma alanlarına yönelik veri toplayıp değerlendirmesi, amaçlarına yönelik faaliyet göstermesi,

hastanın sağlık ekibi tarafından teşhis ve tedavisinde koordinasyonun sağlanamaması örgütsel koordinasyonun yetersizliğini göstermektedir (Ekici, 2017). Hemşirelerin rollerini yerine getirmeye engel olan çalışma ortamı örneğin: hasta yoğunluğu, personel yetersizliği gibi durumlar hemşireler için koordinasyonu zorlaştırabilir buda strese yol açmakta ve diğer hemşirelerin iş yükünü artırarak hemşireler arasında çatışma yaşanmasına neden olmakta ve iş birliğini etkilemektedir (Ndundu, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sisteminin gelişmesi için sağlık sektörünün içinde uyum sağlanmasını öngörmekte ve değişik kategorilerdeki sağlık personelinin iş bölümü açısından anlaşmalarını, disiplin içi ve disiplinler arası iş birliği yapılmasını beklemektedir (Öğüt ve Kaya, 2011).

Koordinasyonun Yararları

Bir kurum için koordinasyon sağlamanın yararları;

- Örgütün ve örgütsel işlevlerin sürekliliğini sağlar,
- Üyeler arasında yardımlaşma ve iş birliği sağlar,
- Kaynakların etkili kullanılmasını sağlar,
- Kararların uygulamaya yansıtılmasını sağlar,
- Üyelerin birbirinden ve yaptıklarından haberdar olmalarını sağlar,
- Örgütte yaşanan karışıklıkları ve tekrarları önler,
- Örgüt ile ilgili planlar daha iyi uygulanabilir,
- Hasta ya da sağlıklı birey nesnellikten çıkarılır ve asıl odak olur,
- İş birliğini artırır ve hasta bakım sonuçlarını iyileştirir,
- Sağlık personelinin mesleki doyumunu artır,
- Sağlık kuruluşlarında mesleki doyum artar,
- Sağlık hizmetlerindeki boşluklar ortadan kalkar,
- Sağlık alışanlarının birbirlerinin rollerini daha iyi anlamasını sağlar ve meslekler arası saygıyı artırır,
- Koordinasyonun sağlandığı ortamlarda, yeni fikirlerin yayılması gelişmelere imkan sağlar,
- Mesleki gelişim ve sağlık çalışanları arasındaki iletişim artar,
- Problemler herkes tarafından gerçekçi bir şekilde anlaşılır,

- Ortaya konulan politikalar, planlar ve prensipler gerçekçi bir şekilde anlaşılır (Demir, 2019; Önen ve Dinçer, 2018; Ndundu, 2015).

2.4.5. Profesyonellik

Profesyonellik yıllardır farklı meslek grupları tarafından benzer ifadelerle tanımlanan bir mesleğe bağlılık ve mesleğe ait kimlik düzeyi olarak ifade edilen bir kavramdır (Özlük ve Sur, 2017; Maraşlı, 2015). Belirli bir alanda gösterilen uzmanlık, bilgi, beceri, tutum ve davranış biçimi profesyonellik olarak belirtilmektedir (Altıok ve Üstün, 2014; Öz, 2015) . Bir işi en düzgün ve özenli, bununla beraber en az hata ile yerine getirme profesyonelliğin göstergesidir (Adıgüze, Tanrıverdi ve Özkan, 2011). Bu anlamda profesyonellik denilince alanında üst düzey eğitim gören, uzman kişilerce yürütülen, ilgili meslek örgütleriyle desteklenerek verilen hizmet akla gelmektedir ve bu hizmetin kalitesini artırmak, daha iyiye ulaşmak için çaba gösterme, devamlı ilerleme ile özgünlüğünü ortaya koyma da profesyonelliği göstermektedir (Öz, 2015; Adıgüzel ve diğerleri, 2011). Temel profesyonellik özellikleri genel olarak; bilimsel bilgi birikimi, uygulamada teori kullanma, toplumsal değerleri paylaşma, etik kodlar, hayati değeri olan konulara odaklanma, mesleki örgüte sahip olma ve otonomi olarak belirtilmektedir (Özlük ve Sur, 2017).

Teorik olarak meslekler arası çalışma mesleğe atanan rol ve sorumluluktan ziyade mesleki beceri ve uzmanlığa dayanmaktadır (Zwarenstein, Goldman ve Reeves, 2009). Mesleki profesyonellik ise; bireysel profesyonelliğin yerini örgütsel profesyonelliğe bırakmasıdır. Mesleğin toplumda cazip hale gelerek saygınlık kazanması ile iş görenlerin saygı görmesi ve iş doyumuna ulaşmasında mesleki profesyonellik önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca mesleki profesyonellik, mesleki standartların belirlenmesi ve hizmet kalitesinin yükseltilmesinde temel etkenler arasında yer almaktadır (Adıgüzel ve diğerleri, 2011).

Sağlık kurumlarına sağlık hizmeti almak için başvuran hastalar, en kısa sürede sağlıklarına kavuşmayı istemekte dolayısıyla tanı ve tedavilerinin doğru ve eksiksiz bir şekilde yapılmasını beklemektedirler. Ancak sağlık hizmetlerindeki bilgi ve teknoloji alanındaki değişimler ve artan hasta sayısı ile beklentileri, telafi edilemeyen hatalara neden olabilmektedir. Bu hatalar ve hataların oluşturduğu insan hayatını olumsuz etkileyen sonuçlar, hasta güvenliğini önemli hale getirmektedir. Bu yüzden hastaları sağlık hizmetlerinin olumsuz etkilerinden korumak ve sağlık hizmeti sunan çalışanları bu konuda

bilinçlendirmek için profesyonellik büyük önem taşımaktadır (Adıgüzel ve diğerleri, 2011). Sağlık alanındaki değişim ve gelişmelerden önemli ölçüde etkilenen ve insanların kaliteli bir yaşam sürdürmesinde önemli bir meslek grubu olan hemşirelik içinde önemli konulardan birisi profesyonellik kavramıdır (Adıgüzel ve diğerleri, 2011; Kaya, Karataş ve Dalgıç, 2019). Profesyonel hemşire, hemşirelik etik değerlerine sahip çıkan, otonomisi yüksek ve bilimsel gelişmeleri takip eden bir meslek üyesi olarak hasta bakım kalitesinin gelişmesini sağlamaktadır (Maraşlı, 2015). Ayrıca hemşirelerin değişken çalışma şartlarının bulunması, yapıcı olmayan ve onaylanmayan davranışlarla karşılaşması ve yoğun stres altında çalışmaları gibi olumsuz etmenler; hemşirelikte profesyonelliğin ne kadar gerekli olduğunu göstermektedir (Adıgüzel ve diğerleri, 2011). Hemşirelik profesyonel ve bilime dayalı gelişen bir meslektir. Hizmetin kalitesini artırmak ve daha iyiye ulaşmak için çaba gösterme, devamlı ilerleme ile özgünlüğünü ortaya koyma da meslekte profesyonelliği gerekli kılmaktadır (Kaya ve diğerleri, 2019; Öz, 2015; Görüş ve diğerleri, 2014).

Hemşirelik mesleği üyelerinin profesyonellik değerlerini bilerek gereklerini yerine getirmesi, hemşirelik mesleğinin profesyonelleşmesinde son derece önem taşımaktadır (Adıgüzel ve diğerleri, 2011). Bu değerler;

- Eğitimsel hazırlık
- Yayın
- Araştırma
- Mesleki organizasyonlar, örgüt
- Toplumsal hizmet
- Yeterlik ve sürekli eğitim
- Hemşirelik kodları
- Teori
- Özerklik (Altıok ve Üstün, 2014).

Hemşirelerin sahip olduğu bu değerler hastalarla ve meslektaşlarla etkileşimlere rehberlik ederek değer yüklü uygulamalar konusunda karar vermelerine yol göstermekte ve hemşirelik uygulamaları için temel oluşturmaktadır (Görüş ve diğerleri, 2014; Öz ve Özyürek, 2018). Hemşirelikte algılanan profesyonel değerler, hemşirelik mesleğinin standartlarının oluşturulmasında önemlidir ve yüksek iş doyumunu, profesyonel kimlik gelişimi, mesleki sosyalleşme, yüksek kaliteli bakım ve iyi karar verme becerileri ile sonuçlanır (Kaya ve Boz,

2017; Öz ve Özyürek, 2018). Profesyonel değerlerin etkilenmesi, bakım hizmetlerinin aksamasına, hizmet kalitesinin düşmesine, hizmet alan ve hizmet verenlerin memnuniyetsizliğine neden olmaktadır (Öz, 2015).

Profesyonelliğin kazanılabilmesi için bazı kriterlerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Bu kriterlerden bazıları şunlardır:

- Meslekle ilgili dernek veya mesleki kuruluşların olması (Adıgüzel ve diğerleri, 2011),
- Çalışma koşullarında özgür hareket etme serbestliği (Adıgüzel ve diğerleri, 2011),
- Uzun süreli, kapsamlı ve etkin bir eğitim (Adıgüzel ve diğerleri, 2011),
- Tercih edilen alanda çalışmak için gerekli nitelik ve yeterliliğe sahip olmak (Adıgüzel ve diğerleri, 2011),
- O iş ile ilgili belirtilen kurallara uyma zorunluluğu (Adıgüzel ve diğerleri, 2011),
- Mesleğin bilimsel yöntem ve tekniklerden yararlanılarak yapılan düzenli çalışma ve yeniliklere açık olunması (Adıgüzel ve diğerleri, 2011),
- Bireysel sorumluluğun olması (Altıok ve Üstün, 2014),
- Alturizm (özgecilik) yoluyla üyelerin birbirlerine yardım etmeye ve toplum yararına çalışmaya istekli olması (Altıok ve Üstün, 2014),
- Eğitimsel bir disiplin doğrultusunda uygulamaların öğretilebilir olması (Altıok ve Üstün, 2014).

2.5. Hekim-Hemşire İş Birliği Kavramı

Sağlık çalışanları, sağlığın korunmasında ve idame edilmesinde, hastalık durumunda kişinin tekrar sağlığına dönebilmesi için gerekenlerin yapılmasında öncülük eden kişi veya kişilerdir (Başol, 2018). Hastaneler çeşitli meslek gruplarının birlikte çalışmak zorunda olduğu hizmet alanlarıdır. Özellikle yatan hastaların hizmet aldığı servislerde, hastanın tedavisi üzerinde birbirini tamamlayan işlevler gören hekim ve hemşireler yaptıkları işin önemi, sağlık profesyonelleri arasında sayılarının fazla olması ve hasta ve yakınları ile en çok vakit geçiren çalışma grubunu oluşturmaları nedeni ile öne çıkan iki meslek grubudur (Saluvan ve Kaya, 2013; Karadağ ve diğerleri, 2015). Sağlık hizmetlerinin sunumun karmaşık hale gelmesi ile birlikte hekim ve hemşireler arasında iş birliği sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için önemli bir yoldur (Elsous, Radwan ve Mohsen, 2017; Akyürek ve diğerleri, 2005).

İş birliği, kabul edilebilir hedefleri ve felsefesi olan ortak bir çalışma sürecidir (Dimitriadou ve diğerleri, 2008).Dougherty (2009) a göre iş birliği ise; meslektaşlar arası kişisel bir ilişkidir ve iş birliği kişiler arası ilişkiler ve davranışların bir sonucudur.

Bir takımdaki farklı tarafların hedefleri, sorumluluğu, karar alma ve gücü paylaştıkları etkileşimli bir süreç olarak tanımlanan iş birliği, ekip hedeflerine ulaşmak için sağlık profesyonelleri arasında kritik öneme sahiptir. Nitekim, yüksek bakım kalitesi ve hasta güvenliğini sağlamak için gerekli bir bileşendir. Amerikan sağlık sisteminde ücret karşılığı hizmet yaklaşımından değere dayalı bakım çözümlerine geçildikçe iş birliği ihtiyacı artmaktadır. Bakım sunumundaki iş birliğinin, hastalara en uygun bakım kalitesinin sağlanmasında önemli bir yaklaşım olduğu Hasta Koruma ve Uygun Bakım Yasası'nda vurgulanmaktadır (Ma ve Stimphel, 2018).

Sağlık hizmetinde disiplinler arası işbirliği hasta bakım sorunlarını çözmek için birlikte çalışan birden fazla disiplinden oluşan sağlık profesyonelleri ile güç, sorumluluk, karar verme gibi paylaşılan hedefleri içeren kişiler arası bir süreçtir (Petri, 2010). Hekim-hemşire iş birliği, hekim ve hemşirenin hasta bakımı ilgili planlamayı birlikte yapması ve uygulamalara birlikte karar vermesi, ayrıca problem çözümünde ve hasta bakımında sorumlulukları ortak şekilde paylaşmasıdır (Elsous ve diğerleri,2017).

Zhang ve diğerleri (2016) hekim-hemşire iş birliğini “etkili, güvenli ve yüksek kalitede bakım sağlayabilmek karşılıklı sorumluluk ve görevleri tanımayı gerektirir” şeklinde ifade etmektedir. Wanzer, Wojtaszczyk ve Kelly (2009)’ e göre ise hekim-hemşire iş birliği “açık iletişim, problem çözme ve karar verme sorumluluğu içermelidir” şeklinde ifade edilmektedir.

Hekimler ve hemşireler sağlık bakım sisteminde önemli profesyoneller olmakla birlikte aralarındaki iş birliği önemlidir ve her iki meslek grubunun iş birliği profesyonel bilgi ve becerilerin hasta bakımında sinerjik olarak gerçekleşmesini sağlayan bir etkileşimdir (Zhang,2016; Vegesna ve diğerleri,2016; Vazirani ve diğerleri, 2005).Sağlık hizmetlerinde iş birliğine dayalı uygulama hastalar, aileleri ve bakıcılarına en yüksek kalitede hizmet sunabilmek için birden fazla sağlık profesyonelinin birlikte daha kapsamlı hizmet sunması ile gerçekleşmektedir (Kaini, 2018).

Hastanelerde bir meslek grubunun tıbbi bakım sürecini tümüyle yönlendirmesi ve tek başına gerçekleştirmesiyle kaliteli ve etkili hasta bakımının sunulabilmesi mümkün görünmemektedir. Hızla gelişen ve değişen sağlık sektöründe; tıbbi bakım süreciyle ilgili problemlerin çözümü için bir meslek grubu bu bilgi ve becerilerin tümüne sahip olmamakta; bu yüzden iletişim, tıbbi bilgi paylaşımı ve ekip çalışması kaçınılmaz bir zorunluluktur (Yılmaz ve Yıldırım, 2018).

2.5.1. Hekim-hemşire iş birliğinin sağlık hizmetine etkisi

Hekim ve hemşire iş birliği ile sağlık bakım hizmetinin maliyeti azalmakta, hekim ve hemşirenin iş doyumunu artmakta, hasta bakım kalitesi artmakta, hasta güvenliği sağlanmakta, sağlıklı çalışma ortamı oluşmakta, daha az hastanede kalış süresi, ameliyat sonrası komplikasyonların azalması, mortalite oranının azalması, hekim ve hemşirelerin işle ilgili stresinin azalması, hemşire devir oranının azalması ve hemşireliğin hasta bakımındaki rolünün daha iyi anlaşılması, zorlukların paylaşılması, problemlerin çözümü için daha geniş yelpazede uzmanlığın mevcut olması, ekip üyelerinin birbirini destekleyip motive etmesi gibi olumlu sonuçlar oluşmaktadır (Elsous, 2017; Hughes, 2010; House, 2017; Özkaraca, 2015; Kaini, 2015; Nolte, 2005; Zheng, Sim ve Koh, 2016). Tam tersi şekilde hekim ve hemşire arasındaki kötü iş birliği tıbbi hatalarda artmaya, hasta bakımında gecikmelere ve ekip çalışmasında tekrarlanan sorunlara, sağlık uzmanları arasında etkisiz iletişim ve koordinasyon eksikliğine, iş memnuniyetsizliğine, otonomi eksikliğine, kötü sağlık sonuçlarına, yüksek personel devir hızına, iş ortamındaki stresin artmasına, hemşirenin moralinin ve kuruma bağlılığının olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Elsous, 2017; Hughes, 2010; House, 2017; Zhang, 2016; Akyürek ve diğerleri, 2005). Aynı zamanda, hekim ve hemşirelerin olumlu bir çalışma ortamında bulunması ile daha iyi hizmet verecekleri, hastaların bu kurumlardan aldıkları hizmete güven duyacakları ve hizmet almak için tekrar bu kurumları tercih etme eğiliminde olacakları belirtilmektedir (Özkaraca, 2015). Sağlık hizmetlerinde hekim hemşire arasındaki etkileşime önem gösteren kurumlar, “mıknatis hastane” olarak belirtilmektedir. Bu hastanelerde yapılan araştırmalarda HHİ ve ilişkilerine önem verildiği, diğer kurumlara göre hemşirelerin daha fazla çalışmak istedikleri hem hemşirelerin hem de doktorların iş doyumunun yüksek olduğu belirtilmektedir (Akyürek ve diğerleri, 2005).

Hekimlerle hemşirelerin arasında yaşanan çatışmaların çoğu iletişim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. Hekimin; hasta bakımı ve tedavisine yönelik hemşirelerin görüşlerini dikkate almaması, hemşirelerin görüş bildirirmede pasif davranması, hekimlerle hemşireler arasında iletişim yetersizliği ve kopukluğuna neden olmaktadır. Hekimler ile hemşireler arasında iletişimin dolayısıyla kararlara katılımın sınırlı olması; hasta bakımı ve tedavisini geliştirmeye yönelik bazı ortak etkinliklerin düzenlenmesini engellemektedir. Bu nedenle hekimlerle hemşireler arasında etkin ve sağlıklı bir iletişim sisteminin kurulması ve iletişim kanallarının arttırılması önem kazanmaktadır (Kara, 2005).

Matriks yapı geniş, karmaşık organizasyonlarda artan karar verme, koordinasyon ve kontrol problemlerinin bazılarının üstesinden gelmek için kullanılır. Matriks organizasyonun amacı, geleneksel komuta yapısındakinden daha yüksek seviyede koordinasyonu temin edebilmektir. Hastanelerde hekim ve hemşire grupları arasında yaşanan gerginliklerin bir kısmı; matriks yapı konusundaki bilgisizlikten kaynaklanmaktadır. Hekimlerin tıbbi direktif verme yetkilerine dayalı olarak, hemşirelerle yönetsel ilişki içinde oldukları izlenimi vermesi; hekim-hemşire ilişkisinde gerginliklere yol açar (Kara, 2005).

Mesleklerarası iş birliği için 3 temel kategori;

Bilgi

- ✓ Diğer uygulayıcıların rolünü anlama,
- ✓ Diğer tüm iş arkadaşlarının bilgi ve becerilerini tanımak,
- ✓ Etkili ekip çalışmasının uygulama ve ilkelerini kavramak,

Beceri

- ✓ Sesli sözlü ve yazılı iletişim yöntemlerini uygulamak,
- ✓ İş birliğinin gerekli olduğu durumları belirlemek,
- ✓ Servistekilerle iş birliği içinde olmak,

Tutum

- ✓ Profesyoneller arası çalışmanın değerini takdir etmek,
- ✓ Başkalarının fikir ve değerlerine saygı göstermek (Kaini, 2018).

Hekimlerle Hemşirelerin Etkileşim Alanları:

- Hasta kabulü,
- Tanı ve tedaviye yardımcı girişimler,
- Hasta vizitleri,
- Hasta eğitimi ve rehabilitasyonu (Kara, 2005; Manisalı, 2013).

İş birliği ile ilgili çalışmalar:

Vazirani ve diğerleri (2005), yapmış oldukları çalışmada hemşirelerin hekimlere göre iş birliğine daha güçlü eğilim gösterdiğini ifade etmektedir. Hoffman ve diğerleri (2008)'nin yapmış olduğu çalışmada iş birliği sağlık profesyonelleri arasında iş memnuniyetini artırma, tıbbi hataları azaltma ve hasta güvenliğini geliştirmenin yolu olarak vurgulanmıştır. Ma ve Stimpfel (2018) ise yaptığı çalışmada hemşirelerin diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iş birliği yaptığı hastanelerde hastaların daha üstün bakım kalitesi ve daha iyi sonuçlar aldığını bu nedenle daha iyi bakım kalitesi ve hasta sonuçları için hemşire ve hekimlerin iş birliği

yapma yeteneğini en üst düzeye çıkarmasının ve geliştirmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Dimitriadou ve diğerleri (2008) de çalışmalarında kaliteli hizmet sunma ve etkili hasta bakımı sağlamak için hekim ve hemşirelerin iş birliği için çalışmaları gerektiğini ifade etmektedir. Dougherty (2009) yaptığı çalışmada hekim-hemşire iş birliğinin hasta memnuniyeti ile anlamlı ve olumlu bir ilişki içerisinde olduğunu belirtirken, klinik ortamda hasta güvenliğini artırmak ve hastalardaki olumsuz olayları azaltmak için iş birliğinin önemini vurgulamaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, hemşire-hemşire ve hekim-hemşire iş birliğinin iş doyumu ve hasta bakım kalitesine etkisini belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırma Soruları

1. Sosyo-demografik özelliklere göre hemşire- hemşire iş birliği düzeyi arasında farklılık var mıdır?
2. Sosyo demografik özelliklere göre hekim-hemşire iş birliği arasında farklılık var mıdır?
3. Araştırmanın yapıldığı hastanede hekimlerin ve hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği hangi düzeydedir?
4. Araştırmanın yapıldığı hastanede hemşire- hemşire iş birliği hangi düzeydedir?
5. Hekim ve hemşirelerin iş birliği algıları arasında fark var mıdır?
6. Hemşire- hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumuna etkisi var mıdır?
7. Hemşire- hemşire iş birliğinin hemşirelerin hasta bakım kalitesi algısına etkisi var mıdır?
8. Hekim-hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumuna etkisi var mıdır?
9. Hekim-hemşire iş birliğinin hemşirelerin hasta bakım kalitesi algısına etkisi var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara ili içerisinde yer alan Ankara Şehir Hastanesi'nde yapılmıştır. Ankara Şehir Hastanesi; Genel Hastane Binası, Kalp ve Damar Hastanesi Binası, Nöroloji ve Ortopedi Hastanesi Binası, Çocuk Hastanesi Binası, Kadın ve Doğum Hastanesi Binası, Onkoloji Hastanesi Binası, Ana Hastane Binası, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Binası, Yüksek Güvenlikli Adli Psikiyatri Hastanesi Binası ve Medikal Gözlem Kliniği olmak üzere 10 binadan oluşmakta, Erişkin Acil ve Kadın Doğum-Çocuk Acil ile toplam 3810 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Dr. Zekai

Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi, Ankarar Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'nin bir araya getirilerek Şubat/2019 yılında kurulan Türkiye'nin en büyük hastanesi olan Ankara Şehir Hastanesi daha büyük servis ve birimlerden oluşmaktadır. 6 farklı kurum kültürünün bir araya gelerek tek bir kurum kültürü oluşturmaya çalışmasıyla bu kurumda çalışan hekim ve hemşireler adaptasyon süreci içine girmiştir.

Ankara Şehir Hastanesi'nde hemşirelik hizmetleri her binaya ait Hemşirelik Hizmeti Müdürlükleri tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın yapıldığı dönemde (Ocak-Mart, 2020) toplamda 2100 hemşire görev yapmaktadır. Kurumda hemşireler sözleşmeli (657 Sayılı Kanun 4/B) ve kadrolu (657 Sayılı Kanun 4/A) statüsünde çalışmaktadır. Asistan hekimler, Anabilim Dalları bünyesinde başasistanlığa bağlı olarak çalışmaktadır. Araştırmanın yapıldığı dönemde (Ocak-Mart, 2020) toplamda 1780 hekim görev yapmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2020 yılı içerisinde Ocak-Mart aylarında 2100 hemşire ve 1780 hekime sahip olan Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşireler ve hekimler, örneklemini ise en az 3 ayını tamamlamış olan çalışmaya katılmayı kabul eden 401 hemşire ve 235 hekim oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına yabancı uyruklu ya da başka hastaneden görevlendirme ile gelen hemşire ve hekimler alınmamıştır. 3 ayın altında çalışan hemşire ve hekimler araştırmaya dahil edilmemiştir. Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünde bulunan Hemşirelik Hizmeti Müdürü, Müdür Yardımcıları, Birim sorumluları ve Süpervizörler örnekleme alınmamıştır. G*power 3.0.1 programı kullanılarak yapılan güç analizi sonucunda; %90 güç, %5 hata payı ve $d=0.354$ etki büyüklüğü ile toplamda en az 338 örnek sayısı yeterli bulunmuştur ($n_1=169$; $n_2=169$).

3.5. Veri Toplama Araçları

Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

Form konu ile ilgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu formda hemşirelere ait tanıtıcı bilgileri toplamaya yönelik yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışılan birim, çalışılan birimdeki görev, çalışma statüsü (kadrolu, sözleşmeli) çalışma şekli (vardiyalı, sürekli gündüz), meslekte ve kurumda çalışma süresi, haftasık çalışma saati, hekim ve hemşirelerin birlikte vizit yapma durumu, kurumdaki iş doyumu ve hasta bakım kalitesini sorgulayan 14 kapalı uçlu soru bulunmaktadır (EK-1).

Hekimler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

Form konu ile ilgili literatür incelenerek araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Bu formda hekimlere ait tanıtıcı bilgileri toplamaya yönelik yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışılan birimdeki görev, meslekte ve kurumda çalışma süresi, çalışma şekli, haftalık çalışma saati, çalışılan biri, hekim ve hemşirelerin birlikte vizit yapma durumu, kurumdaki iş doyumu ve hasta bakım kalitesini sorgulayan 12 kapalı uçlu soru bulunmaktadır (EK-2).

Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği

Hemşire-Hemşire İş birliği Ölçeği (HHİÖ) Dougherty ve Larson tarafından 2010 yılında hemşirelerin iş doyumunu ve hasta bakım kalitesini arttırmak amacıyla geliştirilmiştir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.89'dur. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Durmuş Çelik Durmuş ve Yıldırım (2016) tarafından Türkçeye uyarlanarak yapılmıştır. Ölçekte yalnızca 1 madde (8 numaralı) ters kodlanmıştır. HHİÖ tablo şeklinde ve dörtlü likert şeklindedir. Buna göre ölçek 26 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır (EK-3). Maddeler 1-4 arası puan almaktadır. 1- tamamen katılmıyorum, 2- katılmıyorum, 3- katılıyorum, 4- tamamen katılıyorumdur. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.93 bulunmuştur (Durmuş Çelik, 2015). Ölçeğin Türkçeye uyarlamasını geliştiren yazar Durmuş Çelik ve Yıldırım tarafından e posta yolu ile yazılı izin alınmıştır (EK-4).

26 maddelik ölçeğin “Problem Çözme”, “İletişim”, “Süreç Paylaşımı”, “Koordinasyon” ve “Profesyonellik” olmak üzere oluşan 5 alt boyutuna ilişkin maddeler aşağıda sunulmuştur.

Problem Çözme alt boyutunda; 1, 2, 3 numaralı

İletişim alt boyutunda; 4, 5, 6, 7, 8 numaralı

Süreç paylaşımı alt boyutunda; 9, 10, 11, 12, 13 numaralı

Koordinasyon alt boyutunda; 14, 15, 16 numaralı

Profesyonellik alt boyutunda; 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 numaralı maddeler yer almaktadır.

Hekim-Hemşire İşbirliği Ölçeği (EK-5)

Hekim-Hemşire İşbirliği Ölçeği; Magnetizmin Temelleri Ölçeği içerisinde yer alan 7 alt boyuttan biridir ve 8 maddeden oluşmaktadır. Magnetizmin Temelleri Ölçeğinin orijinal formu Kramer ve Schmalenberg (2004) tarafından geliştirilmiştir ve 2008 yılında revize edilmiştir(Yıldırım, Kısa ve Hisar, 2012). Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.92, alt boyutlarından olan HHİ ölçeği için Cronbach alfa katsayısı 0.88 bulunmuştur (Kramer ve Schmalenberg, 2004). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve diğerleri (2012) tarafından Türkçeye uyarlanarak yapılmıştır. HHİ ölçeği tablo şeklinde ve dördümlük likert ölçeği şeklindedir. Maddeler 1-4 arası puan almaktadır; 1- Herhangi bir doktor için doğru değil, 2- bir ya da iki doktor için genellikle doğru, 3- bazı doktorlar için bazen doğru, 4- çoğu doktor için çoğu zaman doğru şeklindedir (Bai, Hsu, Zhang, 2015). Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkçeye uyarlanarak yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.92, 7 alt boyuttan biri olan HHİ ölçeğinin ise Cronbach alfa katsayısı 0.71 bulunmuştur (Yıldırım ve diğerleri, 2012). Ölçekte 3 numaralı madde ters kodlanmıştır. Geçerlik güvenilirlik çalışması yapılan ölçek için Dilek Ekici (Yıldırım)'den (sorumlu araştırmacı) e-posta yolu ile yazılı izin alınmıştır (EK-6).

3.6. Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce;

- Araştırmanın yapılması planlanan kurumdan izin alınmıştır (EK-8).
- Gazi Üniversitesi etik komisyonuna başvuru yapılarak etik izin alınmıştır (EK-7).

Araştırma verilerinin toplanması süresince;

Veriler toplanmadan önce araştırmacı tarafından araştırmanın amacı açıklanarak çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği ile Hekim-Hemşire İşbirliği Ölçeği hekimlere ise Tanıtıcı Bilgi Formu ve Hekim-Hemşire İşbirliği Ölçeği yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Hekim ve hemşirelerden yazılı onamları alınmıştır (EK-9).

3.7. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulanması ve verilerin toplanması 10.01.2020-10.03.2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama formunun ön yüzünde çalışmanın kapsamı ve amacını belirten ön bilginin, hemşire ve hekimlerin doldurmaları istenen ölçeklere geçmeden önce okunması sağlanmış ve aynı anda araştırmacı tarafından sözel olarak açıklama yapılmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışmakta olan toplam 1780 hekim ve 2100 hemşireye ulaşılmaya çalışılmış olup toplamda 401 hemşire ve 235 hekimden anketler tam ve eksiksiz olarak toplanmıştır. Veriler Genel Hastane, Kalp ve Damar Hastanesi, Onkoloji Hastanesi, Nöroloji ve Ortopedi Hastanesi, Kadın ve Doğum Hastanesi, Çocuk Hastanesi binaları ile Erişkin Acil ve Çocuk Acil biriminden toplanmıştır. Hekim ve hemşirelerin bazılarının vardiya usulü ile bazılarının sürekli gündüz çalışmasından ötürü katılımcıların hepsine ulaşmakta sıkıntı yaşandığından araştırmacının çalışmadığı günler ve mesai saatleri dışında vardiyalı çalışan, sürekli gündüz çalışan hekim ve hemşirelere ulaşılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile anketler toplanmıştır. Veriler toplanırken hemşire ve hekimlerin anketleri doldurabilmesi için vardiya saatleri ve gündüz mesai saatleri içerisinde mümkün olduğunca tedavi ve bakım saatleri dışında hemşire ve hekimlerin müsait olduğu vakitler beklenilip kendilerine ulaşılarak anketler uygulanmıştır. Çalışma gönüllük esasına dayandığından anketleri doldurmak istemeyen hekim ve hemşirelere anket verilmediğinden yarım ya da boş olarak teslim alınan anket olmamıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırma Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerden, araştırmaya katılmaya gönüllü olan kişilerle sınırlıdır.
- Araştırma bulguları, kullanılan ölçeklerin maddeleri ile sınırlıdır.

- Hasta yoğunluğunun fazla olması, tedavi saatleri, hemşirelerin yorgun olması, çalışanların müsait vakitlerinin özellikle beklenmesi, hekim ve hemşirelerin bazılarının anketi doldurmamak istememesi en önemli kısıtlılıklardır.

3.9. Araştırmanın Güçlükleri

- Araştırmanın yapıldığı hastanelerde hemşirelerin ve hekimlerin anket doldurmaktan sıkıldıklarını bildirmeleri bu çalışmanın uygulanmasını olumsuz etkilemiş, hekim ve hemşireler tarafından iade nedeni olmuştur.
- Birim fark etmeksizin hemşireler ve hekimler çok yoğun çalıştıklarını ifade ederek ölçek uygulamasına katılmayı reddetmişlerdir. Bu nedenle ölçek geri dönüşleri kısıtlı sayıda olmuştur.
- Araştırmanın yapılması planlanan Ankara Şehir Hastanesi'nden kurum izni geç çıkmıştır, dolayısıyla çalışmaya planlanan tarihten sonra başlanmıştır.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Değişkenlerin ilişkini belirlemek için Spearman ve Pearson korelasyon analizleri ve değişkenlerin etkisini belirlemek için lineer regresyon analizleri yapılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Çizelge 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Değişken (N=401)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 27,29 \pm 6,01$ (yıl)]		
23 ve altı	107	26,7
24-26	142	35,4
27-29	58	14,5
30 ve üzeri	94	23,4
Cinsiyet		
Kadın	283	70,6
Erkek	118	29,4
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	42	10,4
Ön lisans	44	11,0
Lisans	303	75,6
Yüksek lisans	12	3,0
Medeni durum		
Evli	126	31,4
Bekar	275	68,6
Çalışılan birim		
Cerrahi	74	18,5
Dahiliye	92	22,9
Acil/ameliyathane	23	5,7
Yoğun bakım	185	46,2
Poliklinik	4	1,0
Diğer	23	5,7
Birimdeki görev		
Sorumlu hemşire	21	5,2
Servis hemşiresi	360	89,8
Özel dal	12	3,0
Diğer	8	2,0
Statüsü		
4A	159	39,7
4B	242	60,3
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	44	11,0
Vardiyalı	357	89,0
Toplam çalışma süresi		
1 yıldan az	123	30,7
1-5 yıl	159	39,7
6-10 yıl	66	16,4
10 yıldan fazla	53	13,2
Kurumda çalışma süresi		
1 yıldan az	170	42,4
1 yıl ve üzeri	231	57,6

Çizelge 4.1. (devam) Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Haftalık çalışma saati		
40 saat	196	48,9
48 saat	143	35,7
48 saatten fazla	62	15,4
Birlikte ziyaret		
Evet	328	81,8
Hayır	73	18,2

Çalışmaya katılan hemşirelerden((N=401) %35,4'ünün 24-26 yaş grubunda olduğu ve hemşirelerin yaş ortalamasının 27,29±6,01 (yıl) olduğu, %70,6'sının kadın, %75,6'sının lisans mezunu, %68,6'sının bekar, %46,2'sinin yoğun bakımda çalıştığı, %89,8'inin servis hemşiresi ve %60,3'ünün 4B statüsünde olduğu belirlenmiştir. Bu hemşirelerin %89,0'unun vardiyalı, %39,7'sinin toplam 1-5 yıl aralığında, %57,6'sının bulunduğu kurumda 1 yıl ve üzeri süredir, %48,9'unun haftalık 40 saat çalıştığı ve %81,8'inin birlikte ziyaret yaptığı bulunmuştur.

Hemşirelerin bakım kalitesi ve kapsamlı iş doyumu skorlarına ilişkin bulguları Çizelge 2'de verilmiştir.

Çizelge 4.2. Hemşirelere ilişkin bazı bulguların tanımlayıcı istatistikleri

Değişken (N=401)	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Maks.
Bakım kalitesi	7,21	1,92	7,0	0,0	10,0
Kapsamlı iş doyumu	5,10	2,70	5,0	0,0	10,0
Hemşire-hemşire iş birliği	2,79	0,21	2,8	2,1	3,3

Hemşirelerin bakım kalitesi puan ortalaması 7,21±1,92, kapsamlı iş doyumu puan ortalaması 5,10±2,70 ve hemşire-hemşire iş birliği puan ortalaması 2,79±0,21 olarak belirlenmiştir.

Çizelge 4.3. Hekimlerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların dağılımı

Değişken (N=235)	n	%
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 31,66 \pm 7,44$ (yıl)]		
26 ve altı	45	19,1
27-29	92	39,2
30 ve üzeri	98	41,7
Cinsiyet		
Kadın	103	43,4
Erkek	133	56,6
Medeni durum		
Evli	118	50,2
Bekar	117	49,8
Birimdeki görev		
Öğretim üyesi	19	8,1
Uzman	51	21,7
Asistan	165	70,2
Toplam çalışma süresi		
1 yıldan az	24	10,2
1-5 yıl	127	54,0
6-10 yıl	35	14,9
10 yıldan fazla	49	20,9
Kurumda çalışma süresi		
1 yıldan az	76	32,3
1 yıl ve üzeri	159	67,7
Çalışma şekli		
Sürekli gündüz	29	12,3
Vardiyalı	206	87,7
Birim*		
Cerrahi	75	31,9
Dahiliye	67	28,5
Acil/ameliyathane	79	33,6
Yoğun bakım	109	46,4
Poliklinik	40	17,0
Birlikte vizit		
Evet	195	83,0
Hayır	40	17,0

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir.

Bu çalışmaya katılan hekimlerden (N=235) %41,7'sinin 30 ve üzeri yaş grubunda ve yaş ortalamasının $31,66 \pm 7,44$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin %56,6'sının erkek, %50,2'sinin evli olduğu, %70,2'sinin asistan olarak görev yaptığı, %54,0'ünün toplam çalışma süresinin 1-5 yıl aralığında olduğu, %67,7'sinin 1 yıl ve üzeri süredir kurumda çalıştığı, %87,7'sinin vardiyalı olarak, %46,4'ünün yoğun bakımda çalıştığı ve 195'inin (%83,0) birlikte vizit yaptığı belirlenmiştir.

Hekimlerin bakım kalitesi ve kapsamlı iş doyumu skorlarına ilişkin bulguları Çizelge 4’de verilmiştir.

Çizelge 4.4. Hekimlere ilişkin bazı bulguların tanımlayıcı istatistikleri

Değişken (N=235)	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Maks.
Bakım kalitesi	7,12	1,97	7,0	1,0	10,0
Kapsamlı iş doyumu	5,37	2,39	5,0	0,0	10,0
Hekim-hemşire iş birliği	2,25	0,57	2,3	1,0	4,0

Hekimlerin bakım kalitesi puan ortalaması $7,12 \pm 1,97$, kapsamlı iş doyumu puan ortalaması $5,37 \pm 2,39$ ve hekim-hemşire iş birliği puan ortalaması $2,25 \pm 0,57$ olarak saptanmıştır.

Cizelge 4.5. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=401)	n	Problem çözme		İletişim		Süreç paylaşımı		Koordinasyon		Profesyonellik		Toplam puan	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Yaş sınıfları													
23 ve altı ⁽¹⁾	107	2,36±0,35	2,4 [0,0]	2,65±0,29	2,6 [0,4]	2,61±0,22	2,6 [0,2]	2,68±0,26	2,7 [0,3]	3,14±0,44	3,0 [0,7]	2,80±0,21	2,7 [0,3]
24-26 ⁽²⁾	142	2,41±0,32	2,4 [0,3]	2,64±0,26	2,6 [0,3]	2,63±0,19	2,6 [0,2]	2,66±0,29	2,7 [0,4]	3,06±0,42	3,0 [0,5]	2,78±0,20	2,8 [0,2]
27-29 ⁽³⁾	58	2,48±0,38	2,5 [0,3]	2,60±0,26	2,6 [0,4]	2,58±0,18	2,6 [0,4]	2,68±0,36	2,7 [0,3]	3,03±0,40	3,0 [0,5]	2,76±0,20	2,7 [0,2]
30 ve üzeri ⁽⁴⁾	94	2,32±0,32	2,3 [0,3]	2,67±0,31	2,8 [0,4]	2,60±0,19	2,6 [0,4]	2,68±0,32	2,7 [0,4]	3,19±0,45	3,0 [0,6]	2,82±0,21	2,8 [0,3]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=10,552$		$\chi^2=3,265$		$\chi^2=2,220$		$\chi^2=1,021$		$\chi^2=5,075$		$\chi^2=2,610$	
Olasılık		p=0,014		p=0,353		p=0,528		p=0,796		p=0,166		p=0,456	
Fark		[3-4]											
Cinsiyet													
Kadın	283	2,38±0,33	2,3 [0,3]	2,64±0,28	2,6 [0,4]	2,60±0,20	2,6 [0,2]	2,67±0,30	2,7 [0,3]	3,11±0,43	3,0 [0,6]	2,79±0,21	2,8 [0,3]
Erkek	118	2,39±0,36	2,3 [0,3]	2,65±0,29	2,6 [0,3]	2,63±0,19	2,6 [0,2]	2,69±0,31	2,7 [0,3]	3,11±0,44	3,0 [0,6]	2,80±0,20	2,8 [0,2]
İstatistiksel analiz		Z=-0,240		Z=-0,530		Z=-0,736		Z=-0,128		Z=-0,131		Z=-0,556	
Olasılık		p=0,810		p=0,596		p=0,462		p=0,898		p=0,896		p=0,578	
Eğitim													
SML	42	2,40±0,38	2,3 [0,7]	2,71±0,30	2,6 [0,2]	2,54±0,25	2,6 [0,2]	2,67±0,38	2,7 [0,7]	3,10±0,46	3,0 [0,6]	2,79±0,23	2,7 [0,3]
Ön lisans	44	2,42±0,41	2,3 [0,3]	2,58±0,33	2,6 [0,4]	2,59±0,21	2,6 [0,4]	2,67±0,33	2,7 [0,3]	3,06±0,39	3,0 [0,4]	2,76±0,19	2,8 [0,3]
Lisans	303	2,37±0,33	2,3 [0,3]	2,64±0,27	2,6 [0,4]	2,62±0,18	2,6 [0,2]	2,68±0,29	2,7 [0,3]	3,12±0,43	3,0 [0,6]	2,79±0,21	2,8 [0,2]
Yüksek lisans	12	2,39±0,31	2,3 [0,6]	2,63±0,19	2,7 [0,4]	2,68±0,16	2,6 [0,2]	2,61±0,13	2,7 [0,0]	3,07±0,38	3,1 [0,4]	2,78±0,14	2,8 [0,2]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0,404$		$\chi^2=2,228$		$\chi^2=5,049$		$\chi^2=1,486$		$\chi^2=0,777$		$\chi^2=1,161$	
Olasılık		p=0,939		p=0,526		p=0,168		p=0,685		p=0,855		p=0,762	
Medeni durum													
Evli	126	2,38±0,33	2,3 [0,7]	2,67±0,29	2,6 [0,2]	2,60±0,18	2,6 [0,3]	2,66±0,28	2,7 [0,0]	3,17±0,47	3,1 [0,6]	2,81±0,22	2,8 [0,3]
Bekar	275	2,39±0,35	2,3 [0,3]	2,62±0,28	2,6 [0,4]	2,61±0,20	2,6 [0,2]	2,68±0,31	2,7 [0,3]	3,08±0,41	3,0 [0,5]	2,77±0,20	2,8 [0,2]
İstatistiksel analiz		Z=-0,449		Z=-1,668		Z=-0,273		Z=-0,464		Z=-1,673		Z=-1,545	
Olasılık		p=0,654		p=0,095		p=0,785		p=0,643		p=0,094		p=0,122	
Çalışılan birim													
Cerrahi ⁽¹⁾	74	2,36±0,31	2,3 [0,4]	2,67±0,22	2,7 [0,2]	2,62±0,18	2,6 [0,3]	2,63±0,25	2,7 [0,3]	3,19±0,42	3,1 [0,6]	2,82±0,18	2,8 [0,3]
Dahiliye ⁽²⁾	92	2,36±0,38	2,3 [0,3]	2,58±0,31	2,6 [0,4]	2,59±0,23	2,6 [0,4]	2,67±0,35	2,7 [0,0]	3,14±0,48	3,1 [0,6]	2,78±0,23	2,8 [0,3]
Acil/ameliyat ⁽³⁾	23	2,43±0,31	2,3 [0,3]	2,77±0,25	2,8 [0,4]	2,51±0,22	2,6 [0,2]	2,68±0,31	2,7 [0,7]	3,11±0,49	3,0 [0,6]	2,80±0,22	2,8 [0,2]
Yoğun bakım ⁽⁴⁾	185	2,40±0,34	2,3 [0,3]	2,66±0,29	2,7 [0,4]	2,63±0,18	2,6 [0,2]	2,70±0,27	2,7 [0,3]	3,08±0,40	3,0 [0,5]	2,79±0,19	2,8 [0,2]
Diğer ⁽⁵⁾	27	2,43±0,33	2,3 [0,3]	2,56±0,30	2,6 [0,4]	2,57±0,16	2,6 [0,2]	2,63±0,38	2,7 [0,7]	2,96±0,41	2,9 [0,2]	2,71±0,23	2,7 [0,2]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=3,107$		$\chi^2=11,222$		$\chi^2=7,787$		$\chi^2=4,275$		$\chi^2=8,010$		$\chi^2=7,365$	
Olasılık		p=0,540		p=0,024		p=0,100		p=0,370		p=0,091		p=0,118	
Fark				[3-2,5]									

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmış

Çizelge 4.5. (devam) Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=401)	n	Problem çözme		İletişim		Süreç paylaşımı		Koordinasyon		Profesyonellik		Toplam puan	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Birimdeki görev													
Sorumlu hemşire ⁽¹⁾	21	2,25±0,18	2,3 [0,3]	2,71±0,26	2,8 [0,6]	2,70±0,19	2,8 [0,2]	2,65±0,29	2,7 [0,7]	3,34±0,41	3,3 [0,6]	2,89±0,19	2,9 [0,3]
Servis hemşiresi ⁽²⁾	360	2,39±0,35	2,3 [0,3]	2,65±0,28	2,6 [0,4]	2,61±0,20	2,6 [0,2]	2,68±0,30	2,7 [0,3]	3,11±0,42	3,0 [0,5]	2,79±0,20	2,8 [0,2]
Özel dal ⁽³⁾	12	2,50±0,30	2,7 [0,3]	2,45±0,38	2,6 [0,6]	2,55±0,17	2,6 [0,2]	2,58±0,38	2,7 [0,8]	2,76±0,48	2,8 [0,3]	2,61±0,25	2,6 [0,2]
Diğer ⁽⁴⁾	8	2,38±0,28	2,3 [0,0]	2,63±0,23	2,6 [0,4]	2,70±0,19	2,7 [0,2]	2,54±0,40	2,5 [0,3]	2,93±0,39	2,9 [0,4]	2,70±0,15	2,7 [0,2]
İstatistiksel analiz*													
Olasılık		$\chi^2=6,330$		$\chi^2=5,172$		$\chi^2=8,255$		$\chi^2=2,731$		$\chi^2=18,710$		$\chi^2=17,794$	
Fark		p=0,097		p=0,160		p=0,041		p=0,435		p=0,000		p=0,000	
						[1-2,3]				[1,2-3]		[1,2-3] [1-4]	
Statüsü													
4A	159	2,39±0,32	2,3 [0,3]	2,64±0,29	2,6 [0,4]	2,61±0,18	2,6 [0,2]	2,65±0,33	2,7 [0,3]	3,11±0,43	3,0 [0,5]	2,78±0,20	2,8 [0,2]
4B	242	2,38±0,35	2,3 [0,3]	2,65±0,28	2,6 [0,4]	2,61±0,20	2,6 [0,2]	2,69±0,28	2,7 [0,3]	3,11±0,43	3,0 [0,6]	2,79±0,21	2,8 [0,3]
İstatistiksel analiz		Z=-0,442		Z=-0,161		Z=-0,193		Z=-1,182		Z=-0,211		Z=-0,175	
Olasılık		p=0,659		p=0,872		p=0,847		p=0,237		p=0,833		p=0,861	
Çalışma şekli													
Sürekli gündüz	44	2,34±0,34	2,3 [0,3]	2,65±0,27	2,6 [0,4]	2,66±0,19	2,6 [0,2]	2,62±0,27	2,7 [0,3]	3,12±0,45	3,0 [0,7]	2,79±0,21	2,8 [0,3]
Vardiyalı	357	2,39±0,34	2,3 [0,3]	2,64±0,29	2,6 [0,4]	2,50±0,20	2,5 [0,2]	2,68±0,30	2,7 [0,3]	3,11±0,43	3,0 [0,6]	2,79±0,20	2,8 [0,3]
İstatistiksel analiz		Z=-1,545		Z=-0,319		Z=-2,008		Z=-1,139		Z=-0,227		Z=-0,372	
Olasılık		p=0,122		p=0,750		p=0,045		p=0,255		p=0,820		p=0,710	
Toplam çalışma													
1 yıldan az ⁽¹⁾	123	2,21±0,29	2,2 [0,3]	2,65±0,28	2,6 [0,2]	2,61±0,18	2,6 [0,0]	2,70±0,24	2,7 [0,3]	3,17±0,43	3,0 [0,6]	2,81±0,20	2,8 [0,2]
1-5 yıl ⁽²⁾	159	2,47±0,38	2,4 [0,3]	2,64±0,27	2,6 [0,4]	2,63±0,22	2,6 [0,2]	2,66±0,33	2,7 [0,7]	3,04±0,42	3,0 [0,5]	2,77±0,21	2,8 [0,3]
6-10 yıl ⁽³⁾	66	2,36±0,30	2,3 [0,7]	2,63±0,27	2,6 [0,4]	2,59±0,18	2,6 [0,3]	2,69±0,26	2,7 [0,3]	3,11±0,44	3,0 [0,5]	2,78±0,21	2,7 [0,2]
10 yıldan fazla ⁽⁴⁾	53	2,33±0,30	2,3 [0,2]	2,65±0,34	2,6 [0,4]	2,59±0,20	2,6 [0,4]	2,65±0,37	2,7 [0,3]	3,16±0,44	3,0 [0,5]	2,80±0,21	2,8 [0,2]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=14,938$		$\chi^2=1,100$		$\chi^2=2,698$		$\chi^2=2,553$		$\chi^2=6,698$		$\chi^2=2,601$	
Olasılık		p=0,002		p=0,777		p=0,441		p=0,466		p=0,082		p=0,457	
Fark		[1-2]											

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Çizelge 4.5.(devam) Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=401)	n	Problem çözme		İletişim		Süreç paylaşımı		Koordinasyon		Profesyonellik		Toplam puan	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Kurum çalışma													
1 yıldan az	170	2,34±0,31	2,3 [0,0]	2,64±0,27	2,6 [0,4]	2,62±0,18	2,6 [0,2]	2,68±0,28	2,7 [0,1]	3,15±0,44	3,0 [0,6]	2,80±0,20	2,8 [0,2]
1 yıl ve üzeri	231	2,42±0,36	2,4 [0,3]	2,64±0,29	2,6 [0,4]	2,61±0,21	2,6 [0,2]	2,67±0,32	2,7 [0,7]	3,08±0,42	3,0 [0,5]	2,78±0,21	2,8 [0,2]
İstatistiksel analiz		Z=-2,071		Z=-0,573		Z=-0,187		Z=-0,335		Z=-1,768		Z=-0,988	
Olasılık		p=0,038		p=0,567		p=0,852		p=0,738		p=0,077		p=0,323	
Haftalık çalışma													
40 saat ⁽¹⁾	196	2,37±0,35	2,3 [0,3]	2,65±0,28	2,6 [0,4]	2,61±0,20	2,6 [0,2]	2,68±0,30	2,7 [0,3]	3,14±0,47	3,0 [0,6]	2,80±0,22	2,8 [0,3]
48 saat ⁽²⁾	143	2,36±0,31	2,3 [0,3]	2,64±0,29	2,6 [0,4]	2,62±0,20	2,6 [0,2]	2,69±0,28	2,7 [0,3]	3,11±0,38	3,0 [0,4]	2,79±0,19	2,8 [0,2]
48 saatten fazla ⁽³⁾	62	2,48±0,33	2,4 [0,3]	2,62±0,27	2,6 [0,4]	2,60±0,18	2,6 [0,4]	2,63±0,33	2,7 [0,7]	3,01±0,42	3,0 [0,5]	2,75±0,20	2,8 [0,2]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=8,245$		$\chi^2=1,202$		$\chi^2=0,016$		$\chi^2=1,911$		$\chi^2=3,409$		$\chi^2=2,038$	
Olasılık		p=0,016		p=0,548		p=0,992		p=0,385		p=0,182		p=0,361	
Fark		[1,2-3]											
Birlikte vizite													
Evet	328	2,37±0,33	2,3 [0,3]	2,64±0,29	2,6 [0,4]	2,61±0,20	2,6 [0,2]	2,68±0,30	2,7 [0,3]	3,11±0,43	3,0 [0,5]	2,79±0,21	2,8 [0,3]
Hayır	73	2,45±0,38	2,3 [0,3]	2,65±0,25	2,6 [0,3]	2,60±0,19	2,6 [0,2]	2,67±0,28	2,7 [0,3]	2,08±0,42	3,0 [0,6]	2,79±0,18	2,8 [0,3]
İstatistiksel analiz		Z=-1,655		Z=-0,531		Z=-0,660		Z=-0,690		Z=-0,887		Z=-0,341	
Olasılık		p=0,098		p=0,595		p=0,509		p=0,490		p=0,375		p=0,733	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre hemşire-hemşire iş birliği düzeyleri incelendiğinde (Çizelge 5); problem çözme boyutunda yaş, toplam çalışma, kurumda çalışma ve haftalık çalışma sürelerinde; iletişim boyutunda çalışılan birim; süreç paylaşımında birimdeki görev ve çalışma şekli; profesyonellik boyutunda birimdeki görev; ve ölçek toplam puanlarında birimdeki görev değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) saptanmıştır.

Hemşirelerin yaş sınıflarına göre problem çözme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=10,552$; $p=0,014$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 27-29 yaş grubunda olanlar ile 30 yaş ve üzerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. 27-29 yaş grubunda olan hemşirelerin problem çözme puanları, 30 yaş ve üzerinde olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin toplam çalışma süresine göre problem çözme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=14,938$; $p=0,002$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 yıldan az çalışanlar ile 1-5 yıl aralığında çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1-5 yıl aralığında çalışanların problem çözme puanları, 1 yıldan az çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin kurumda çalışma sürelerine göre problem çözme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,071$; $p=0,038$). Kurumda 1 yıl ve üzeri süredir çalışanların problem çözme puanları, 1 yıldan az süredir çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin haftalık çalışma saati sınıflarına göre problem çözme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,245$; $p=0,016$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 40 veya 48 saat çalışanlar ile 48 saatten fazla çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Haftalık 48 saatten fazla çalışanların

problem çözme puanları, 40 veya 48 saat çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışılan birime göre iletişim puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,222$; $p=0,024$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; acil/ameliyathane de çalışanlar ile dahiliye ve diğer birimlerde çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. Acil/ameliyathane de çalışanların iletişim puanları, dahiliye ve diğer birimlerde çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışılan birimdeki görevlere göre süreç paylaşımı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,255$; $p=0,041$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sorumlu hemşire olarak çalışanlar ile servis ve özel dal hemşiresi olarak çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sorumlu olarak çalışanla hemşirelerin süreç paylaşımı puanları, servis ve özel dal hemşiresi olarak çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre süreç paylaşımı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,008$; $p=0,045$). Sürekli gündüz çalışanların süreç paylaşımı puanları, vardiyalı çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışılan birimdeki görevlere göre profesyonellik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=18,710$; $p=0,000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanlar ile özel dal olarak çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların profesyonellik puanları, özel dal hemşiresi olarak çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin çalışılan birimdeki görevlere göre hemşire-hemşire iş birliği toplam puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=17,794$; $p=0,000$). Anlamlı

farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sorumlu ve servis hemşiresi ile özel dal hemşiresi olarak çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların toplam puanları, özel dal hemşiresi olarak çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, sorumlu hemşire olarak çalışanlar ile diğer görevlerde çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sorumlu hemşire olarak çalışanların toplam puanları, diğer görevlerde çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Çizelge 4.6. Hemşire ve hekimler arasında Hekim-Hemşire İş Birliği ölçek puanlarının karşılaştırılması

Meslek	n	Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği		İstatistiksel analiz*
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	Olasılık
Hemşire	401	2,25±0,57	2,3 [0,8]	Z=-5,596
Hekim	235	2,00±0,41	2,0 [0,5]	p=0,000

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Mesleklere göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-5,596$; $p=0,000$). Hemşirelerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği puanlarının, hekimlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 4.7. Hemşire ve hekimlere ilişkin tanıtıcı özelliklerin hekim-hemşire iş birliği ölçek puanlarıyla karşılaştırılması

Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği	n	Hemşire (n=401)		n	Hekim (n=235)	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Yaş sınıfları						
23 ve altı ⁽¹⁾	107	2,25±0,61	2,1 [0,9]	-	-	-
24-26 ⁽²⁾	142	2,31±0,54	2,3 [0,8]	45	1,92±0,43	1,9 [0,6]
27-29 ⁽³⁾	58	2,31±0,58	2,3 [0,8]	92	2,10±0,39	2,1 [0,6]
30 ve üzeri ⁽⁴⁾	94	2,12±0,54	2,1 [0,8]	98	1,95±0,40	1,9 [0,5]

Çizelge 4.7. (devam) Hemşire ve hekimlere ilişkin tanıtıcı özelliklerin hekim-hemşire iş birliği ölçek puanlarıyla karşılaştırılması

İstatistiksel analiz*						
Olasılık			$\chi^2=7,566$			$\chi^2=9,346$
Fark			$p=0,056$			$p=0,009$ [3-2,4]
Cinsiyet						
Kadın	283	2,26±0,59	2,3 [0,8]	103	1,97±0,38	2,0 [0,4]
Erkek	118	2,23±0,52	2,2 [0,6]	133	2,03±0,43	2,0 [0,6]
İstatistiksel analiz			$Z=-0,142$			$Z=-1,100$
Olasılık			$p=0,887$			$p=0,272$
Medeni durum						
Evli	126	2,20±0,54	2,2 [0,6]	118	1,99±0,39	2,0 [0,5]
Bekar	275	2,28±0,58	2,3 [0,9]	117	2,02±0,42	2,0 [0,6]
İstatistiksel analiz			$Z=-0,730$			$Z=-0,687$
Olasılık			$p=0,466$			$p=0,492$
Toplam çalışma süresi						
1 yıldan az ⁽¹⁾						
1-5 yıl ⁽²⁾	123	2,28±0,58	2,3 [0,8]	24	1,87±0,41	1,9 [0,6]
6-10 yıl ⁽³⁾	159	2,30±0,59	2,3 [0,8]	127	2,07±0,42	2,0 [0,6]
10 yıldan fazla ⁽⁴⁾	66	2,27±0,54	2,2 [0,6]	35	2,10±0,42	2,1 [0,6]
	53	2,01±0,46	2,0 [0,8]	49	1,81±0,28	1,8 [0,4]
İstatistiksel analiz			$\chi^2=9,025$			$\chi^2=20,097$
Olasılık			$p=0,029$			$p=0,000$
Fark			[1,2-4]			[2,3-4]
Kurumda çalışma süresi						
1 yıldan az	170	2,33±0,61	2,3 [0,9]	76	1,95±0,41	1,9 [0,5]
1 yıl ve üzeri	231	2,19±0,53	2,1 [0,6]	159	2,03±0,40	2,0 [0,5]
İstatistiksel analiz			$Z=-2,092$			$Z=-1,688$
Olasılık			$p=0,036$			$p=0,091$
Çalışma şekli						
Sürekli gündüz	44	2,15±0,46	2,1 [0,6]	29	1,85±0,38	1,8 [0,6]
Vardiyalı	357	2,26±0,58	2,3 [0,8]	206	2,02±0,41	2,0 [0,5]
İstatistiksel analiz			$Z=-1,217$			$Z=-2,004$
Olasılık			$p=0,224$			$p=0,045$
Birlikte vizite						
Evet	328	2,20±0,56	2,1 [0,6]	195	1,96±0,37	2,0 [0,6]
Hayır	73	2,48±0,56	2,5 [0,8]	40	2,21±0,50	2,3 [0,6]
İstatistiksel analiz			$Z=-4,008$			$Z=-3,416$
Olasılık			$p=0,000$			$p=0,001$

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin yaşlarına göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Hekimlerin yaşlarına göre ise Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,346$; $p=0,009$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 27-29 yaş grubunda olan hekimler ile 26 yaş ve altı, 30 yaş ve üzeri olan hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

tespit edilmiştir. 27-29 yaş grubunda olan hekimlerin hekim-hemşire iş birliği puanları, 26 yaş ve altı, 30 yaş ve üzeri olan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin toplam çalışma sürelerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,025$; $p=0,029$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 yıldan az, 1-5 yıl aralığında çalışan hemşireler ile 10 yıldan fazla süredir çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. 1 yıldan az, 1-5 yıl aralığında çalışan hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği puanları, 10 yıldan fazla süredir çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hekimlerin toplam çalışma sürelerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından da istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=20,097$; $p=0,000$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1-5 ve 6-10 yıl aralığında çalışan hekimler ile 10 yıldan fazla süredir çalışan hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1-5 ve 6-10 yıl aralığında çalışan hekimlerin hekim-hemşire iş birliği puanları, 10 yıldan fazla süredir çalışan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin kurumda çalışma sürelerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,092$; $p=0,036$). Kurumda 1 yıldan az çalışan hemşirelerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, 1 yıl ve üzeri süredir çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin kurumda çalışma sürelerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Hekimlerin çalışma şekillerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,004$; $p=0,045$). Vardiyalı çalışan hekimlerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, sürekli gündüz çalışan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hemşirelerin birlikte ziyaret yapma durumlarına göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($Z=-4,008$; $p=0,000$). Birlikte ziyaret yapmayan hemşirelerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, birlikte ziyaret yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin birlikte vizite yapma durumlarına göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($Z=-3,416$; $p=0,001$). Birlikte ziyaret yapmayan hekimlerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, birlikte ziyaret yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çizelge 4.8. Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği ve alt boyutları ile hekim-hemşire iş birliği ölçek puanlarının ilişkileri

Korelasyon*	Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği	
	r	p
Problem çözme	0,151	0,002
İletişim	-0,056	0,263
Süreç paylaşımı	-0,021	0,680
Koordinasyon	-0,114	0,023
Profesyonellik	-0,119	0,017
Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği	-0,095	0,059

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Hemşirelerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanı ile koordinasyon ve profesyonellik puanı arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hekim-Hemşire iş birliği puanı arttıkça, koordinasyon ve profesyonellik puanı azalacaktır. Aynı şekilde Hekim-Hemşire iş birliği puanı azaldıkça, koordinasyon ve profesyonellik puanı artacaktır.

Hemşirelerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanı ile problem çözme puanı arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,151$; $p=0,002$). Hekim-Hemşire iş birliği puanı arttıkça, problem çözme puanı artacaktır. Aynı şekilde hekim-hemşire iş birliği puanı azaldıkça, problem çözme puanı azalacaktır.

Çizelge 4.9. Hemşirelerin ölçek puanlarıyla bakım kalitesi ve iş doyumu arasındaki ilişkilerin incelenmesi

Korelasyon*	Bakım kalitesi		Kapsamlı iş doyumu	
	r	p	r	p
Problem çözme	-0,198	0,000	-0,255	0,000
İletişim	0,154	0,002	0,164	0,001
Süreç paylaşımı	0,137	0,006	0,094	0,060
Koordinasyon	0,108	0,031	0,050	0,314
Profesyonellik	0,297	0,000	0,265	0,000
Hemşire-hemşire iş birliği ölçeği	0,283	0,000	0,228	0,000
Hekim-hemşire iş birliği ölçeği	-0,227	0,000	-0,226	0,000

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonellik alt boyutları ve hemşire-hemşire iş birliği ölçeği toplam puanları ile bakım kalitesi arasında pozitif yönde, zayıf/çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon, profesyonellik ve toplam puanları arttıkça, bakım kalitesi artacaktır. Aynı şekilde, hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon, profesyonellik ve toplam puanları azaldıkça, bakım kalitesi azalacaktır.

Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği alt boyutlarından problem çözme ve Hekim-Hemşire iş birliği puanları ile bakım kalitesi arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği problem çözme alt boyutu ve Hekim-Hemşire iş birliği puanları arttıkça, bakım kalitesi azalacaktır. Aynı şekilde, hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği problem çözme alt boyutu ve Hekim-Hemşire iş birliği puanları azaldıkça, bakım kalitesi artacaktır.

Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği iletişim, profesyonellik alt boyutları ve toplam puanları ile kapsamlı iş doyumu puanları arasında pozitif yönde, zayıf/çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği iletişim, profesyonellik alt boyutları ve toplam puanları arttıkça, kapsamlı iş doyumu artacaktır. Aynı şekilde, hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş

birliği ölçeği iletişim, profesyonellik ve toplam puanları azaldıkça, kapsamlı iş doyumu azalacaktır.

Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği problem çözme alt boyutu ve Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları ile kapsamlı iş doyumu puanları arasında negatif yönde, zayıf/çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği problem çözme alt boyutu ve Hekim-Hemşire iş birliği puanları arttıkça, kapsamlı iş doyumu azalacaktır. Aynı şekilde, hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği problem çözme ve Hekim-Hemşire iş birliği puanları azaldıkça, kapsamlı iş doyumu artacaktır.

Çizelge 4.10. Hemşire ve hekimlere ilişkin bulguların iş doyumuyla karşılaştırılması

İş doyumu ölçeği	n	Hemşire (n=401)		n	Hekim (n=235)	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Yaş sınıfları						
23 ve altı ⁽¹⁾	107	5,34±2,64	6,0 [4,0]	-	-	-
24-26 ⁽²⁾	142	5,18±2,63	5,0 [4,0]	45	5,24±2,73	5,0 [4,0]
27-29 ⁽³⁾	58	4,12±2,61	4,0 [4,0]	92	5,04±2,48	5,0 [4,0]
30 ve üzeri ⁽⁴⁾	94	5,31±2,83	5,0 [4,3]	98	5,74±2,07	6,0 [3,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=8,785$			$\chi^2=4,159$	
Olasılık		p=0,032			p=0,125	
Fark		[1-3]				
Toplam çalışma						
1 yıldan az ⁽¹⁾	123	5,70±2,41	6,0 [4,0]	24	5,63±2,67	6,0 [2,8]
1-5 yıl ⁽²⁾	159	4,69±2,76	4,0 [4,0]	127	5,13±2,49	5,0 [4,0]
6-10 yıl ⁽³⁾	66	4,64±2,92	4,0 [5,0]	35	5,06±2,15	5,0 [4,0]
10 yıldan fazla ⁽⁴⁾	53	5,49±2,60	5,0 [4,0]	49	6,12±1,98	6,0 [2,5]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=12,341$			$\chi^2=7,160$	
Olasılık		p=0,006			p=0,067	
Fark		[1-2,3]				
Birlikte vizite						
Evet	328	5,09±2,64	5,0 [4,0]	195	5,47±2,36	5,0 [3,0]
Hayır	73	5,15±2,95	5,0 [6,0]	40	4,90±2,50	5,0 [3,8]
İstatistiksel analiz		Z=-0,326			Z=-1,648	
Olasılık		p=0,745			p=0,099	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin yaşlarına göre iş doyum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,785$; $p=0,032$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 23 yaş ve altı yaş grubunda olan hemşireler ile 27-29 yaş grubunda olan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir. 23 yaş ve altı yaş grubunda olan

hemşirelerin iş doyumu puanları, 27-29 yaş grubunda olan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksektir.

Hemşirelerin toplam çalışma sürelerine göre iş doyum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=12,341$; $p=0,006$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 yıldan az çalışanlar ile 1-5, 6-10 yıldır çalışan hemşireler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1 yıldan az süredir çalışan hemşirelerin iş doyumu puanları, 1-5, 6-10 yıldır çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0,05$) daha yüksektir.

Hekimlerin yaşlarına, toplam çalışma sürelerine ve birlikte vizit yapma durumlarına göre kapsamlı iş doyum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Hemşire- hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumuna etkisi

Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumuna etkisinin olup olmadığını belirlemek amacıyla basit regresyon analizi yapılarak, hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumunu %13,7 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin iş doyumu üzerine istatistiksel olarak kısmen bir etkisi olduğu saptanmıştır ($R: 0,137$; $R^2: 0,016$; $F:7,640$; $p=0,006$).

Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin hasta bakım kalitesi algısına etkisi

Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesine etkisi olup olmadığı basit regresyon analizi ile, hemşirelerin algıladığı bakım kalitesini %27,6 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesi üzerine istatistiksel olarak etkisi olduğu görülmüştür ($R: 0,276$; $R^2: 0,076$; $F:32,960$; $p=0,000$).

Hekim-hemşire iş birliğinin iş doyumuna etkisi

Hekim-hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumuna etkisi olup olmadığı basit regresyon analizi ile analiz edilmiştir. Hekim hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumuna üzerine istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı görülmüştür (R: 0,016; R^2 : 0,00; F:0,057; p=0,811).

Hekim-hemşire iş birliğinin hasta bakım kalitesi algısına etkisi

Hekim hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesine etkisi olup olmadığı basit regresyon analizi ile analiz edilmiştir. Hekim hemşire işbirliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesi üzerine istatistiksel olarak etkisi olmadığı görülmüştür (R: 0,088; R^2 : 0,008; F:1,824; p=0,178).

Yapılan basit linear regresyon analizlerinde Hemşire-hemşire işbirliğine hemşirelerin algıladığı iş doyumunun (R: 0,137; R^2 : 0,016; F:7,640; p=0,006) ve hasta bakım kalitesinin (R: 0,276; R^2 : 0,076; F:32,960; p=0,000) önemli etkisi olduğu belirlenmiştir. Ancak hemşire- hemşire iş birliğine hekim- hemşire iş birliği (R: 0,016; R^2 : 0,000; F:0,063; p=0,802), hekimlerin algıladığı kalitenin (R: 0,043; R^2 : 0,002; F:0,431; p=0,512); hekimlerin iş doyumunun (R: 0,021; R^2 : 0,000; F:0,102; p=0,750) etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Hekim hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesi üzerine (R: 0,088; R^2 : 0,008; F:1,824; p=0,178) ve hemşirelerin iş doyumuna üzerine (R: 0,016; R^2 : 0,000; F:0,057; p=0,811) istatistiksel olarak anlamlı etkisi olmadığı belirlenmiştir.

Hemşire-hemşire iş birliğine yaşın, meslekte çalışma süresinin, kurumda çalışma süresinin ve haftalık çalışma saatinin etkisi olup olmadığı çoklu regresyon analizi ile analiz edilmiştir. Yapılan analize göre ele alınan faktörlerin de hemşire-hemşire iş birliği üzerine istatistiksel olarak önemli bir etkisi olmadığı belirlenmiştir (R: 0,114; R^2 : 0,013; F:1,299; p=0,270).

5.TARTIŞMA

Bu araştırma hemşire-hemşire iş birliği ve hekim-hemşire iş birliğinin çalışmaya katılan hemşireler ve hekimler arasında iş doyumu ve hasta bakımı kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin (N=401) %35,4'ünün 24-26 yaş grubunda olduğu ve hemşirelerin yaş ortalamasının $27,29 \pm 6,01$ (yıl) olduğu, %70,6'sının kadın, %75,6'sının lisans mezunu, %68,6'sının bekar, %46,2'sinin yoğun bakımda çalıştığı, %89,8'inin servis hemşiresi ve %60,3'ünün 4B statüsünde olduğu belirlenmiştir. Bu hemşirelerin %89,0'unun vardiyalı, %39,7'sinin toplam 1-5 yıl aralığında, %57,6'sının bulunduğu kurumda 1 yıl ve üzeri süredir, %48,9'unun haftalık 40 saat çalıştığı ve %81,8'inin birlikte ziyaret yaptığı bulunmuştur (Çizelge-1). Bu çalışmaya katılan hekimlerden (N=235) %41,7'sinin 30 ve üzeri yaş grubunda ve yaş ortalamasının $31,66 \pm 7,44$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir. Hekimlerin %56,6'sının erkek, %50,2'sinin evli olduğu, %70,2'sinin asistan olarak görev yaptığı, %54,0'ünün toplam çalışma süresinin 1-5 yıl aralığında olduğu, %67,7'sinin 1 yıl ve üzeri süredir kurumda çalıştığı, %87,7'sinin vardiyalı olarak, %46,4'ünün yoğun bakımda çalıştığı ve 195'inin (%83,0) birlikte ziyaret yaptığı belirlenmiştir (Çizelge-3).

Araştırmamızdan elde edilen bulgular, örnekleme oluşturan hemşire ve hekim grubunun oldukça genç yaş ortalamasına sahip hemşirelerden ve hekimlerden oluştuğunu ve mesleki deneyim bakımından fazla tecrübeli olmadıklarını göstermektedir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun 4B statüsünde çalıştığı ve servis hemşiresi olarak görev yaptığı bulunmuştur.

Lisans mezunu hemşirelerin çoğunlukta olması (%75,6) ülkemizde lisans düzeyinde eğitim veren sağlık yüksek okulu, hemşirelik ve sağlık bilimleri fakültelerinin sayısının artması etkili olmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin büyük çoğunluğunu asistan hekimler oluştururken genellikle vardiyalı çalışmaktadırlar.

Hemşire-Hemşire İş Birliği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği Alt Boyutlarının Tartışılması

Hemşirelerin yaşlarına göre problem çözme puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir, 27-29 yaş grubunda olan hemşirelerin problem çözme puanları, 30 yaş ve üzerinde olanlara göre daha yüksektir. Bunun aksine Polat (2014) çalışmasında 40 yaş üzeri hemşirelerin problem çözme puan ortalamasının 30 yaş altı ve 30 ile 40 yaş arasında bulunan hemşirelere göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulması çalışma sonuçları ile farklılık göstermektedir ($F=3.123$ $p=0,046$). Buna paralel olarak Öztürk ve diğerleri (2009)'nin çalışmasına göre yaşın artmasıyla birlikte problem çözme puanı artmaktadır. Literatürde hemşirelik alanında öğrenim görenler ve hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda yaşın problem çözme beceri düzeyleri açısından bir fark unsuru olmadığı bulgusuna rastlanmaktadır (Karakurt ve Ekinci, 2015; Yıldırım ve diğerleri, 2014; Erkuş ve Bahçeçik, 2015; Durmuş ve diğerleri, 2017; Kantek ve diğerleri, 2010; Abaan, 2005; Ulusoy ve diğerleri, 2014).

Hemşirelerin toplam çalışma süresine göre problem çözme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=14,938$; $p=0,002$). 1-5 yıl aralığında çalışan hemşirelerin problem çözme davranışları, 1 yıldan az çalışanlara göre daha yüksektir. Kurumda çalışma sürelerine göre problem çözme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,071$; $p=0,038$). Kurumda 1 yıl ve üzeri süredir çalışanların problem çözme davranışları, 1 yıldan az süredir çalışanlara göre daha yüksektir. Buradan hemşirelerin çalışma yılı arttıkça daha fazla deneyim kazanacağı, sorumluluk bilinçlerinin artacağı ve özgüvenlerinin artacağı dolayısıyla problem çözme becerilerinin de işe yeni başlayan ve deneyimsiz hemşirelere göre daha yüksek olacağı şeklinde bir yorum yapılabilir. Literatürde deneyim arttıkça hemşirelerin problem çözmeye daha yatkın olacağı belirtilmektedir (Yıldırım, 2016). Bu açıdan yapılan çalışmanın bulguları ile ilgili literatür paralellik göstermektedir. Karakurt ve Ekinci (2015)'nin yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin çalışma yıllarına göre problem çözme becerisi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup çalışmada 16 yıl ve üstü çalışma deneyimi olan hemşirelerin problem çözme düzeyinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çelenk ve Topoyan (2017) ise çalışmasında çalışmaya katılan hemşirelerin toplam kıdem yılları arttıkça,

problem çözme toplam puanlarının azaldığını ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemiştir ($p = .000 < .050$). Bu çalışmaların aksine kurumda çalışma süreleri ile problem çözme becerileri arasında anlamlı ilişkinin olmadığı sonucunu ileri süren çalışmalar da mevcuttur (Yıldırım, 2016; Yıldırım ve Bağısürer, 2019; Erkuş ve Bahçecik, 2015).

Hemşirelerin haftalık çalışma saati sınıflarına göre problem çözme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,245$; $p=0,016$). Haftalık 48 saatten fazla çalışanların problem çözme puanları, 40 veya 48 saat çalışan hemşirelere göre daha yüksektir. Haftalık çalışma saatlerinin fazla olmasının bireylere hissettirdiği fiziksel, zihinsel yorgunluk ile bireylerin sosyal yaşamlarına getirdiği olumsuzluğa rağmen problem çözme puanlarının yüksek çıkması çalışmanın sonuçları açısından beklenmedik bir durumdur. Çünkü yorgun olan bireyler enerjik ve verimli olamayacağı gibi olaylara da eleştirel bakışla yaklaşamaz.

Hemşirelerin çalışılan birime göre iletişim puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=11,222$; $p=0,024$). Acil/ameliyathanede çalışanların iletişim puanları, dahiliye ve diğer birimlerde çalışanlara göre daha yüksektir. Bu sonuçlar benzer çalışmaların sonuçları ile tutarlıdır. Durmuş ve diğerleri (2018), özel bölüm hemşireleri ve servis hemşireleri arasında iletişim alt boyutu açısından anlamlı sonuçlar bulmuştur, acil servis veya ameliyathane gibi belirli departmanlarda çalışan hemşirelerin problem çözme, iletişim, karar verme, koordinasyon, profesyonellik ve genel iş birliği düzeyinde diğer birimlerde çalışan hemşirelerden daha yetenekli olduğunu raporlamıştır. Özel birimlerde çalışan hemşirelerin aynı bölümde daha uzun süre kalmaları ve daha fazla deneyime sahip olmaları iletişim becerilerinin yüksek olmasında etkili olabilir.

Hemşirelerin çalışılan birimdeki görevlere göre süreç paylaşımı puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,255$; $p=0,041$). Sorumlu olarak çalışan hemşirelerin süreç paylaşımı, servis ve özel dal hemşiresi olarak çalışanlara göre daha yüksektir. Bu durum hemşirelerin klinik karar verme sürecini etkileyen deneyim, bilgi, eleştirel düşünme becerisi, bireysel özellikler, görevin karmaşıklığı ve niteliği ile karar verilen ortamın özellikleri ile bağdaştırılabilir. Bu bulgu servis sorumlu hemşirelerinin servis hemşirelerine göre daha yüksek özerklik gösteren diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Akhondzadeh ve diğerleri, 2007; Erikmen ve Vatan, 2019; Labrague, 2019). Dikmen ve diğerleri (2016)'nin araştırma sonuçlarına göre klinik sorumlusu pozisyonunda çalışan hemşirelerin otonomi

puan ortalamalarının yüksek olduğu, ancak bu farklılıkların anlamlı olmamasına rağmen; yönetici olarak çalışmanın hemşirelerin otonomi düzeylerinin gelişmesine doğrudan katkı sağladığı düşünülmektedir. Benzer şekilde Labrague (2019) yapmış olduğu çalışmada yönetici pozisyona sahip olan hemşirelerin servis hemşirelerine kıyasla daha yüksek düzeyde otonomi sahibi olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum yönetici pozisyonundaki hemşirelerin eğitim seviyesi, deneyim, bilgi ve becerilerine göre seçildiği veya atandığı şeklinde yorumlanabilir.

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre süreç paylaşımı puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,008$; $p=0,045$). Sürekli gündüz çalışanların süreç paylaşımı puanları, vardiyalı çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Buradan gündüz çalışan hemşirelerin vardiyalı hemşirelere göre daha kısa çalışma saatlerinde hastaya bakım veriyor olmaları, vardiyalı çalışanlara göre tükenmişlik ve depresyon gibi olumsuz sonuçlara neden olan faktörlere daha az maruz kalmalarının onların süreç paylaşımı puanını etkilediği yorumu yapılabilir. Çünkü hemşireler arasında yüksek özerklik düzeyi iş tatminin temel belirleyicisiyken düşük özerklik ise tükenmişlik, depresyon ve devamsızlık gibi olumsuz sonuçlara neden olmaktadır (Labrague ve diğerleri, 2019; Vatan ve diğerleri, 2012). Vardiyalı çalışan hemşirelerin psikosomatik ve fiziksel şikayetleri gündüz çalışan hemşirelere göre daha çok olduğundan, vardiyalı çalışmanın hemşirelerin eş ve annelik gibi sorumluluklarını da etkileyerek mesleki doyumsuzluk yaşamalarına neden olduğundan sürekli gündüz çalışanların karar verme sürecine katılımlarının daha yüksek olacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla gündüz çalışan hemşirelerin vardiyalı çalışan hemşirelere göre çalışma saati olarak daha kısa çalışıyor olması, kişinin aktif olduğu saatlerde çalışıyor olması, uyku düzeninde değişiklik yaşanmaması, kişinin daha düzenli bir yaşantıya sahip olacağı düşünüldüğünde çalışmamızdan elde edilen bu sonuç beklenen düzeydedir.

Hemşirelerin çalışılan birimdeki görevlere göre profesyonellik puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=18,710$; $p=0,000$). Sorumlu ve servis hemşiresi olarak çalışanların profesyonellik puanları, özel dal hemşiresi olarak çalışanlara göre daha yüksektir. Sorumlu hemşirelerde profesyonellik algısının yüksek olması onların bu görevleri üstlenme durumlarının daha fazla olmasından kaynaklanan bir durum olabilir. Ayrıca servis sorumlu hemşireleri profesyonel değeri yüksek olan, deneyim, bilgi, beceri ve liderlik becerilerinin temel alınarak seçiliyor olması, bu durumu açıklayabilir. Benzer

şekilde Dikmen ve diğerleri (2014) yaptıkları çalışmada sorumlu (yönetici) hemşire olarak görev yapanların profesyonellik puan ortalamalarını anlamlı olarak daha yüksek olarak raporlamıştır.

Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği Alt Boyutları Puanları ile Bakım Kalitesinin ve Kapsamlı İş Doyumunun Tartışılması

Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonellik ve toplam puanları ile bakım kalitesi arasında pozitif yönde, zayıf/çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon, profesyonellik ve toplam puanları arttıkça, bakım kalitesi artacaktır (Çizelge-9). Bu bulgular çalışmamızı destekler niteliktedir. Buradan hasta bakımının karmaşık olduğu dolayısıyla iş birliği ölçeği, iletişim, süreç paylaşımı, profesyonellik toplam puanlarının artmasının kaliteyi olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği iletişim, profesyonellik ve toplam puanları ile kapsamlı iş doyumunu puanları arasında pozitif yönde, zayıf/çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği iletişim, profesyonellik ve toplam puanları arttıkça, kapsamlı iş doyumunu artacaktır (Çizelge-9). Literatür verileri hemşirelerin yüksek profesyonel değerlere sahip olmalarının iş doyumunu artırdığını ortaya koymaktadır (Kaya ve Boz,2019). Bununla birlikte Karcıoğlu, Timuroğlu ve Çınar (2009) çalışmasında iletişimin iş doyumunu ile anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğunu yani iletişim etkinliğinde meydana gelen artış/azalış çalışanların iş doyumunu artırmakta/azaltmaktadır şeklinde belirtmiştir. Durmuş Çelik ve diğerleri (2018)'nin Türkiye'de hemşireler arası iş birliği düzeyleri ile ilgili yapmış olduğu çalışmada hemşirelerin iş doyumunun iş birliği ile pozitif ilişki içerisinde olduğu, iş birliğinin yetersiz olduğu durumlarda iş doyumunun azaldığını belirtilmektedir. Sheean (2016), hemşire-hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumunu ile bağlantısını araştırmak için yaptığı çalışmada ise; hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumunun artırılması açısından olumlu sonuçlarla bağlantılı olduğunu göstermektedir.

Hemşirelere İlişkin Tanıtıcı Özelliklerin İş Doyum Ölçeği Puanları ile Karşılaştırılması

Hemşirelerin yaşlarına göre iş doyum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=8,785$; $p=0,032$). 23 yaş ve altı yaş grubunda olan hemşirelerin iş doyumları, 27-29 yaş grubunda olan hemşirelere göre daha yüksektir (Çizelge-10). Bu sonuçlardan farklı olarak Güneş (2007) ise çalışmasında hemşirelerin yaş gruplarına göre toplam iş doyum puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamış, yapılan ileri analizde 36 yaş ve üzeri hemşirelerin toplam iş doyum puanlarının diğer hemşirelere göre anlamlı olarak yüksek olduğunu raporlamıştır. Benzer şekilde yapılan çalışmaların çoğunda hemşirelerin yaşları ile iş doyumları arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (Maraşlı, 2015; Yüksel-Kaçan, 2016; Tilev ve Beydağ, 2014). Genç yaştaki hemşirelerin iş doyumlarının daha yüksek olması onların işlerine verdiği önemi gösterdiğinden mesleğin gelişimine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Genç yaştaki bazı hemşirelerin kuruma yeni başlamaları, farklı bir kurumdan geçiş yapmamaları dolayısıyla kültür şoku yaşamamaları ayrıca genç yaştaki hemşirelerin mesleğin zorlukları ile tam olarak karşılaşmış olmamaları iş doyumlarının yüksek olmasına olumlu katkı sağlamış olabilir.

Hemşirelerin toplam çalışma sürelerine göre iş doyum ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12,341$; $p=0,006$). 1 yıldan az süredir çalışan hemşirelerin iş doyum puanları, 1-5, 6-10 yıldır çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge-10). Bu bulgulara paralel olarak Maraşlı (2015) yapmış olduğu çalışmada bir yıldan az süredir çalışanların genel iş doyum puan ortalamaları en yüksek, 16-20 yıldır çalışanların ise en düşük olduğunu tespit etmiştir. Kahraman ve diğerleri (2011) yaptığı çalışmada 1 yıldan az süredir çalışan hemşirelerin puan ortalamalarını 40.00, 11-15 yıldır çalışan hemşirelerin puan ortalamalarını 37.50 bulmuştur. Bu çalışma sonuçlarının aksine Gönültaş ve diğerleri (2018) ise çalışmasında katılımcıların meslekte toplam çalışma süresine göre içsel doyum düzeyinde aldıkları puanlarda anlamlı fark olduğunu raporlamıştır, çalışmanın analiz sonuçlarına göre çalışma süresi arttıkça içsel doyum düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Buna benzer olarak Güneş (2007) çalışmasında 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin daha az çalışan hemşirelere göre iş doyumlarının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Yine aynı şekilde Zhang ve diğerleri (2012), deneyim ile iş doyumunu arasında pozitif bir ilişki olduğunu vurgulamıştır.

Hemşire-hemşire iş birliği ile iş doyumu ve bakım kalitesi arasındaki ilişkilere ait bulguların tartışılması

Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumuna etkisinin olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan analize göre hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumunu %13,7 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin iş doyumu üzerine kısmen bir etkisi olduğu tespit edilmiştir. Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan analize göre ise; hemşirelerin algıladığı bakım kalitesini %27,6 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesi üzerine etkisi olduğu görülmüştür Benzer şekilde Ma ve Shang (2015) hemşire-hemşire iş birliğinin bakım kalitesini etkilediğini söylemektedir. Lemetti ve diğerleri (2015)'de yapmış oldukları çalışmada hemşireler arasındaki iş birliğinin bakım kalitesi için çok önemli olduğu ve hemşireler arasındaki iş birliğinin bakım kalitesini tanımlamak için kullanılan kategorilerden biri olduğunu ifade etmektedir. Ndundu (2015)'nin, yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, hemşire-hemşire iş birliği uygulamalarına yönelik algılarını belirlediği çalışmada hemşirelerin hemşire-hemşire iş birliğine karşı olumlu tutumlarının yüksek olduğu ve iş birliğinin kaliteli hasta bakımı sunmada önemli olduğu vurgulanmaktadır. Moore ve diğerleri (2017) yapmış olduğu çalışmada hemşire-hemşire iş birliğinin iş doyumunu artırdığını belirtmiştir.

Hekim-Hemşire İş Birliği Ölçeği ile İlgili Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin yaşlarına göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Hekimlerin yaşlarına göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,346$; $p=0,009$). 27-29 yaş grubunda olan hekimlerin hekim-hemşire iş birliği puanları, 26 yaş ve altı, 30 yaş ve üzeri olan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge-7). Buradan hekimlerin yaşı ile iş birliği puanı arasındaki ilişkiyi ters “U” şeklinde bir eğriye benzetebiliriz. Buna göre iş birliği puanının 26 yaş ve altında azaldığı, 27-29 yaşta arttığı bununla birlikte 30 yaş ve üzerinde tekrar azaldığı söylenebilir. Bu çalışmanın aksine Franco ve Cordero (2017) çalışmasında hemşirelerin yaşları ile iş birliğine yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur ($p<0,05$). Bu iki değişken arasında pozitif ilişki olduğunu ve hemşirelerin yaşları arttıkça iş birliğine daha fazla eğilim gösterdiklerini saptamıştır. Aynı zamanda hekimlerin yaşları ile iş birliğine yönelik tutumları arasında anlamlı ilişki olmadığını belirtmektedir. Elsous ve diğerleri (2017) ise yapmış olduğu

çalışmada hem hekimlerin hem de hemşirelerin yaşları ile iş birliğine yönelik tutumları arasında pozitif ilişki olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin toplam çalışma sürelerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,025$; $p=0,029$). 1 yıldan az, 1-5 yıl aralığında çalışan hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği puanları, 10 yıldan fazla süredir çalışan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hekimlerin toplam çalışma sürelerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=20,097$; $p=0,000$). 1-5 ve 6-10 yıl aralığında çalışan hekimlerin hekim-hemşire iş birliği puanları, 10 yıldan fazla süredir çalışan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Çizelge-7). Bu bulgular hekimler açısından literatür ile benzerlik gösterirken hemşireler açısından benzerlik göstermemiştir. Franco ve Cordero (2017) hekimlerin çalışma yılları ile iş birliğine yönelik tutumları arasında negatif bir ilişki saptamıştır ($p<0,05$). Hekimlerin uygulama yılları arttıkça iş birliğine daha az eğilim gösterdiklerini saptamıştır fakat hemşirelerin çalışma yılları ve iş birliğine yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Vegesna ve diğerleri (2016) ve Elsaus ve diğerleri (2017) ise çalışmalarında hekimlerin ve hemşirelerin çalışma yılları ile iş birliğine yönelik tutumları arasında anlamlı bir fark bulunmadığını belirtmişlerdir. Bir iş yerinde uzun süre çalışanların genellikle iş yerlerini tanıması ve işteki deneyimleri ve beklentileri arasında bir uyumun ortaya çıkması nedeniyle iş doyumunu düzeylerinin yüksek dolayısıyla iş birliği puanlarının da yüksek olması beklenir (Yüksel-Kaçan, 2016). Toplam çalışma süresi 1 yıldan az çalışan hemşirelerin iş birliği puanlarının yüksek olmasının nedenleri arasında işe yeni başlayanların verdiği heyecan ve para kazanmaya yeni adım atma gibi nedenler sayılabilir, 1 yıl ve üzeri çalışanlarda daha düşük olmasının sebepleri olarak da iş yerinden beklentilerinin karşılanmaması, aynı iş yerinde uzun süre çalışmanın verdiği yorgunluk gibi durumlar sayılabilir.

Hemşirelerin çalışma şekillerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$). Hekimlerin çalışma şekillerine göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,004$; $p=0,045$). Vardiyalı çalışan hekimlerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, sürekli gündüz çalışan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge-7). Vardiyalı çalışma sisteminde gece gündüz sık değişen çalışma sistemi uyum sağlamada zorlanmalara, yorgunluğa, enerji

eksikliğine ve duygusal yönden bireyin yıpranmasına, iş doyumlarının olumsuz yönde etkilenmesine dolayısıyla iş birliğinin azalmasına neden olabileceği düşünülmektedir (Gönültaş, 2018; Öz, 2015). Bu çalışmada bu duruma neden olan faktör sürekli gündüz çalışan hekim sayısına daha az ulaşılmış olması olabilir. Ayrıca vardiyalı çalışan hekimlerin yoğunluk ve rol ya da iş stresi yaşamıyor olmaları düşünülebilir.

Mesleklere göre Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-5,596$; $p=0,000$). Hemşirelerin iş birliği puanlarının $2,25\pm0,57$ (4 üzerinden) hekimlere $2,00\pm0,41$ (4 üzerinden) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge-6). Bu bulgulardan yola çıkarak hemşirelerin kaliteli hasta bakımı sağlamak ve yüksek iş doyumunu elde etmek için iş birliğine daha çok eğilim gösterdiği şeklinde yorum yapılabilir. Bu sonuç, literatürde sözü edilen sonuçlarla benzerlikler göstermektedir (Vazirani ve diğerleri, 2005; Özkaraca, 2015; Yıldırım ve diğerleri, 2005; Sterchi, 2007; Franco ve Cordero, 2017; Pakpour, 2019; Zheng ve diğerleri, 2016; Vegesna, 2016; Elsaus, 2017). Ancak Hamric (2007) ve Lee ve diğerleri (2014) ise; bu çalışmaların aksine hemşireler arasındaki iş birliğinin hekimlerden daha az olduğunu belirtmiştir.

Hemşirelerin Hekim-hemşire iş birliği ölçeği puanı ile problem çözme puanı arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,151$; $p=0,002$). Hekim-Hemşire iş birliği puanı arttıkça, problem çözme puanı artacaktır (Çizelge-8). Problem çözme becerilerinin iş birliği için önemli bir kriter olduğu yorumunu yapabiliriz.

Hemşirelerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanı ile koordinasyon ve profesyonellik puanı arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hekim-Hemşire iş birliği puanı arttıkça, koordinasyon ve profesyonellik puanı azalacaktır (Çizelge-8). Hekim-Hemşire iş birliği puanının azalmasının koordinasyon ve profesyonellik puanını artırması şaşırtıcı bir bulgu olarak düşünülmektedir.

Hekim-Hemşire İş Birliği ile İş Doyumu ve Bakım Kalitesi Arasındaki İlişkilere Ait Bulguların Tartışılması

Hekim-Hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan analizlerde Hekim-hemşire işbirliğinin hemşire iş doyumunu üzerine istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı görülmüştür. Ancak Zhang ve diğerleri (2016) ve Pakpour ve diğerleri

(2019)'nin yapmış olduğu çalışmalarda hekim-hemşire iş birliğine yönelik tutumlar ile hemşireler arasındaki iş doyumunu arasında anlamlı pozitif ilişki olduğu saptanmıştır, daha iyi hekim-hemşire iş birliği ile daha yüksek iş doyumunu sağlandığı ayrıca hemşirelerin kaliteli hasta bakımı ve daha yüksek iş memnuniyeti sağlamak için hekimlerle olumlu ve saygılı bir iş birliği içinde olmaları gerektiği belirtilmektedir. Hekim-Hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesine etkisi olup olmadığı belirlemek için yapılan analizde Hekim-Hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesi üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür. Ancak Ma ve Shang (2015) tarafından yapılan çalışmada hekim-hemşire iş birliğinin olumlu hemşire sonuçlarına ve üstün bakım kalitesine yol açtığı saptanmıştır. Hoffman ve diğerleri (2008) çalışmasında iş birliğinin çalışanlar arasında iş doyumunu artırdığını ve hasta güvenliğini geliştirdiğini belirtmiştir. Hekim ve hemşireler kaliteli hizmet sunmak ve etkili hasta bakımı sağlamak için iş birliği yapmalıdır (Dimitriadou ve diğerleri, 2008).

Hemşire-Hemşire ve Hekim-Hemşire İş Birliği Ölçeği İle İlgili Bulguların Tartışılması

Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği problem çözme ve Hekim-Hemşire iş birliği puanları ile bakım kalitesi arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Hemşirelerin hemşire-hemşire iş birliği ölçeği problem çözme ve hekim-hemşire iş birliği puanları arttıkça, bakım kalitesi azalacaktır (Çizelge-9). Bu bulgular ilginç bir şekilde çalışma ile ilgili beklenen durumu karşılamayıp literatür verileri ile uyuşmamaktadır. Çünkü hemşirelik mesleği üyeleri ne kadar iyi düzeyde problem çözme becerisine sahip olurlarsa o ölçüde bireyin ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve yaşam kalitesini artırma yönünde etkin hizmet verirler (Yüksel, 2015; Abaan ve Altıntoprak, 2005). Aynı zamanda da hekim-hemşire iş birliği, bakım kalitesini artırmaktadır (Akyürek ve diğerleri, 2005). Ma ve Stimpfel (2018)'in yaptığı çalışmada hemşirelerin diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları ile iş birliği yaptığı hastanelerde hastaların daha üstün bakım kalitesi ve daha iyi sonuçlar aldığını, bu nedenle daha iyi bakım kalitesi ve hasta sonuçları için hemşire ve hekimlerin iş birliği yapma yeteneğini en üst düzeye çıkarmasının ve geliştirmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Kenaszchuk ve diğerleri (2010) ve Ma ve Shang (2015) çalışmalarında hekim hemşire ilişkileri ile kaliteli hemşirelik bakımı arasında pozitif anlamlı ilişkiler bulmuşlardır.

Hemşirelerin Hemşire-Hemşire iş birliği ölçeği problem çözme ve Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanları ile kapsamlı iş doyumu puanları arasında negatif yönde, zayıf/çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Hemşirelerin Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği problem çözme ve Hekim-Hemşire İş Birliği puanları arttıkça, kapsamlı iş doyumu azalacaktır (Çizelge-9). Çalışmadan elde edilen bu bulgu çalışmamızın aleyhine bir sonuçtur. Çünkü problem çözme ve iş birliği puanının artması ile kapsamlı iş doyumunun artması beklenir. Çalışmanın bulgularının aksine Pakpour (2019) çalışmasında hemşirelerin iş birliğine yönelik tutumları ile iş doyumu arasında pozitif anlamlı ilişki bulmuştur. Zangaro ve diğerleri (2007) çalışmasında hekim-hemşire iş birliği ile iş doyumu arasında pozitif güçlü ilişki olduğunu ve bu bulguların hekim-hemşire arasında iş birliği olmasının iş doyumunu artırması ile tutarlı olduğunu belirtmektedir.

Hemşirelerin ve hekimlerin bakım kalitesi puanları karşılaştırıldığında hemşirelerin ($7,21\pm1,92$) ve hekimlerin ($7,12\pm1,97$) ortalama değerlerinin birbirine yakın olduğu görülmektedir (Çizelge-2 ve Çizelge-4). Hekim ve hemşirelerin bakım kalitesi puanlarının ortalamasının üstünde olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre hekim ve hemşirelerin iş birliği ile bakım kalitesinin arttığı söylenebilir. Literatür incelendiğinde Franco ve Cordeo (2017)'nin yapmış oldukları çalışmanın sonuçları da hekim- hemşire iş birliğinin hekim-hemşire iletişimini ve hasta bakım kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir. Literatür bir hemşirenin eğitim düzeyinin daha iyi hasta bakım sonuçları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Zhang ve diğerleri, 2013). Araştırmaya katılan hemşirelerin %75,6'sının lisans mezunu olması hasta bakım kalitesini olumlu şekilde etkilemiş olabilir.

Hemşirelerin ve hekimlerin kapsamlı iş doyumu puan ortalamaları karşılaştırıldığında hemşirelerin ($5,10\pm2,70$) hekimlerle ($5,37\pm2,39$) ortalamalarının yakın olduğu görülmektedir (Çizelge-2 ve Çizelge-4). Buna göre puan ortalamalarına bakıldığında çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin iş doyumlarının çok yüksek olmadığı orta seviyede olduğu görülmektedir. Bu bulgular diğer çalışmaların bulguları ile tutarlılık göstermektedir. Pakpour ve Ghafourifar (2019)'ın yapmış olduğu çalışmada ortalama iş doyumu puanını $57,78\pm14,67$ (20 ile 100 arasında) olarak saptamıştır ve hekim-hemşire iş birliği ile hemşirelerin iş doyumu arasında pozitif anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir. Tilev ve Beydağ (2014) çalışmasında hemşirelerin iş doyum düzeyi puan ortalamasını $59,6\pm17,0$ (20 ile 97 arasında) olarak belirlemiştir. Bu bulgu yapılan çalışmanın sonucuna benzer olarak hemşirelerin iş doyum düzeylerinin orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde

Zhang ve diğerkleri (2012) hemşirelerin iş doyumunu düzeyi puan ortalamalarını 3.26 ± 0.46 (5 üzerinden) olarak saptamıştır ve çalışmadaki hemşirelerin orta düzeyde bir iş doyumuna sahip olduğunu bildirmiştir. Kurumda çalışan toplam hekim sayısı ile hemşire sayısının hemen hemen birbirine yakın olması hemşirelerin iş yüklerinin fazla olmasını göstermekle birlikte araştırmaya katılan hemşirelerin büyük kısmının %46,2 yoğun bakımda çalışması iş doyumun orta seviyede olmasına sebep olmuş olabilir. Bu durumun sebepleri; yoğun bakımlardaki hastaların durumunun serviste yatan hastalara göre ağır ve kritik, aynı zamanda yoğun bakımda çalışan hemşirelerin iş yüklerinin servis hemşirelerine göre daha fazla ve yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hastalarının iyileştiğine daha az şahit olması sayılabilir. Ayrıca çalışma ortamlarının zor olması ve sorumlulukların, karar verme alanlarının fazla olması da iş doyumunu etkilemektedir. Çalışmamızda hemşirelerin ve hekimlerin oldukça genç yaş ortalamasına sahip olması ve daha az iş deneyimine sahip olmaları iş doyumunun orta seviyede olması ile ilişkili olabilir.

Hekim ve Hemşirelerin Birlikte Vizite Katılma Durumu ile Hekim-Hemşire İş Birliği Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Bununla birlikte çalışmamızda beklenmedik bir şekilde birlikte vizit yapmayan hemşirelerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, birlikte vizite yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve birlikte vizit yapmayan hekimlerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, birlikte vizite yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiş olması şaşırtıcı bir bulgu olarak düşünülmektedir (Çizelge-7).Hekim ve hemşirelerin iş birliğini artırmak için birlikte vizit yapmaları önemlidir. Birlikte vizit yapılması, hekim ve hemşirelerin birlikte hasta bakımı verme ve tedaviyi yönlendirme açısından önemli bir uygulamadır ve birçok kurumda hekim ve hemşirelerin vizite katılmaları bir prosedür olarak bilinmektedir (Özkaraca, 2015).

Araştırmaya katılan hemşirelerin 328'inin (%81,8) birlikte vizit yaptığı hekimlerin 195'inin (%83,0) birlikte vizit yaptığı belirlenmiştir. Hekimlerin ve hemşirelerin vizite katılma oranlarının yüksek olması hekimlerin hemşirelerin vizitlerde bakım verdikleri hastalarla ilgili verdikleri bilgileri önemsediklerinden kaynaklanıyor olabilir. Hemşirelerin servislerde ve yoğun bakımlarda hekimlerle daha fazla süre birlikte olmaları sebebiyle hem hekimlerin hem hemşirelerin birlikte vizite katılma oranlarının daha yüksek olması olası bir durumdur. Çalışmanın yürütülmüş olduğu kurumun yeni açılması sebebi ile de hemşirelerin ve

hekimlerin büyük çoğunluğunun kurumda çalışma yıllarının kısa olması beklenen bir durumdur ve bunun yanında birçok hastanenin birleşmesi hemşirelerin ve hekimlerin farklı gruplarla çalışmasına neden olmuştur dolayısıyla her hastanenin çalışma kültürü farklı olduğundan hekim ve hemşirelerin kısa sürede karşılıklı güven oluşturmamaları vizite katılmama durumları için etken olabilir.

Ayrıca hekim ve hemşirelerin birlikte vizite katılma durumlarının artması ile birlikte birbirlerine güvenin gelişeceği, aralarındaki iletişim ve ilişkinin daha olumlu hale geleceği, sorunsuz bir çalışma akışı sağlayacağı, hizmetteki tekrarların ortadan kalkmasına, zamandan kazanç sağlanmasına, iş doyumu ve bakım kalitesine de olumlu yönde yansıtacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın güçlü yönleri hekim ve hemşire açısından yeterli örnekleme sahip olmasıyken, sınırlılıkları Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan hekim ve hemşirelerin araştırmaya katılmaya gönüllü olması, araştırma bulgularının kullanılan ölçek maddeleri ile sınırlı olması, hasta yoğunluğunun fazla olması, tedavi saatleri, hemşirelerin yorgun olması, çalışanların müsait oldukları vakitlerinin özellikle beklenmesi, hekim ve hemşirelerden bazılarının anketleri doldurmak istememeleriydi.

Uluslararası literatürde hekim-hemşire iş birliği ile ilgili çalışmalar fazlaca mevcutken hemşire-hemşire iş birliği ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıda bulunmaktadır. Dolayısıyla hemşire-hemşire ve hekim-hemşire iş birliğinin iş doyumu ve hasta bakım kalitesine nasıl yansıdığını ortaya koymak bu çalışma için önemliydi. Konuyla ilgili araştırma ve yaklaşımlar detaylı olarak incelendiğinde bu alandaki literatüre katkı sağlanmıştır. Bulgular hekim-hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı iş doyumu ve hasta bakım kalitesine etkisi olmadığını gösterirken hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı iş doyumu ve hasta bakım kalitesine etkisi olduğunu bize göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşire-hemşire ve hekim-hemşire iş birliğinin iş doyumu ve hasta bakım kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir.

Hemşirelerin hekim-hemşire iş birliği puanlarının ($2,25\pm0,57$) hekimlere ($2,00\pm0,41$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Çizelge-6).

Hemşirelerin ve hekimlerin bakım kalitesi puanları karşılaştırıldığında hemşirelerin ($7,21\pm1,92$) ve hekimlerin ($7,12\pm1,97$) ortalama değerlerinin birbirine yakın olduğu görülmektedir. Hekim ve hemşirelerin bakım kalitesi puanlarının ortalamanın üstünde olduğu görülmektedir (Çizelge-2 ve Çizelge-4).

Hemşirelerin ve hekimlerin kapsamlı iş doyumu puan ortalamaları karşılaştırıldığında hemşirelerin ($5,10\pm2,70$) hekimlerle ($5,37\pm2,39$) ortalamalarının yakın olduğu görülmektedir. Buna göre puan ortalamalarına bakıldığında çalışmaya katılan hekim ve hemşirelerin iş doyumlarının çok yüksek olmadığı orta seviyede olduğu görülmektedir (Çizelge-2 ve Çizelge-4).

Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumuna etkisinin olup olmadığını saptamak amacıyla yapılan analize göre hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin iş doyumunu %13,7 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Buna göre hemşirelerin iş doyumu üzerine kısmen bir etkisi olduğu tespit edilmiştir Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan analize göre ise hemşirelerin algıladığı bakım kalitesini %27,6 oranında açıkladığı belirlenmiştir. Hemşire-hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesi üzerine etkisi olduğu görülmüştür.

Hekim-hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumuna etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan analizlerde Hekim-hemşire iş birliğinin hemşire iş doyumu üzerine istatistiksel olarak bir etkisi olmadığı görülmüştür. Hekim hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesine etkisi olup olmadığı belirlemek için yapılan analizde Hekim-hemşire iş birliğinin hemşirelerin algıladığı bakım kalitesi üzerinde etkisi olmadığı görülmüştür.

Bununla birlikte çalışmamızda beklenmedik bir şekilde birlikte ziyaret yapmayan hemşirelerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, birlikte ziyarete yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve birlikte ziyaret yapmayan hekimlerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanlarının, birlikte ziyarete yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge-7).

ÖNERİLER

Bu araştırma doğrultusunda hemşirelerin ve hekimlerin iş birliği tutumlarının iş doyumu ve bakım kalitesine olan etkisini artırmak için;

- Araştırmamız Ankara ili sınırları içinde bulunan Ankara Şehir Hastanesi'nde görev yapan hemşireler ve hekimlerle sınırlı olduğundan, konunun aydınlatılmasına katkı sağlanabilmesi açısından farklı illerde ve daha geniş örneklemelerde kamu ve özel sektörü de içine alacak şekilde araştırmalar yapılmalıdır.
- Kurum, hemşire-hemşire iş birliğinin ve hekim-hemşire iş birliğinin hasta bakım kalitesine etkisi ve hemşirelerin iş doyumuna etkisi konularını çeşitli göstergelerle izlemelidir. Hemşire-hemşire iş birliğinin ve hekim-hemşire iş birliğinin iş doyumuna etkisi anket ve benzeri sistemlerle analiz edilmelidir.
- Hemşirelerin Hekim-Hemşire iş birliği ölçeği puanı ile koordinasyon ve profesyonellik puanı arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmesinin sebepleri ayrıntılı olarak kalitatif çalışmalarla araştırılmalıdır.
- Araştırmamızda gündüz çalışmanın süreç paylaşımı puanını olumlu etkilediği sonucuna ulaşıldığı dikkate alındığında, hemşirelerin otonomilerini arttırabilmek için servis sorumlu hemşireleri ve diğer yönetici hemşirelerin duyarlılıkları artırılarak, haftalık ya da aylık çalışma listelerinde gündüz çalışma saatlerinin ve nöbet sayılarının eşit olması konusunda düzenlemeler yapılmalıdır.
- Araştırmamızda hemşirelerin profesyonellik, iletişim, koordinasyon ve süreç puanlarının kaliteyi olumlu yönde etkilediği bulunmuş olup, hemşirelerin profesyonellikleri ve mesleki uygulamaları üzerinde önemli etkisi olan profesyonel değerlerinin, iletişim becerilerinin, otonomilerinin ve koordinasyonlarının daha iyi düzeyde olması için lisans eğitim müfredatlarında bu konulara daha geniş yer verilmelidir.

- Hastanede çalışan hemşireler arası iş birliği düzeyi orta seviyede çıktığından yöneticiler tarafından önemsenmeli ve iş birliğini arttırmaya yönelik uygulamalar yapılmalıdır.
- Hemşirelerin iş doyumlarının orta düzeyde olduğu bulunmuş olup, bu sonuç doğrultusunda hemşirelerin belli aralıklarla iş doyum düzeylerinin ölçülmesi, iş doyumunu düşüklüğüne neden olan durumların belirlenmesi ve iş doyumunu arttırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- Hemşire-hemşire iş birliği hemşirelerin iş doyumunu artırdığından ve iş birliğinin hasta bakım kalitesine etkisi olduğundan kurumda iş birliğine önem verilmelidir.
- Hemşireler yalnızca kendi aralarında değil birlikte çalıştığı hekim ve diğer ekip üyeleri ile de iş birliği içinde olmalıdır.
- Hekim-Hemşire iş birliğinin iş doyumunu ve bakım kalitesine etkisinin olmaması sebepleri üzerine sistemden kaynaklı etkiler varsa sistem eksiklikleri giderilmelidir.
- Hekim ve hemşirelerin birlikte vizit yapmaları ve bunu gerçekleştirmek için hekim ve hemşirelerin birlikte vizite katılmaları ile ilgili politika ve prosedürler hazırlanmalıdır.
- Çalışmanın çarpıcı sonuçlarının olması sebebiyle bu konuyla ilgili daha fazla çalışma yapılmalıdır.
- Araştırmanın aynı kurumda çalışan tüm hekim ve hemşireleri içerecek şekilde tekrarlanması önerilmektedir.
- Küçük kurumların bir araya gelerek büyük bir grup oluşturmalarının iş birliği düzeyini ve iş doyumunu düşürdüğü tahmin edilmektedir, bu kurumların önceki iş doyumları ve iş birliği düzeyleri bilinmediğinden küçük kurumlarda da iş birliği düzeyi ve iş doyumunu üzerine çalışmalar yürütülmesi önerilmektedir.
- Bu konu ile ilgili daha sonraki çalışmalar da hemşirelerin ve hekimlerin iş yükleri ve en son çalıştıkları servislerde veya birimlerdeki çalışma süreleri dikkate alınabilir.

KAYNAKLAR

- Abaan, S. ve Altıntoprak, A. (2005). Hemşirelerde problem çözme becerileri: öz değerlendirme sonuçlarının analizi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 12(1), 62-76.
- Adigüzel, O., Tanriverdi, H., ve Sönmez Özkan, D. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9(2), 235.
- Akgün Malak, B. (2017). Sosyotropi Otonomi Kişilik Özellikleri ve Hemşirelik. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 163-177.
- Akhondzadeh, K., Hosseini, S. A., Bahrami, M. and Salehi, S. (2007). Critical thinking and clinical decision making in nurse. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Winter*, 12(1), 13-16.
- Akıncı, G. (2010). *Kurumsal İşbirliklerine Yeni Bir Bakış: İşbirliği Yetkinliği Konumlandırma Modeli*. Doktora Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Akyürek, B., Özer, S., Argon, G. ve Conk, Z.N. (2005). Hekim Davranışlarının Hemşire Memnuniyeti ve Hemşirelerin İşine Devam Etme Durumu Üzerine Etkisi. *Ege Tıp Dergisi*, 44(3), 167-172.
- Altıok Öner, H. ve Üstün, B. (2014). Profesyonellik: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 151-155.
- Anthoine, E., Delmas, C., Couterut, J. and Moret, L. (2014). Development and psychometric testing of a scale assessing the sharing of medical information and interprofessional communication: the CSI scale. *BMC Health Services Research*, 14(1), 126.
- Başaran, S. ve Dinç, L. (2018). Turkish adaptation and psychometric characteristics of the nursing authority and autonomy scale. *Journal of Nursing Management*, 26(6), 735-743. [org/10.1111/jonm.12611](https://doi.org/10.1111/jonm.12611)
- Bai, J., Hsu, L. and Zhang, Q. (2015). Validation of the Essentials of Magnetism II in Chinese critical care settings. *Nursing in critical care*, 20(3), 134-145.
- Başol, E. (2018). Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal/Social Science Journal*, 4(1), 76-93.
- Bol, P., Gül, G. ve Erbaycu, A. E. (2013). Hasta-Hekim İletişimindeki Eksiklik ve Hataların Ortaya Konmasında Fmea Model Analizinin Katkısı. *İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi*, 12(3), 181-191.

- Busari, J. O., Moll, F. M. and Duits, A. J. (2017). Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 227-234.
- Cander, B., Ertekin, B., Kara, H., Gül, M., DüNDAR, D., Koçak, S. ve Girişgin, S. (2011). Acil servise gastrointestinal kanama ile başvuran hastalarda hastane yatış süresini etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), 51-54.
- Chang, L. P. T., Harding, H. E., Tennant, I., Soogrim, D., Ehikhametalor, K., James, B., ... and Gordon-Strachan, G. M. (2010). Interdisciplinary communication in the intensive care unit at the University Hospital of the West Indies. *West Indian Medical Journal*, 59(6), 656-661.
- Choi, E., Lindquist, R. and Song, Y. (2014). Effects of problem-based learning vs. traditional lecture on Korean nursing students' critical thinking, problem-solving, and self-directed learning. *Nurse Education Today*, 34, 52-56.
- Çaylan, A., Dağdeviren, H. N., Öztora, S. ve Turgu, S. (2018). Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 78-91.
- Çelenk, O. ve Topoyan, M. (2017). Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Problem Çözme Beceri Düzeylerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(4), 251-259.
- Çelik Durmuş, S. ve Yıldırım, A. (2018). Hemşireler Arası İşbirliği. *Journal of Health and Nursing Management* 2018;5(3):210-216 10.5222/SHYD.2018.210
- Çelik, A. ve Karaca, A. (2017). Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 14(4), 254-263. [10.5222/HEAD.2017.254](https://doi.org/10.5222/HEAD.2017.254)
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. ve Beaulieu, M.D. (2005) The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 116-131.
- Demir, E. (2019). *Yönetim süreçleri bağlamında bilgi evlerinin incelenmesi: Küçükçekmece belediyesi örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Dikmen, Y., Kara Yılmaz, D. ve Yıldırım Usta, Y. (2016). Hemşirelerin Otonomi Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırma Dergisi*, 8, 72-87.
- Dikmen, Y., Yönder, M., Yorgun, S., Yıldırım Usta, Y., Umur, S. ve Aytekin, A. (2014). Hemşirelerin Profesyonel Tutumları İle Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 158-164.

- Dimitriadou, A., Lavdaniti, M., Theofanidis, D., Psychogiou, M., Minasidou, E., Konstadinidou-Straukou, A. and Sapountzi-Krepia, D. (2008). Interprofessional collaboration and collaboration among nursing staff members in Northern Greece. *International Journal of Caring Sciences*, 1(3), 140-146.
- Dinç, L. (2010). Bakım kavramı ve ahlaki boyutu. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17(2), 74-82.
- Dougherty, M. B. (2009). *The relationship between emotional intelligence and nurse-nurse collaboration*. Columbia University
- Dougherty, M. B. and Larson, E. L. (2010). The nurse-nurse collaboration scale. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 40(1), 17-25.
- Durmuş Çelik S., Ekici, D. ve Yildirim, A. (2018). The level of collaboration amongst nurses in Turkey. *International nursing review*, 65(3), 450-458.
- Durmuş, M., Gerçek, A. ve Çiftci, N. (2017). Sağlık çalışanlarının problem çözme becerilerinin kanıta dayalı tutum algıları üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 53(5), 648-661.
- Durmuş Çelik, S. (2015). Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması: Bir Uygulama. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Ekici, D. (2017). Sağlık bakım hizmetlerini yönetimi. Genişletilmiş 2. Baskı. Ankara: Sim Matbaacılık, 161-162.
- Ekici, D., Cerit, K. and Mert, T. (2017). Factors that influence nurses' work-family conflict, job satisfaction, and intention to leave in a private hospital in Turkey. *Hospital Practices and Research*, 2(4), 102-108.
- Elsous, A., Radwan, M. and Mohsen, S. (2017). *Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine*. *Nursing Research and Practice*, 2017, 1-7. doi:10.1155/2017/7406278
- Eren, O. Ö. (2010). Yoğun bakım ünitesinde hasta maliyetini etkileyen faktörler. *Selçuk Tıp Dergisi*, 25(4), 195-202.
- Erikmen, E. ve Vatan, F. (2019). Hemşirelerin Bireysel ve Mesleki Otonomilerinin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 2(6), 141-152.
- Erkuş, B. ve Bahçecik, N. (2015). Özel hastanelerde çalışan yönetici hemşirelerin ve hemşirelerin eleştirel düşünme düzeyi ve problem çözme becerileri. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 5(1), 1-9.
- Eroğlu, F., Özmen, S., Noyaner, A. ve Aydın, C. (2001). Yoğun Bakımda Hasta Sağlık Bakım Kalitesini Geliştirebilir miyiz?. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 8(3), 9-11.

- Franco, N. P. and Cordero, M. A. W. (2017). Collaboration effort between physicians and nurses: a feedback tool for the review of the hospitals. *International Journal of Nursing*, 4(1), 19-26.
- Göksu, T. (2017). Yönetimin Fonksiyonları. 1-14.
<http://www.turgutgoksu.com/FileUpload/ks7441/File/yonetiminfonksiyonlari12.pdf>
- Gönültaş, T., Aytaç, N. ve Akbaba, M. (2018). Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde İş Doyumunun Araştırılması. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(1), 30-40.
- Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö. ve Şentürk, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(3), 137-142.
- Güneş, N. (2007). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Gürsoy, E., Mızrak Şahin, B., Daanacı, B. ve Arı, S. (2017). Hemşirelerin akademik-klinik iş birliğine ilişkin görüşleri: Eskişehir örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(3), 144-152.
- Haire, B.(2010). *Interprofessional Care: A model of collaborative practice*. Prince Edward Island Health Sector Council Charlottetown, Canada
- Hoffman, S.J., Rosenfield, D., Gilbert, J.H.V. and Oandasan, I.F. (2007) Student Leadership in interprofessional education, benefits, challenges and implications for educators, researchers and policymakers. *Medical Education*, 42(7), 664-661. doi: 10.1111/j.1365-2923.2008.03042.x
- Holyoake, D. D. (2011). Is the doctor-nurse game being played?. *Nursing Times*, 107(43), 12-14.
- İnternet:The Health Professions Regulatory Network (2008) Position statement on interprofessional collaborative practice. Halifax, NS: The Health Professions Regulatory Network. Available at: http://healthprofessions.dal.ca/Files/Position_Statement_on_IP_Collaborative_Practice.pdf
- Kahraman, G., Engin, E., Dülgerler, Ş. ve Öztürk E. (2011). Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(1), 12-18.
- Kaini, B. K. (2015). *Interprofessional working in hospitals: the case of Nepal*. Doctoral dissertation, University of Greenwich, Nepal.
- Kantek, F., Öztürk, N. ve Gezer, N. (2010,11-13 November). Bir sağlık yüksekokulunda öğrencilerin eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerinin incelenmesi. In *International Conference on New Trends in Education and Their Implications*, 11, 186-190.

- Kara, G. (2005). *Hekim Hemşire İlişkisi ve Hekim Hemşire İlişkisinde Yaşanan Sorunların Araştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Karaca, A. ve Durna, Z. (2018). Hemşirelik Bakım Kalitesi ve İlişkili Faktörler. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 28(2), 16-23.
- Karadağ, M., Alpaslan, Ö., Şişman, N. Y. ve İşeri, Ö. P. (2018). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ve epistemolojik inançları. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 1-6.
- Karadağ, M., Işık, O., Cankul, İ.H. ve Abuhanoğlu, H. (2015). Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 160.
- Karakurt, N. ve Ekinci, M. (2015). Hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerisi arasındaki ilişki. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (4), 574-593.
- Karcıoğlu, F., Timuroğlu, K. ve Çınar, O. (2009). Örgütsel İletişim ve İş Tatmini İlişkisi– Bir Uygulama. *İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Dergisi-Yönetim*, 20(63), 59-76.
- Kaya, A. ve Boz, İ. (2017). The development of the professional values model in nursing. *Nursing Ethics*, 1-10.
- Kaya, A., Karataş, N. ve İşler Dalgıç, A. (2019,24-27 Nisan). Profesyonellik Çerçevesinde Hemşirelik Bilimi: Genel Bir Bakış. 2. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresinde sunuldu, Burdur.
- Kebapçı, A. ve Akyolcu, N. (2011). Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 11(2), 59-67.
- Kenaszchuk, C., Wilkins, K., Reeves, S., Zwarenstein, M. and Russell, A. (2010). Nurse-physician relations and quality of nursing care: findings from a national survey of nurses. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 42(2), 120-136.
- Kısakürek, M.M. (2010). Hastane işletmelerinde bölüm maliyet analizi: cumhuriyet üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde bir uygulama. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 24(3), 229-256.
- Köseoğlu, M. A., Gider, Ö. ve Ocak, S. (2011). Bilgi paylaşımı tutumunu etkileyen faktörler nelerdir? Bir kamu hastanesi örneği. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İdari ve İktisadi Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(1), 215-243.
- Kramer, M. and Schmalenberg, C. (2004). *Development and Evaluation of Essentials of Magnetism Tool*. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 34(7), 365–378. doi:10.1097/00005110-200407000-00010

- Kumcağız, H., Yılmaz, M., Balcı Çelik, S. ve Aydın Avcı, İ. (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: Samsun ili örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38 (1), 49-56.
- Labrague, L. J., McEnroe Petite, D. M. and Tsaras, K. (2019). Predictors and outcomes of nurse professional autonomy: A cross-sectional study. *International journal of nursing practice*, 25(1), 1-8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12711>
- Lafçı, D., Pehlivan, S., ve Demiray, G. (2016). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(2), 55-64.
- Lamont, S., Brunero, S., Lyons, S., Foster, K. and Perry, L. (2015). Collaboration amongst clinical nursing leadership teams: a mixed-methods sequential explanatory study. *Journal of nursing management*, 23(8), 1126-1136.
- LaValley, D.(Editor) (2008). Collaboration Between Physician and Nurses: Essential to patient safety. In *The Forum*, 26(2).
- Lee, C. T., Doran, D. M., Tourangeau, A. E. and Fleshner, N. E. (2014). Perceived quality of interprofessional interactions between physicians and nurses in oncology outpatient clinics. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 619-625.
- Lemetti, T., Stolt, M., Rickard, N. ve Suhonen, R. (2015). Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review. *International Nursing Review*, 62(2), 248-266.
- Liao, C., Qin, Y., He, Y. and Guo Y. (2015). The nurse–nurse collaboration behavior scale: development and psychometric testing. *International Journal of Nursing Sciences*, 2, 334-339.
- Ma, C. ve Stimpfel, A. W. (2018). The association between nurse shift patterns and nurse–nurse and nurse–physician collaboration in acute care hospital units. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48(6), 335-341
- Ma, C., Shang, J. and Bott, M. J. (2015). Linking unit collaboration and nursing leadership to nurse outcomes and quality of care. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 45(9), 435-442.
- Malak, B. ve Üstün, B. (2011). Hemşirelerin Sosyotropi-Otonomi Kişilik Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, 18(2), 1-16.
- Manisalı, A. (2013). *Hekim-hemşire arasındaki çatışma nedenleri*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Maraşlı, İ. (2015). *Hemşirelerin Profesyonel Değerlerinin İş Doyumuna Etkisi ve İlişkili Faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Matthys, E., Remmen, R. ve Van Bogaert, P. (2017). An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care?. *BMC family practice*, 18(1), 110.
- McCaffrey, R. G., Hayes, R., Stuart, W., Cassel, A., Farrell, C., Miller-Reyes, S., and Donaldson, A. (2011). An educational program to promote positive communication and collaboration between nurses and medical staff. *Journal for Nurses in Professional Development*, 27(3), 121-127.
- McMahan, E. M., Hoffman, K. ve McGee, G. W. (1994). Physician-nurse relationships in clinical settings: a review and critique of the literature, 1966-1992. *Medical Care Review*, 51(1), 83-112.
- Moore, J., Prentice, D. and Salfi, J. (2017). A mixed-methods pilot study of the factors that influence collaboration among registered nurses and registered practical nurses in acute care. *Clin Nurs Studies*, 5, 1-11.
- Ndundu, L. D. (2015). *Nurses' perceptions of nurse-nurse collaboration in the intensive care units of a public sector hospital in Johannesburg*. Master Thesis, University of the Witwatersrand, Johannesburg.
- Nolte, J. (2005). Enhancing interdisciplinary collaboration in primary health care in Canada. Ottawa: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care Initiative. Available at: <http://www.eicp.ca/en/resources/pdfs/enhancinginterdisciplinary-collaboration-in-primary-health-care-in-canada.pdf>.
- Oksay, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?-What Actually Is Quality In Healthcare?. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 181-192.
- Öğüt, A. ve Kaya, Ş. D. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, (1), 87-96.
- Önen , C. ve Dinçer, E. (2018) Sağlık çalışanları ve ekip hizmetleri Bitlis İl Merkezi Örneği, İksad Yayınevi, sy:28 20 Temmuz 2020 tarihinde, https://issuu.com/iksadyayinevi/docs/sa_lik_al_i_anlari_ve_ekip_hizmetle
- Öz, M. (2015). *Cerrahi hemşirelerin mesleki profesyonellik ve örgütsel vatandaşlık davranışları*. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Öz, M. ve Özyürek, P. (2018). Cerrahi Hemşirelerinin Profesyonel Değer Algıları ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışları Arasında-ki İlişkinin Belirlenmesi. *Journal of Health and Nursing Management*, 5(2), 113-122.
- Özkaraca, R. (2009). Hekim Ve Hemşirelerin İşbirliğine Yönelik Tutumları ve Birbirlerini Profesyonellik Açısından Değerlendirmeleri.Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Özkaya, M. O., Yakın, V. ve Ekinçi, T. (2008). Stres düzeylerinin çalışanların iş doyumu üzerine etkisi. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1), 163-179.
- Özlük, B. ve Sur, H. (2017). Türkiye’de hemşireliğin profesyonelleşmesi kapsamında değerlendirilmesi ve Avrupa Birliğine uyum süreci: niteliksel bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(3), 98-106.
- Öztürk, H., Kurt, Ş., Mersinlioğlu Serin, G., Bayrak, B., Balık, T. ve Demirbağ, B. C. (2016). Hastanelerde işe yeni başlayan hemşirelerin sorunları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4, 189-201.
- Pakpour, V., Ghafourifard, M. and Salimi, S. (2019). Iranian Nurses' Attitudes Toward Nurse-Physician Collaboration and its Relationship with Job Satisfaction. *Journal of caring sciences*, 8(2), 111.
- Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73–82. doi:10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x
- Polat, H. (2013). Hemşirelerin problem çözme becerileri ve atılabilirlikleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Aydın, Türkiye.
- Prentice, D., Moore, J., Crawford, J., Lankshear, S. and Limoges, J. (2020). Collaboration among Registered Nurses and Licensed Practical Nurses: A Scoping Review of Practice Guidelines. *Nursing Research and Practice*, 1-7. doi: 10.1155/2020/5057084
- Salehi, S. H., Bahrami, M., Hosseini S. A. and Akhondzadeh, K.(2007). Critical thinking and clinical decision making in nurse. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research Winter*, 12(1), 13-16.
- Saluvan, M. ve Kaya,S. (2013). Doktor-Hemşire Etkileşiminin Hastane Performansına Etkisi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 5(1), 101-122.
- Samancı, O. ve Uçan, Z. (2015). Sınıf öğretmeni adaylarının sosyal sorun çözme beceri düzeylerinin incelenmesi. *Bartın Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 152-162.
- Schreglmann, S. ve Doğruluk, S. (2012). Bilişim Teknoloji Öğretmen Adaylarının Problem Çözme Becerilerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(2), 143-150.
- Sheehan, S. (2016). Collaborating for Better Outcomes: Exploring the Link Between Nurse-Nurse Collaboration and Nurse Job Satisfaction. Master Thesis, York University Toronto, Ontario.
- Stein Parbury, J. and Liaschenko, J. (2007). Understanding collaboration between nurses and physicians as knowledge at work. *American Journal of Critical Care*, 16(5), 470-477.
- Sterchi, L. S. (2007). *Perceptions That Affect Physician-Nurse Collaboration in the Perioperative Setting*. *AORN Journal*, 86(1), 45–57. doi:10.1016/j.aorn.2007.06.009

- Sucu, G., Dicle, A. ve Saka, O. (2012). Hemşirelikte klinik karar verme, etkileyen etmenler ve karar verme modelleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(1), 52-60.
- Sweet, S. J. ve Norman, I. J. (1995). The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *Journal of advanced nursing*, 22(1), 165-170.
- Taşçı, S. (2005). Hemşirelikte Problem Çözme Süreci. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. Hemşirelik Özel Sayısı. 73-78.
- Temuçin, E., Dolu, İ. ve Kargın, M. (2019). Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 1-7.
- Tilev, S. ve Beydağ, K. D. (2014). Hemşirelerin iş doyum düzeyi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(1), 140-147.
- Tuan, K. ve Memis, M. Ü. (2007). İç Denetimin Yönetim Fonksiyonlarının Yerine Getirilmesindeki Rolü. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 35, 1-14.
- Türe Yılmaz, A. ve Yıldırım, A. (2018). İletişim Ve Bilgi Paylaşımı Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Ve Güvenirliği. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 70(6), 76-90.
- Ulusoy, H., Tosun, N. ve Aydın, J.C. (2014). Sağlık yönetimi öğrencilerinin problem çözme becerileri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1, 1-8.
- Ulusoy, H., ve Tokgöz, D. M. (2009). Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, (2), 55-61.
- Üstün, B. (2005). Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2), 88-94.
- Vatan, F., Argon, G., Dursun Engin, M., Binbir, H. ve Çiçek, A. (2012). Hemşirelerin Yönetimsel Kararlara Katılımlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 13-24.
- Vazirani, S., Hays, R. D., Shapiro, M. F. and Cowan, M. (2005). Effect of a multidisciplinary intervention on communication and collaboration among physicians and nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(1), 71-77.
- Vegesna, A., Coschignano, C., Hegarty, S. E., Karagiannis, T., Polenzani, L., Messina, E., ... and Maio, V. (2016). Attitudes towards physician–nurse collaboration in a primary care team-based setting: Survey-based research conducted in the chronic care units of the Tuscany region of Italy. *Journal of interprofessional care*, 30(1), 65-70.
- Wanzer, M. B., Wojtaszczyk, A. M. and Kelly, J. (2009). Nurses' perceptions of physicians' communication: the relationship among communication practices, satisfaction, and collaboration. *Health Communication*, 24(8), 683-691.
- Wiltjer, H. (2017). Why Collaboraion Should Count As A Core Value Of Nursing. *Nursing Times* [online] ;113(12), 47-48.

- Yalçın, B., Tetik, S. ve Açıkgöz, A. (2010). Yüksekokul Öğrencilerinin Problem Çözme Becerisi Algıları İle Kontrol Odağı Düzeylerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2(2), 19-27.
- Yeşiltaş, A. ve Gül, İ.(2016). Hemşirelerin Çalışmak İçin Tercih Ettikleri Birimler ve Tercih Nedenleri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2), 74-87.
- Yıldırım, A., Ateş, M., Akıncı F., Ross, T., Selimen, D., İşsever, H., ... ve Akgün, M. (2005). Physician–nurse attitudes toward collaboration in Istanbul's public hospitals. *International journal of nursing studies*, 42(4), 429-437. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.07.007
- Yıldırım, B. ve Bağısürer, N. (2019). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin problem çözme süreçlerinin incelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 11(1), 27-33.
- Yıldırım, B. ve Özkahraman, Ş. (2011). Problem solving in nursing. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 155-159.
- Yıldırım, B., Özkahraman Koç, Ş. ve Karabudak, S. S. (2014). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin problem çözme becerileri ile öğrenme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 859-882.
- Yıldırım, D., Kısa, S. ve Hisar, F. (2012). Validity and reliability of the Turkish version of the Essentials of Magnetism Scale (EOM II). *International nursing review*, 59(4), 570-576.
- Yıldırım, N. (2016). *Hemşirelerin girişimci kişilik özellikleri, problem çözme becerileri ve etkili faktörlerin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Yurtsever, A. (2015). *Acil sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyeti*. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yüksel, A. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin problem çözme öz değerlendirme sonuçları ve etkileyen faktörler araştırma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37–49.
- Yüksel Kaçan, C., Örsal, Ö. ve Köşgeroğlu, N. (2016). Hemşirelerde İş Doyumu Düzeyinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 18(2-3), 1-12.
- Zangaro, G. A. ve Soeken, K. L. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in nursing and health*, 30(4), 445-458. doi.org/10.1002/nur.20202
- Zhang, A., Tao, H., Ellenbecker, C. H. and Liu, X. (2013). Job satisfaction in mainland China: comparing critical care nurses and general ward nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1725-1736.

- Zhang, L., Huang, L., Liu, M., Yan, H. and Li, X. (2016). *Nurse-physician collaboration impacts job satisfaction and turnover among nurses: A hospital-based cross-sectional study in Beijing*. *International Journal of Nursing Practice*, 22(3), 284–290. doi:10.1111/ijn.12424
- Zheng, R. M., Sim, Y. F. and Koh, G. C. H. (2016). Attitudes towards interprofessional collaboration among primary care physicians and nurses in Singapore. *Journal of interprofessional care*, 30(4), 505-511.
- Zwarenstein, M., Goldman, J. and Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). The Cochrane Collaboration. John Wiley and Sons. Available at: <http://www.thecochranelibrary.com> (Erişim: 15 Temmuz 2020)

EKLER

EK-1. Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu araştırma, hekim ve hemşirelerin çalışma ortamında iş birliğini ölçmek amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler başka kişilerle paylaşılmayacak ve kişisel bilgileriniz yer almadan bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yüksek Lisans Öğrencisi:

Hatice Deveci (0539 451 04 66)

Danışman: Prof.Dr.Dilek EKİCİ

1.Yaşınız

2. Cinsiyetiniz

() Kadın () Erkek

3. Eğitim Durumunuz

() SML () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

4. Medeni durumunuz

() Evli () Bekar

5. Çalıştığınız birim

() Cerrahi Servisler () Dahiliye Servisleri () Acil Servis veya Ameliyathane
() Yoğun Bakımlar () Poliklinikler () Diğer.....

6. Çalıştığınız birimde göreviniz

() Servis Sorumlu Hemşiresi () Servis Hemşiresi
() Özel Dal Hemşiresi () Diğer

7. Çalıştığınız birimde çalışma statünüz

() 657 Sayılı Kanun 4/A () 657 Sayılı Kanun 4/B () 657 Sayılı Kanun 4/C

8.Çalışma şekliniz

() Sürekli Gündüz () Vardiyalı

9. Meslekte çalışma süreniz:.....

10. Kurumda çalışma süreniz:.....

11. Haftalık çalışma saatiniz:.....

12.Hekim-Hemşire birlikte vizite katılıyor mu ?

() Evet () Hayır

EK-1. (devam) Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

13.Hasta Bakım Kalitesi

Sizin görüşünüze göre servisin genel hasta bakım kalitesini gösteren sayıyı lütfen daire içine alınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tehlikeli derecede düşük			Güvenli, fakat çok fazla değil				Çok yüksek kalitede			

14.Kapsamlı İş Doyumu

Bu kurumda işinizin her yönünü, kişisel değerlerinizi, ideallerinizi ve amaçlarınızı düşündüğünüzde iş doyumunuz nasıldır? Aşağıdaki skala üzerinde iş doyumunuzu karşılayan numarayı daire içine alınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç memnun değilim!			Memnunum				Çok memnunum			

EK-2. Hekimler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

Bu araştırma, hekim ve hemşirelerin çalışma ortamında iş birliğini ölçmek amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler başka kişilerle paylaşılmayacak ve kişisel bilgileriniz yer almadan bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katkılarınız için teşekkür ederiz

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yüksek Lisans Öğrencisi:

Hatice Deveci (0539 451 04 66)

Danışman: Prof.Dr.Dilek EKİCİ

1.Yaşınız

2. Cinsiyetiniz

K () E ()

3. Medeni durumunuz

() Evli () Bekar

4. Çalıştığınız birimde göreviniz

() Profesör doktor () Doçent doktor () Dr Öğretim Üyesi () Uzman doktor
() Başasistan doktor () Asistan doktor () Diğer.....

5. Meslekte çalışma süreniz:.....

6. Kurumda çalışma süreniz:.....

7.Çalışma şekliniz

() Sürekli Gündüz () gündüz +vardiya şeklinde

8. Haftalık çalışma saatiniz:.....

9. Çalıştığınız birim

() Cerrahi Servisler () Dâhiliye Servisler () Acil Servis veya Ameliyathane

() Yoğun Bakımlar () Poliklinikle

10. Hekim-Hemşire birlikte vizite katılıyor mu ?

() Evet () Hayır

EK-2. (devam) Hekimler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

11.HASTA BAKIM KALİTESİ

Sizin görüşünüze göre servisin genel hasta bakım kalitesini gösteren sayıyı lütfen daire içine alınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tehlikeli derecede düşük				Güvenli, fakat çok fazla değil				Çok yüksek kalitede		

12.KAPSAMLI İŞ DOYUMU

Bu kurumda işinizin her yönünü, kişisel değerlerinizi, ideallerinizi ve amaçlarınızı düşündüğünüzde iş doyumunuz nasıldır? Aşağıdaki skala üzerinde iş doyumunuzu karşılayan numarayı daire içine alınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç memnun değilim!				Memnunum				Çok memnunum		

EK-3. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği

Birlikte çalışılan iş ilişkisi çerçevesinde, yaşadığınız deneyimleri ve çalışmanızı düşünerek sizin için en uygun ifadeleri belirtiniz. İfadeleri 4'lü ölçeğe göre işaretlemeniz ve her ifade için uygun gördüğünüz kutucuğu işaretleyebilirsiniz

	Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1. Çalıştığım birimde, herhangi bir sorunun olası en iyi çözümü için tüm görüşler dikkatlice değerlendirilir.				
2. Çalıştığım birimde tüm hemşireler, mümkün olan en iyi çözüme ulaşmak için çok çaba sarf ederler.				
3. . Çalıştığım birimde, en iyi çözümü üretmek için, tüm hemşireler kendi deneyim ve uzmanlık alanından yararlanır.				
4. Çalıştığım birimde hemşirelerle açıkça konuşmak benim için kolaydır.				
5. Çalıştığım birimde, hemşireler arasındaki iletişim çok açıktır.				
6. Çalıştığım birimdeki hemşirelerle konuşmayı eğlenceli buluyorum.				
7. Çalıştığım birimde, hemşirelerden öneri almak kolaydır.				
8. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında aktarılan bilginin doğruluğu, beklenen seviyenin çok altındadır.				
9. Çalıştığım birimde, beni etkileyen kararları almama izin verilir.				
10. Çalıştığım birimde olup bitenler hakkındaki kararların alınmasına dahil olurum.				
11. Çalıştığım birimde, hasta bakımı ile ilgili neler olup bittiğine dair söyleyecek çok şeyim vardır.				
12. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalarda ağrı yönetimine yönelik hedefler üzerinde görüşbirliği içindedir				
13 Çalıştığım birimde hemşireler, birinin hasta güvenliği hedeflerinde görüşbirliği içindedir.				
14. Çalıştığım birimde hemşireler, hasta kimliğinin doğrulanması ile ilgili hasta güvenliği standartlarını ihlal eden uygulamaları durdurma yetkisine sahiptir				
15 Çalıştığım birimde hemşireler, santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden bir uygulamayı durdurma yetkisine sahiptir.				
16 Çalıştığım birimde hemşireler, hasta bakımına yönelik konularda birbirleriyle doğrudan konuşurlar.				
17. Çalıştığım birimde, tedavi protokolleri yazılı olarak bulunmaktadır				
18. Çalıştığım birimde, günlük hemşire vizitleri vardır				
19. . Çalıştığım birimde, bakımın koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler vardır.				

EK-3. (devam) Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği

20. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında samimi ve saygıya dayalı bir ilişki vardır.				
21. Çalıştığım birimde, hemşireler birbirleri ile işbirliği yapmaya isteklidir.				
22. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara istem edilen ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahiptir.				
23. Çalıştığım birimde hemşireler, hastaların hastalık süreçleri ile ilgili yeterli bilgiye sahiptir.				
24. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara güvenli bakım sunmak için gerekli teknik becerilere sahiptir.				
25. Çalıştığım birimde tecrübeli hemşireler, tecrübesi daha az olan hemşireleri eğiterek ve rehberlik ederek yardımcı olurlar.				
26. Çalıştığım birimde, hemşirelerin liderlik davranışları işbirliğini destekler.				

EK-4. Hemşire-Hemşire İş Birliği Ölçeği'nin Kullanılması İçin Gerekli İzin



HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ ÖLÇEĞİ İÇİN İZİN

2 ileti

Hatice Deveci <haticee.1992@gmail.com>
Alıcı: serpilcelik2010@gmail.com

29 Haz 2019 Cmt, 00:09

Sayın Serpil Hocam;

Ben Hatice Deveci, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nda Prof.Dr.Dilek Ekici'nin tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tez çalışmamda "HEMŞİRE-HEMŞİRE İŞBİRLİĞİ ÖLÇEĞİ'NİN TÜRKÇE'YE UYARLANMASI: BİR UYGULAMA"adlı doktora tezi çalışmanızda uyarlanan Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği'ni izninizle kullanmak istiyorum.

Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği'ni benimle paylaşırsanız size minnettar kalırım.

Saygılarımla

Hatice Deveci

(TEL:0539 451 04 66)

Serpil ÇELİK DURMUŞ <serpilcelik2010@gmail.com>
Alıcı: Hatice Deveci <haticee.1992@gmail.com>

1 Tem 2019 Pzt, 09:53

Sevgili Hatice,
Ölçeği ekte gönderiyorum. Kolaylıklar diliyorum.

Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÇELİK DURMUŞ
Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Serpil ÇELİK DURMUŞ, Asisstant Professor (PhD.)
Kırıkkale University Faculty of Health Sciences
Nursing Management Department
Kırıkkale/TURKEY
05309334650

Hatice Deveci <haticee.1992@gmail.com>, 29 Haz 2019 Cmt, 00:02 tarihinde şunu yazdı:
[Ayrıntıların metin gözetimi]

 **HHİÖ-pdf.pdf**
206 KB

EK-5. Hekim- Hemşire İş birliği Ölçeği

Birlikte çalışılan iş ilişkisi çerçevesinde, yaşadığınız deneyimleri ve çalışmanızı düşünerek sizin için en uygun ifadeleri belirtiniz. İfadeleri 4' lü ölçeğe göre işaretlemeniz ve her ifade için uygun gördüğünüz kutucuğu işaretleyebilirsiniz

	Çoğu doktor için çoğu zaman doğru	Bazı doktorlar için bazen doğru	1 ya da 2 doktor için genellikle doğru	Herhangi bir doktor için doğru değil
1. Ünitemdeki hemşire hekim ilişkisi, hekimlerin hemşirelere öğretmeye ve açıklamaya istekli "öğrenci- öğretmen" ilişkisi gibidir.				
2. Hemşire-hekim ilişkisi karşılıklı etki, güven ve saygıya dayalı gönüllü işbirliğinden oluşur.				
3. Hemşireler ve doktorlar arasındaki ilişki düşmanca, moral bozucu "güç oyunları", zıtlasma ve gücenmeyi içerir.				
4. Hekimler hastalar için istem verirken hemşirelerin görüş ve önerilerini sorarlar.				
5. Bu kurumda hemşire-hekim ilişkisi nazik, resmi ve çoğunlukla doktorların hasta ile ilgili sorularına hemşirelerin cevap vermesi şeklindedir				
6. Bu kurumda hasta bakımında hekim ve hemşirenin görüşü eşit değerdedir. Bu nedenle hasta bakımı için, hemşirelerin gözlem ve değerlendirmeleri ile hekimlerin tıbbi bilgisi ancak birlikte olursa hastaya yardım edilebileceği görüşü vardır.				
7. Bu ünite de multidisipliner hasta bakımını geliştirmek için doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık üyeleri ekip olarak çalışır.				
8. Bu kurumda hemşireler, tıp ve diğer meslek üyeleri birlikte ekip olarak çalışır.				

EK-6. Hekim-Hemşire İş Birliği Ölçeği'nin Kullanılması İçin Gerekli İzin



HEKİM-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ ÖLÇEĞİ İÇİN İZİN

3 ileti

Hatice Deveci <haticee.1992@gmail.com>
Alıcı: profdrdilekekici@gmail.com

30 Eki 2019 Çar, 15:08

Sayın Dilek Hocam ;
Ben Hatice Deveci ,Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı'nın tezli yüksek lisans öğrencisiyim. Yüksek lisans tez çalışmamda 'MAGNETİZMİN TEMELLERİ ÖLÇEĞİ' içerisinde yer alan 7 alt boyuttan biri olan ,geçerlik ve güvenilirlik çalışması tarafınızdan yapılan HEKİM-HEMŞİRE İŞ BİRLİĞİ ÖLÇEĞİ'ni izninizle kullanmak istiyorum.

Hekim-Hemşire İş Birliği Ölçeği'ni benimle paylaşırsanız size minnettar kalırım.

Saygılarımla

Dilek Ekici <profdrdilekekici@gmail.com>
Alıcı: Hatice Deveci <haticee.1992@gmail.com>

30 Eki 2019 Çar, 16:30

Sayın Hatice Deveci,
Ekte verdiğim araştırmamızı kaynak göstererek ölçeğin Türkçe versiyonunu kullanabilirsiniz. Ölçek maddeleri ve değerlendirme yöntemini de web sitemde (<http://www.dilekekici.com/bilgi/magnet-hastane-misiniz/>) bulabilirsiniz.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.
(Aletlanan metin gizlendi)

Prof. Dr. Dilek EKİCİ, RN, MSc, PhD
Gazi University, Health Science Faculty
Nursing Management Department,
Beşevler/ Ankara/ Türkiye

Prof. Dr. Dilek EKİCİ
Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü,
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı
Beşevler/ Ankara
06500
www.dilekekici.com
+90 312 2162623
Facebook: Dilek Ekici

maGNET.pdf
264 KB

Dilek Ekici <profdrdilekekici@gmail.com>
Alıcı: Hatice Deveci <haticee.1992@gmail.com>

30 Eki 2019 Çar, 16:31

(Aletlanan metin gizlendi)

Magnet makale.pdf
151 KB

EK-7. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 31.10.2019-E.136041



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Ölçme Değerlendirme Etik Alt Çalışma Grubu



Sayı : 91610558-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 31.07.2019 tarih ve E.94814 sayılı yazı

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Hatice DEVECİ'nin, Prof.Dr.Dilek EKİCİ'nin danışmanlığında yürüttüğü *"Hemşire-Hemşire ve Hekim-Hemşire İş Birliğinin İş Doyumu ve Hasta Bakım Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi"* adlı tez çalışması ile ilgili konu Kurulumuzun 16.10.2019 tarih ve 10 sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oybirliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN
Kurul Başkanı

Araştırma Kod No: 2019-333

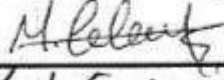
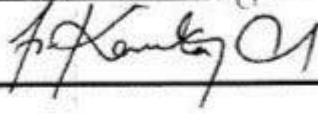
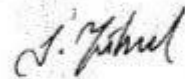
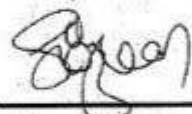
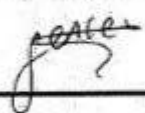
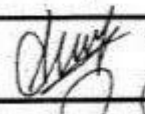
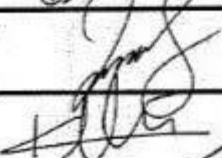
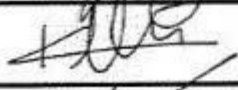
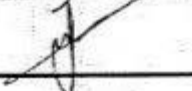
Ek: 1 Liste



Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 6 (312) 2... Faks:0 (312) 202 28 76
İnternet Adresi :<http://etikkomisyonu.gazi.edu.tr/>

Bilgi için :Berk Çınak
Birim :Evrak Sorumlusu
Telefon No:0312 229 78 00

EK-7. (devam) Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Kararı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ÖLÇME DEĞERLENDİRME ETİK ALT ÇALIŞMA GRUBU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 16/10/2019	TOPLANTI SAYISI : 10
ADI-SOYADI	İMZA
Prof. Dr. Mehtap ÇAKAN Başkan	
Doç.Dr.İsmail KARAKAYA Başkan Yrd.	
Prof.Dr.Galip YÜKSEL	KATILAMADI
Prof.Dr.İsmet YÜKSEL	
Prof.Dr.Seçil ÖZKAN	
Prof.Dr.Cevriye TEMEL GENCER	
Prof.Dr. C. Haluk BODUR	KATILAMADI
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Doç.Dr.Zehra GÖÇMEN BAYKARA	
Doç.Dr.Nihan KAFA	
Doç.Dr.İlyas OKUR	
Doç.Dr.Necdet KARASU	KATILAMADI

EK-8. Ankara Şehir Hastanesi'nden Kurum İzni



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA ŞEHİR HASTANESİ
24.12.2019 16.42 - 72300690 - 799 - E.13397



Sayı : 72300690-799
Konu : Hatice DEVECİ (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 06/12/2019 tarihli ve 90739940-799-E.102 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Hatice DEVECİ'nin "Hemşire- Hemşire ve Hekim- Hemşire İş Birliğinin İş Doyumu ve Hasta Bakım Kalitesine Etkisinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını Hastanemizde yapma talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulumuzun 23/12/2019 tarih ve 13 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, uygunluğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır.

Op. Dr. Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

EK-9. Katılımcılar İçin Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KOMİSYONU

KATILIMCILAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sizi, Gazi Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 16.10.2019 tarih / '13' karar sayı ile izin alınan* ve Hatice DEVECİ tarafından yürütülen "Hemşire- hemşire ve hekim- hemşire iş birliğinin iş doyumu ve hasta bakım kalitesine etkisinin belirlenmesi" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

*Gazi Üniversitesi Etik Komisyon izni alındıktan sonra doldurularak kullanılacaktır.

Araştırmanın Amacı	Hemşire- hemşire ve hekim- hemşire iş birliğinin iş doyumu ve hasta bakım kalitesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.
Araştırmanın Yöntemi	Bu araştırma Ankara İli sınırları içinde yer alan 2100 hemşire ve 1780 hekime sahip Ankara Şehir Hastanesi'nde çalışan hemşireler ve hekimlerden araştırmaya onay veren tüm hemşire ve hekimler üzerinde yapılacaktır. Veriler "Hemşireler İçin Tanıtıcı Bilgiler Formu", "Hekimler İçin Tanıtıcı Bilgiler Formu", "Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği" ve "Hekim-Hemşire İşbirliği Ölçeği" kullanılarak toplanılacak olup hemşire- hemşire ve hekim- hemşire iş birliğinin iş doyumu ve hasta bakım kalitesine etkisini değerlendirmek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılması planlanmaktadır.
Araştırmanın Öngörülen Süresi (Başlama ve Bitiş Tarihi)	10/01/2020-10/03/2020
Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı	400
Araştırmanın Yapılacağı Yerler	T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi
Görüntü ve/veya ses kaydı alınacak mı?	Evet ☐ Hayır ☒

Tablo katılımcıların anlayabileceği biçimde, akademik dil kullanılmadan yazılacaktır.

KATILIMCI BEYANI

Yukarıda amacı ve içeriği belirtilen bu araştırma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Bu çalışmaya katılmayı kabul ettiğim takdirde gerek araştırma yürütülürken gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağı konusunda güvence aldım. Bana ait verilerin kullanımına izin veriyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin dikkatle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden çekilebilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana herhangi bir ödeme yapılamayacaktır. Araştırma ile ilgili bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu çalışmaya hiçbir baskı altında kalmadan kendi bireysel onayım ile katılıyorum. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU FORM-2

Rev-3
19.12.2017

Araştırma yürütücüsü(Tez çalışmalarında Danışman tarafından imzalanacaktır.)

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Katılımcı

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

Velayet veya Vesayet Altındaki Katılımcılar için Veli/Vasi

Adı ve Soyadı		Tarih ve İmza
Adres ve telefonu		

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı : DEVECİ, Hatice
 Uyuğu : T.C.
 Doğum tarihi ve yeri : 10.11.1992 Mamak
 Medeni hali : Bekar
 Telefon : 0 539 451 04 66
 e-mail : haticee.1992@gmail.com



Eğitim

Derece	Eğitim Birimi	Mezuniyet tarihi
Yüksek Lisans	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı	Devam Ediyor
Lisans	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2015
Lise	Yavuz Sultan Selim Anadolu Lisesi	2006

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2018-2020-Devam ediyor	Ankara Şehir Hastanesi	Hemşire Hemşiresi-Hemşire
2015-2018	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Hemşire

Yabancı Dil

İngilizce



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

