

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HEKİM VE HEMŞİRELERİN İŞBİRLİĞİ: EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ**

Pınar ERASLAN

152009004

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Yıldırım Beyazıt GÜLHAN

İSTANBUL, 2018

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Pınar Eraslan

Öğrenci No : 152009004

Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı



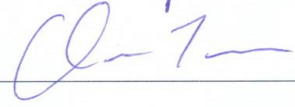
Tez Savunma Tarihi : 14.08.2018

Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Yıldırım B. Gülhan

Tez Savunma Saati : 10:00

Tez Konusu : "Hekim ve Hemşirelerin İşbirliği: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Yıldırım B. Gülhan (Danışman)	Kabul	
Prof. Dr. Haydar Sur (Üsküdar Üniv.)	Kabul	
Dr. Öğr. Üyesi Onur Yarar	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Mithat Kıyak		
Doç. Dr. Birkan Tapan (İstanbul Bilim Üniv.)		

ÖZET

Sağlık hizmeti sunumunda sağlık ekibinin üyesi olan hekimler ve hemşireler arasındaki işbirlikçi tutum, olumlu hasta sonuçlarının temel belirleyicisidir. Her bir takım üyesi, işbirlikçi bilgi alışverişi gerçekleştirdiğinde hasta bakımı ve tedavi planı uygulaması en uygun şekilde yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, hekimlerin ve hemşirelerin işbirliğine ilişkin tutumlarını ölçmektir.

Çalışma Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan hekimler ve hemşireler arasında yapılmıştır. Toplam hekim (hekim n:649) ve hemşire sayısı (n:643) 1292 olup, örnekleme alınan hekim sayısı 149, hemşire sayısı ise 148'dir. Çalışmanın verilerini toplamak için Jefferson Hekim Hekimliği İşbirliği anketine yönelik tutum ölçeği kullanılmıştır. Jefferson Hekim ve Hemşire İşbirliği Tutum Ölçeği (JHHIS) dört alt ölçeğe sahiptir: (a) ortak eğitim ve takım çalışması (7'den 4'e, 7'den 28'e kadar olan bir alt ölçeğe kadar 7 madde); (b) hemşirenin tedavi ve bakımdaki rolü (3 puan 3-12 alt ölçek puanları ile); (c) hemşirenin özerkliği (3-12 alt ölçeği olan 3 madde) ve doktor hakimiyeti (2 madde, alt ölçek puan aralığı 2 ile 8 arasında). Verilerin istatistiksel analizi için ortalama, standart sapma, yüzde, Oneway Anova testi, post hoc scheffe testi ve Student t testi kullanıldı.

HHİ puanları hemşirelerde 52.135 ± 4.717 , uzman hekimler $48,217 \pm 5,012$ ve asistan hekimlerde $46,803 \pm 5,424$ bulunmuştur. Hemşirelerin her bir alt boyutta hekimlere göre daha olumlu bir tutum sergiledikleri ve işbirliğine daha yatkın oldukları görülmüştür. Cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi ve hemşirelik çalışma alanı değişkenleri gibi demografik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Hekim çalışma alanı, tecrübe, ziyaret durumu gibi demografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$). İşbirliği tutumunu geliştirecek güçlendirecek ortak mesleki eğitim programlarının uygulanması ve mesleki saygı ortamının oluşturulması ile sağlık hizmet sunumunda olumlu sonuçların elde edileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: İşbirliği, Tutum, Takım çalışması, Hekimler, Hemşireler

ABSTRACT

COLLABORATION OF PHYSICIANS AND NURSES: THE EXAMPLE OF EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

Collaborative attitudes between physicians and nurses, who are members of the healthcare team in the provision of health services, are the main determinant of positive patient outcomes. Each team member makes the most appropriate patient care and treatment plan application when collaborative information exchange is carried out. The aim of this study is to measure attitudes of physicians and nurses to collaboration.

The study was conducted among physicians and nurses working at Okmeydanı Education and Research Hospital. The total number of doctors (physician n: 649) and the number of nurses (n: 643) is 1292 and the number of physicians sampled is 149 and the number of nurses is 148. The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration questionnaire was used to collect data in the study. The Jefferson Physician and Nurse Collaboration Attitude Scale (JHHIS) had four subscales: (a) shared education and teamwork (7 items ranging from 1-4 to a subscale score of 7 to 28); (b) the role of the nurse in treatment and care (3 items 3-12 with subscale scores); (c) autonomy of the nurse (3 items with a subscale score range of 3-12) and physician dominance (2 items, subscale score range between 2 and 8). Mean, standard deviation, percent, Oneway Anova test, Post hoc Scheffe test and Student t test were used for statistical analysis of the data.

HHI scores were found to be 52.135 ± 4.717 for nurses, $48,217 \pm 5,012$ for consultants physicians and $46,803 \pm 5,424$ for assistant physicians. It was observed that nurses had a more positive attitude and more tendency to collaboration in each sub-dimension physicians. There was a statistically significant relationship between demographic characteristics such as gender, age, educational level and nursing study field variables ($p < 0.05$). There was no statistically significant relationship between demographic characteristics such as physician work area, experience, and studying together status ($p > 0,05$). The implementation of joint vocational training programs that will strengthen the the collaboration stance and the establishment of an environment of professional respect have resulted in positive results in health service delivery.

Keywords: Collaboration, Attitude, Team work, Physicians, Nurses

ÖNSÖZ

Tez çalışmam boyunca geniş bilgi ve deneyimlerini paylaşan, bakış açısıyla akademik hayatıma yol gösteren, çalışmam süresince emeğini ve yardımını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Yıldırım Beyazıt GÜLHAN' a,

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan anket sorularını yanıtlayarak araştırmama yardımcı olan tüm gönüllü katılımcılara, veri toplama sürecinde katılımcılara ulaşmamda büyük katkı sağlayan ve benim için çok değerli olan Sayın Doç. Dr. Funda ŞİMŞEK' e,

Tez çalışmam esnasında akademik anlamda her koşulda desteğini esirgemeyen, geniş bilgi ve deneyimlerini paylaşan, farklı bakış açısıyla akademik hayatıma ışık tutan değerli dostum Dr. Öğr. Üye. Fzt. Serpil ÇOLAK' a

Çalıştığım kurumda dünya görüşüyle ve yol göstericiliğiyle eğitim hayatıma çok şey katan, tanımaktan ve birlikte çalışmaktan çok mutlu olduğum Sayın Uzm. Dr. Nurcan ÇETİN ve her koşulda destekleyen değerli yöneticim Sayın Uzm. Dr. Altan YALÇINER' e, yıllar süresince birlikte çalıştığım, destek olan tüm çalışma arkadaşlarıma,

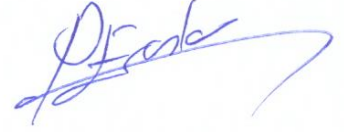
Fiilen yanımda olamasalar da varlıklarını hep hissettiğim, beni bu günlere ulaştıran rahmetli babam Zekeriya Eraslan ve rahmetli annem Fatma Eraslan'a

Sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasında yazılımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, elde edilen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim. .

Pınar ERASLAN



İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
TEZ ONAYI	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	v
BEYAN	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Kurumlarında Hekim ve Hemşire İşbirliği.....	4
2.1.1. İşbirliğinin Tanımı.....	4
2.1.2. Sağlık Kurumlarında Hekim ve Hemşire İşbirliği	4
2.1.3. Sağlık Kurumlarında Hekim ve Hemşire İşbirliğine Etki Eden Faktörler.....	6
2.1.3.1. Bireysel Faktörler.....	7
2.1.3.1.1. Yaş ve Cinsiyet Etkisi.....	7
2.1.3.1.2. Eğitim Düzeylerinin Farklılığının Etkisi.....	8
2.1.3.1.3. İletişim Yeteneğinin Etkisi	9
2.1.3.1.4. Mesleki Yeterlilik ve Yetkinlik Etkisi.....	10
2.1.3.2. Kurumsal- Çevresel Faktörler.....	11
2.1.3.2.1. Ekip Çalışmasının Etkisi	11
2.1.3.2.2. Hemşire Sayısının Etkisi	13
2.1.3.2.3. Sorumluluk ve Yetkilerin Bilinmemesi, Rol Belirsizliğinin Etkisi.....	14
2.1.3.2.4. Çalışma Ortamının Etkisi	15
2.1.3.3. Sosyo- Kültürel Faktörler	16
2.2. Sağlık Kurumlarında HHI' nin Hizmet Kalitesi ve Sunumuna Etkisi.....	16
2.3. Sağlık Kurumlarında Hekim ve Hemşire İşbirliğinin Gelişimini Engelleyen Faktörler.....	17

2.3.1. Eğitim Kalitesinin ve Mesleklerarası Eğitimin Yetersizliği	17
2.3.2. İletişim Engelleri	20
2.3.3. Mesleki İşbirliğinin Yetersizliği	22
2.3.4. Liderlik ve Yöneticilik Yaklaşımındaki Aksaklıklar	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	24
3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	24
3.2. Evren ve Örneklemi	24
3.3. Verilerin İstatiksel Analizi.....	26
3.4. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi.....	26
3.5. Araştırmanın Hipotezleri ve Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri	32
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA.....	58
6. SONUÇ.....	68
KAYNAKÇA.....	71
EKLER:	83
EK-1: Gönüllü Onam Formu	83
EK-2: Demografik Veri Formu.....	84
EK-3: Anket Formu	85
EK-4: Etik Kurul Onayı	86
Özgeçmiş.....	87

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1: Türkiye’de hemşirelik eğitimi programları teorik derslerin yürütülmesindeki sorunlar ve okul sayısı.....	18
Tablo 2: Kaliteli iletişimi engelleyen faktörler	21
Tablo 3: Örneklem büyüklüğünün belirlenmesine yönelik formül.....	25
Tablo 4: JHHİS Alt boyutları, soru önerisi içeriği ve ölçek ranjı	28
Tablo 5: İşbirliğine yönelik tutum puanlarının değerlendirilmesi	29
Tablo 6: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı-1	35
Tablo 7: Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımı-2	36
Tablo 8: HHİ puan ortalamaları	38
Tablo 9: HHİ mesleğe göre ortalamaları	39
Tablo 10: HHİ cinsiyete göre ortalamaları	42
Tablo 11: HHİ yaşa göre ortalamaları.....	44
Tablo 12: HHİ eğitim durumuna göre ortalamaları.....	46
Tablo 13: HHİ hemşire çalışma alanına göre ortalamaları.....	51
Tablo 14. HHİ hekim çalışma alanına göre ortalamaları-1	53
Tablo 15. HHİ hekim çalışma alanına göre ortalamaları-2	54
Tablo 16. HHİ meslek tecrübesine göre ortalamaları	55
Tablo 17. HHİ birlikte vizite yapma durumuna göre ortalamaları.....	56

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Yıllara göre üniversite hastanesine müracaat sayısı.....	14
Şekil 2. Türkiye’de eğitim ve öğretim alanları sınıflamasına göre lisans düzeyindeki tıp- hemşirelik- öğrenci ve eğitim elemanı sayıları 2016-2017.....	19



KISALTMALAR LİSTESİ

DGS	: Dikey Geçiş Snavı
HHİ	: Hekim ve Hemşire İşbirliği
HHİS	: Hekim ve Hemşire İşbirliği Skalası
IECEP	: Mesleklerarası Eğitim İşbirliği Uzmanı Paneli
JCAHO	: Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu
JCI	: Joint Commission International
JHHİS	: Jefferson Hekim ve Hemşire İşbirliği Skalası
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBF	: Hemşirelik Fakülteleri, Sağlık Bilimleri Fakülteleri
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SYO	: Sağlık Yüksekokulları
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlık kurumlarında hizmet sunumu, multidisipliner ve çok boyutlu bir ortamda farklı sağlık profesyonelleri öncülüğünde işbirliği ile gerçekleşmektedir. Özellikle sosyal alandaki gelişmeler doğrultusunda toplum beklentileri oldukça değişmiş, bireylerin gözünde daha kaliteli bir hizmet beklentisi oluşmuştur. Sağlık hizmeti alan bireyler kaliteli, güvenilir ve sıfır hatayla hizmet alma beklentisi içinde olduklarından, sağlık kurumlarında personel yönetiminde ve örgütlenmede insan faktörü fazlasıyla önemlidir.

Sürekli değişim içinde olan ve zamanla daha da karmaşık hale gelen sağlık sisteminde bir sağlık kurumunun sürdürülebilirliğinin sağlanması, ancak modern bir yönetim ve organizasyon yapısının oluşturulmasıyla mümkün olabilmektedir. Kurumun tercih edilebilir bir merkez haline gelebilmesi için hasta merkezli bir yaklaşım sergilemesi, verimli, etkili, güvenli, zamanında ve kolayca erişilebilir hizmet sunması, prensip olarak işbirliğine dayalı bir yönetim anlayışını benimsemesi ve takım ruhunu taşıyan bir örgüt yapısını oluşturması gerekmektedir.

Sağlık ekibi sağlık kurumlarında bireye en kapsamlı ve en kaliteli sağlık hizmetinin verilmesini hedefleyen, farklı sağlık profesyonellerinin bir araya geldiği, her birinin kendi görevini yerine getirdiği, bilgi ve deneyimlerin sürekli paylaşıldığı, kararların ortak alınıp uygulandığı bir grup olarak tanımlanmaktadır. Ekip çalışmasıyla üyeler birbirlerinin rol ve pozisyonlarını daha iyi anlamaktadır. Ekip ruhunu oluşturarak, çalışma ortamında gelişebilecek herhangi bir olay karşısında, uyumlu hareket ederek problemlerin çözümünü sağlayabilmektedir. Sorunları daha iyi çözdükleri için ekip içindeki sinerjinin hasta çıktılarına, çalışanların iş doyumunu ve performansına olumlu yansıdığı bilinmektedir. Ekip ruhundan uzaklaşılmasıyla ast-üst ilişkisi daha fazla hissedilebilmekte ve kişiler arasında hiyerarşik bir düşünce tarzı gelişebilmektedir. Bu sebeple sağlık profesyonelleri arasında gerginlik oluşabilmekte ve bu durum ortamda stresin artışına neden olmaktadır. Artan stres, rahatsız edici bir hal aldığı anda çalışan memnuniyetini ve kuruma bağlılığı negatif yönde etkilemektedir. Bu tür olayların gelişmesi sonucunda hasta bakımı konusunda önemli sorunlar ortaya çıkabilmekte, teşhis ve tedavide gecikmelere neden olmaktadır. Hastaya verilen bakımın kalitesinin düşüşüyle sağlık hizmeti sunumunda pek çok problem art arda gelişebilmektedir.

Sağlık profesyonellerinin, bir vizyon ile problemlerin çözümü için birlikte çalışarak düşünceleri ortaya koyma ve aktif bir şekilde iletişime geçme süreci işbirliği şeklinde ifade edilmektedir. Hemşireler ve hekimler aynı ortamda çalışan sağlık hizmeti sunucularının en büyük bölümünü oluşturmaktadır. Bu nedenle, herhangi bir hasta bakım ortamında işbirliğini tartışırken onlar odak grubu oluşturmaktadır. Hekim ve hemşire işbirliği (HHİ) içinde çalışmaları, oluşabilecek çatışmaların çözümlenmesi, hasta bakımının ve hasta memnuniyetinin oluşmasını mümkün kılmaktadır.

İşbirliğinin temelini iletişim oluşturduğu için sağlık kurumlarında birbirlerini iyi anlayabilen hekim ve hemşirenin varlığı oldukça önemlidir. Komünikasyon, sağlık kurumlarında hasta-hekim-hemşire arasında bir köprüdür ve oldukça önem arz etmektedir. Bireylerin sağlık kurumlarından talep ettiği özelliklerin başında, sağlık ekip üyelerinin tutum ve davranışlarının olumlu olması gelmektedir. Ekibin olumsuz tutum ve davranışı karşısında hastalarda kuruma karşı negatif bir düşünce oluşmaktadır.

Üniversite hastaneleri multidisipliner yapılarından dolayı çok çeşitli faaliyetleri hem bir arada hem de birbirine bağımlı olarak yürüten organizasyonlardır. Hizmet sunumu dışında eğitim ve araştırma gibi çok önemli misyonları da yerine getirmekle yükümlüdürler. Bunun sonucu olarak klinik ve akademik faaliyetleri bir arada yürüten, karmaşık bir yapıya sahip olan organizasyonlara dönüşmektedirler.

Birçok ulusal organizasyon ve komisyon, disiplinler arası işbirliğini resmi olarak zorunlu kılmıştır. Literatürde yer alan işbirliği ile ilgili araştırmalar incelendiğinde, HHİ'ni yaş, cinsiyet kişinin yeterlilik ve yetkinlik seviyesi gibi bireysel, görev-yetki ve sorumlulukları veya rol belirsizliği gibi kurumsal-çevresel faktörler ve bunların yanında sosyo-kültürel etmenlerin etkili olduğu ifade edilmektedir.

Sağlık liderleri ve yöneticilerine, kurumlarında çalışan personeller arasında işbirliğinin geliştirilmesi ile ilgili oldukça önemli iş düşmektedir. Öncelikli olarak HHİ'ni engelleyen faktörleri inceleyerek sebepleri en aza indirmek, işbirliği ve iletişimin önemini pekiştirmek için eğitimler planlamak, uygulamada gereken yapıları ve süreçleri oluşturmak zorundadırlar.

Günümüzde, tüm dünyada, özellikle sağlık ekibinin önemli bir kısmını oluşturan hekim ve hemşireler arasında bir arada çalıştıkları ortamlarda işbirliği tutumlarının oldukça zayıf düzeyde olduğu bilinmektedir. Bu sebeple bu tezde kamuya bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin

HHİ' ne yönelik tutumların karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca, HHİ' ne yönelik tutumları arasında çıkabilecek farklılığın, demografik özelliklerle ilişkisi olup olmadığı araştırılacaktır. Araştırma sonunda çıkacak verilerin, çalışma ortamında işbirliğini iyileştirmek ve güçlendirmek için hastane yöneticilerine, sağlık hizmeti veya eğitimi veren kurumlara, hekimlik ve hemşireliği düzenleyen benzer paydaşlara yeni stratejiler başlatmak adına veri tabanı oluşturması beklenmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Kurumlarında Hekim ve Hemşire İşbirliği

2.1.1. İşbirliğinin Tanımı

İşbirliği, "güven ve uyum ruhu içinde ortak hedefe yönelik kolektif eylem" olarak ifade edilmektedir (1). Birlikte çalışmanın ötesinde, karşılıklı saygı, kabul ve paylaşımın bireylerin özerklik ve gücünün ötesinde olduğu bir kavramdır (2). Farklı bakış açılarına sahip farklı bireylerin, birlikte çalışabilmeleri için gerekli görülen çözüm yoludur. Yüz yüze veya elektronik ortamda gerçekleşebilmektedir. İşbirliği, kararların müşterek mülkiyetini ve sonuçların ortak sorumluluğunu içeren bağımsız gruplar arasında ortak karar alma süreci olarak da tanımlanmaktadır (3). Gerçek bir işbirliğinin oluşabilmesi için, üyelerin uygulama sırasında alacakları kararları kendi uzmanlık alanları içerisinde yetkilerini kullanarak almaları, mesleki işbirliğin hem ön koşulu hem de özerkliği için önerilmektedir (4). Bireyler, hedefe odaklanıp kendilerini ekibin bir parçası olarak görerek güç birliği yaptıklarında, hiyerarşiden uzak bir düzen oluşturabilmektedir (5). Hiyerarşiden uzak profesyonel görüş açısıyla oluşturulan güç birliği başarıyı beraberinde getirmektedir.

2.1.2. Sağlık Kurumlarında Hekim ve Hemşire İşbirliği

Sağlık kurumlarında işbirliği, farklı eğitim ve deneyime sahip olan sağlık profesyonellerinin, belirli bir vizyonla, sorunların çözümü için iletişime geçme ve farklılıkları ortaya koyma süreci olarak tanımlanmaktadır (6, 7). Hekim ve Hemşire hemşireler aralarındaki işbirliği ile birbirlerinin rol ve pozisyonlarını daha iyi anlayıp, sorunları pratik bir şekilde çözmektedirler (8).

HHİ konusunda farklı algılamalar oluşabilmektedir (9). Hekimler, görevini iyi yapan hemşire tanımlamasını hastasını seven, her zaman yardımcı olan ve oluşabilecek komplikasyonları öngörebilen kişiler olarak tanımlamaktadırlar. Ayrıca bilgi sahibi, hekimini çok iyi tanıyan, sorunları zamanında aktaran, hastaya etkin bir şekilde müdahale edebilen, bencil olmayan, herhangi bir çıkar beklemeden hasta sonuçlarının iyi olması için özenle hareket eden kişi şeklinde belirtmektedirler. Hemşireler ise iyi bir hekimi, uygulamada aceleci olmayan, çalışma ortamında kızmayan, bağırmayan, profesyonel olarak hastalara kibar ve sabırlı davranan kişi olarak tanımlamaktadırlar.

Ayrıca hemşirenin yaptıklarına saygı duyan, gerektiğinde hasta hakkında fikir alan, çalışma arkadaşı olarak hemşirelerin deneyimlerine ve düşüncelerine güvenen, konusunda bilgili ve mesleki olarak son gelişmeleri aktif takip eden gerektiğinde yardımcı olan, yeni işe başlayan hemşirelere karşı saygılı bir tutum göstermesi beklenen kişi olarak tanımlamaktadırlar (10).

Nitelikli sağlık hizmeti sunabilmenin primer koşulları arasında uzmanlaşmış bir kadronun varlığı, kadronun işbirliği ve iletişim içinde çalışması yer almaktadır (8). Uzmanlardan oluşan kadro grup başarısını hedeflediğinde profesyonel anlamda güçlenmektedir (3, 11). Böylece hasta kliniğinde gelişen bir sorunun çözümündeki görev dağılımı mükemmel bir şekilde yapılabilir (12). Özellikle çoğu faaliyetin ekip tarafından gerçekleştirildiği sağlık kurumlarında klinik sonuçların yüksek kalitede olması için bu son derece önemlidir (13).

Çalışma ortamında rekabetin var olmaması için, sağlık profesyonelleri arasında güven ve saygının geliştirilmesi, ön yargılardan uzak bir ortam oluşturulması gerekmektedir. Mesleki olarak paylaşılan ortak değerler çerçevesinde eğitimler birlikte gerçekleştirilmeli, uygulamalar esnasında bilgi ve beceriler paylaşılarak birbirlerini iyi anlamaları sağlanmalıdır. Ülkemizde maalesef meslekler arası eğitim uygulanmamakta, uluslararası çalışmalarda bu konunun önemli olduğu ifade edilmektedir (14).

Etkili işbirliği, sağlık çalışanlarının birbirlerinin bakış açılarına saygı duyan, değer veren bir ilişki ile gelişebilmektedir. Bunun sonucunda iş doyumuna sağlanabilmektedir (15, 16). Ayrıca HHİ ile çalışma ortamı daha olumlu hale getirilmekte buna bağlı personel devir oranının düşüşünün sağlanabileceği, ekonomik anlamda hastane maliyetlerinin azaltılmasına katkı sağlayabildiği belirtilmektedir. Etkili işbirliğinin olduğu, saygın hekim ve iyi hemşirelerle birlikte çalışıldığı bir kurumun imajı da olumlu olarak etkilenmektedir (10). Sonuç olarak hemşire hekim işbirliği, sağlık hizmeti sunumunun kalitesini ve buna bağlı hasta sonuçlarını, çalışanların iş doyumuna bağlı olarak personel devir oranını, hasta bakım maliyetine bağlı olarak örgütsel maliyeti etkilemektedir (17-25).

Hekim ve hemşirenin hasta ile ilgili aldıkları kararlar doğrultusunda yaptıkları her müdahale ile hastanın bütün yaşamını, iyileşme sürecini, psikolojisini ve ailesini etkilediğini ifade edilmektedir (26). İşbirliği ile oluşan sinerji hasta çıktıklarına, iş

doyumuna ve performansına pozitif yönde yansırken, aksi durumda hasta bakımına olumsuz yansiyarak sağlık hizmetini aksatabilmektedir (27-31).

Hasta bakımı esnasında özellikle hiyerarşiye odaklanan bir ilişkinin oluşması, işbirliğinin oluşmasına karşı çok ciddi engel oluşturmaktadır. HHİ' nin etkili bir işbirliği olmaması durumunda, oldukça ciddi ilaç uygulama hataları gelişebilmektedir. Hasta bakımında zayıf koordinasyon oluşabilmekte, sonuç olarak hasta memnuniyetinin azalmasına neden olabilmekte, hatta hastanın mortalite riskinin artması gibi olumsuz olaylar ortaya çıkabilmektedir (32).

Tüm dünyada ve ülkemizde yapılan birçok çalışmada, özellikle hekimlerle hemşireler arasında, çalışma ortamında işbirliği oldukça zayıf olduğu rapor edilmektedir. Bu araştırmalarda ayrıca hemşirelerin hekimlere göre daha olumlu işbirliği tutumuna sahip olduğu ifade edilmektedir (33-40). Bu sebeple sayısız ulusal organizasyon ve komisyon, sağlık hizmeti stratejisi olarak disiplinler arası işbirliğini resmi olarak zorunlu kılmaktadır (41). World Health Organization (WHO) ve Joint Commission International (JCI) gibi kurumlar da HHİ'nin, iletişiminin ve gelişiminin önemsemektedir (42-48).

2.1.3. Sağlık Kurumlarında Hekim ve Hemşire İşbirliğine Etki Eden Faktörler

Hekim- hemşire ilişkisini etkileyen faktörler arasında edinilmiş deneyim, bilgi, kişisel güçler, bireysel ve mesleki değerler, sosyal destek, yasal yaptırımlar, beklentiler ve çevresel faktörler bulunmaktadır (49). Hekimler ve hemşireler arasındaki uyumsuzluk birçok sebepten ortaya çıkabilmektedir. Bunlar, pratik işlevlerdeki farklılıklar, kültür, cinsiyet ve güç tabanındaki algılanan farklılıkları içermekte ancak bunlarla sınırlı kalmamaktadır (50). Konuyla ilgili yapılan birçok araştırmada bireysel, kurumsal, çevresel ve sosyo-kültürel etmenlerin HHİ etkilediği ifade edilmektedir (26). Ayrıca tarih, eğitim, etik, kültür, toplumsal cinsiyet, psikoloji, teknoloji vb. gibi faktörlerin HHİ' nin gelişimini etkilediği düşünülmektedir (7).

İşbirliğine etki eden olumsuz faktörler arasında kurumsal boşluklar, davranış ve çevre ile ilgili zorlukların varlığı, iletişimin yetersizliği, hasta bilgilerinin yanlış iletilmesi ya da gözden kaçırılması, birden fazla bakıcı ile etkileşime giren hastaların yarattığı sorunlar, iletişim uygulamalarında standardizasyon eksikliği yer almaktadır

(41). Kişiler arasında gelişen negatif etkileşimler arasında saygısızlık, küfürlü konuşma ve bağırarak sesin yükseltilmesi ile aşağılama benzeri tavırlar yıkıcı davranışlar olarak yer almaktadır (51).

Mesleklerarası Eğitim İşbirliği Uzmanı Paneli (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel,2011) tarafından dört yetkinlik alanı belirlenmiştir:

- (a) *meslekler arası uygulama için değerler ve etik*; hastanın onuruna ve mahremiyetine ve takım bazlı bakımın sağlanmasında gizliliğe saygı duyulması,
- (b) *işbirlikçi uygulama için roller ve sorumluluklar*, rollerin ve sorumlulukların alanlarının bilinmesi, ekibin en iyi bakımı sağlamak için etkili bir şekilde çalışması,
- (c) *profesyoneller arası iletişim pratiği*; mesleklerarası iletişim alanında ekip çalışmasını geliştiren tartışmaları ve etkileşimleri uygulamayı, etkili iletişim araçları ve tekniklerin seçilmesi,
- (d) *meslekler arası takım çalışması ve takım tabanlı uygulama*; meslekler arası takım çalışmasının ve takım tabanlı uygulamanın alanı, mesleki otorite, özerklik, işbirlikçi uygulama ve takım etkinliği için iyileştirme stratejilerini dikkate alan liderlik uygulamalarını içermektedir (52, 53).

Bireysel faktörler olan yaş, cinsiyet, meslek, kurumsal-çevresel faktörler olan rol belirsizliği ile birlikte görev, yetki ve sorumluluk bilinmemesinin işbirliği üzerinde etkisi olduğu ifade edilmektedir. Sosyo-kültürel faktörlerin HHİ üzerinde oldukça etkili olduğu, bir arada yakın çalışan HHİ eksikliği olduğu belirtilmektedir (54-56).

2.1.3.1. Bireysel Faktörler

2.1.3.1.1. Yaş ve Cinsiyet Etkisi

Hizmetin sunumu ve kullanımı ile ilgili işbirliğini etkileyen faktörler arasında yaş ve cinsiyet de yer almaktadır. Sağlık kurumlarında uzun süre bir arada çalışan hekim ve hemşirelerin meslekte paylaştıkları mesai arttıkça birbirleriyle olan iletişimi ve işbirliği düzeylerinin de arttığı gözlemlenmekte, paylaşım süreci arttıkça bireylerin yaşları da artmaktadır.

Literatürde yer alan bazı çalışmalar HHİ davranışlarında özellikle hekimler için cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık oluşturabilmektedir. Hemşirenin erkek egemen bir toplumda sosyal rol ve oyun teorisine uygun olarak hareket edeceği, erkek hekime karşı daha ılımlı bir tavır takınacağı, kadın hekime karşı ise istenilen düzeyde bir işbirliği tutumu sergileyemeyeceği ifade edilmektedir (39, 40, 57).

Erkeklerin kadınlara karşı güç oluşturması ve bu gücü devam ettirebilmeleri üzerine sürdürülen tartışmaların odaklandığı iki kavram vardır. İlki “ataerkil”, ikincisi ise “toplumsal cinsiyet” tanımlarıdır. “Ataerkil” in anlamı; ailede babanın kurallarının geçerli olması, evin reisi ve mülkün sahibi olması, sözünün geçmesi hatta dinde, eğitimde ve diğer sosyal alanlarla birlikte ekonomik düzende bile erkek egemenliğinin hüküm sürmesidir. Bu düşünceyi benimseyen toplumları baskı altına alarak, antropolojik ve sosyolojik anlamda etkileyerek yönetme şekli olarak ifade edilmektedir. Bahsi geçen kavramların etkisinde olan toplumda yaşayan bir kadın cinsiyeti ikincil plana atıldığı düşünülmekte, ataerkil kavramıyla erkekler arasında oluşan dayanışma ağın kurulması ve hiyerarşik ilişkiler oluşturulmasına ortam yaratmaktadır. Buna bağlı olarak maddi temelli erkek egemenliği oluşmakta, emek gücü olarak kadınların erkekler tarafından denetlemeleriyle sonuçlanmaktadır (58). Bu nedendir ki sağlık ekibini oluşturan üyelerin kişisel özellikleri kişiler arası işbirliğini azaltabilmektedir (12).

2.1.3.1.2. Eğitim Düzeylerinin Farklılığının Etkisi

Sağlık kurumlarında uzmanlaşmanın fazla oluşu, mesleki olarak kullanılan terminolojinin farklılığı, bireylerini iletişimlerini etkileyebilmektedir (26). Hemşireler ve hekimler arasında bilgi düzeyi farklılığı, hekimlerin hemşirelere göre daha yüksek bir eğitime sahip olması güç dengelerini değiştirebilmekte, eğitimsel farklılıkların yanı sıra kültürel farklılıklar da sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimde zorluklara neden olabilmektedir (59). Sağlık kurumlarında hekimler otoritesi ve bilgisiyle hastasına hâkim olabilirken, hemşirelere karşı tutumları bazen profesyonellik dışı olabilmektedir.

Eğitim düzeyinde oluşan farklılık, hemşirelere şart koşulan lisans eğitiminin tamamlanması ile ortadan kalkmıştır. Hemşirelerin sorumluluklarının bilincinde olup, görev ve yetkilerine göre çalıştıkları sürece, hekimler tarafından kendi çalışma

alanlarında aldıkları kararlar ile uygulamalara ilişkin saygı görecekları ve beraberinden karşılıklı profesyonel davranışların var olacağı öngörülmektedir. Böylece çalışma ortamının olumlu bir halde olacağı düşünülmektedir (10).

2.1.3.1.3. İletişim Yeteneğinin Etkisi

İletişim, bireyler arasında duygu ve düşünceleri pekiştiren, birbirlerini anlamalarında yardımcı bir araç olan, iki kişi arasında karşılıklı gelişen duygu, fikir ve bilgi alış-veriştir (15, 60). Kişiler arası iletişim ise, başka bireylerin söylemlerini tartarak sonuçta varılan kanıyla davranma sanatıdır (60). İletişim, insan gibi sürekli gelişen ve değişime uğrayan dinamik bir olgudur. İnsanın sosyal bir varlık olarak, kendini ifade edebilmesi ve çevresiyle iletişim kurarak yaşaması için zorunludur. Her davranışı, susması ya da konuşması, duruşu dahası hiçbir şey yapmadan oturma şekli ile kendini ifade ederek çevresine bir şekilde mesaj iletme yöntemidir. İletişim kurmaktaki birincil amaç, anlaşılır şekilde mesajlar göndermek, tutum ve davranışlar üzerinde değişiklik yapmaktır (61).

İnsan düşünce, fikir ve duygularını iki iletişim türüyle açıklayabilir. Bunlar; sözlü ve sözsüz iletişimdir (60). Mehrabian 1972 yılında belirsiz durumlarda duyguların ve tutumların iletilmesine yönelik yaptığı deneylerde, iletişimin niteliğinin konuşulan kelimelerin yalnızca % 7' sine dayandığını, oysa % 38' inin ses tonu ve % 55'inin yüz ifadesine bağlı olduğunu tespit etmiştir (41). Etkisiz iletişimin nedeni, net olmayan mesaj, dinlememe ve yanlış anlama olabilmektedir. Mesleki olarak birbirine saygıdan yoksun davranış ve iletişim, bireylerin gösterdiği olumsuz davranış örneklerini oluşturmaktadır (62).

Hemşireler ile hekimler arasındaki iletişim, sağlıkta bilgi akışının önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Çalışma ortamında optimal hasta akışı, güvenli ve etkili hasta sonuçları sağlayabilmek ancak mesleki koordinasyonun, iyi iletişimin ve işbirliğinin varlığında gerçekleşebilmektedir (41). Hasta bakımında esnasında aktarılabilecek bilgi ve bunu aktarmak için kullanılan iletişim şekli, hayati bir nitelik taşıyabilmektedir. Aktarılabilecek bilginin hayati oluşu, özellikle hekim ve hemşire iletişiminin ne kadar önemli olduğunu ifade etmektedir (10). Özellikle sağlık işletmelerindeki uzmanlaşmada da kullanılan terminolojiyi farklı kılmakta, bu da bireyler arasındaki iletişimi etkilemektedir (26). Sağlık çalışanları arasındaki iletişim,

sağlık hizmetlerinde bilgi akışının önemli bir bölümünü oluşturmakta, oluşan iletişim hataları önlenemeyeceği halde maalesef morbidite ve mortalite oranlarının artışına sebep olabilmektedir (1).

Sağlık iletişiminin birincil amacı, toplumları dahası bireyleri etkileyerek, sağlıkla alakalı verilerin paylaşılması ve ortaya çıkacak verilerin sonucunda sağlığın gelişimini sağlamaktır (63). Zayıf iletişim, hemşireler ile hekimler arasında yanlış anlaşılmalara, hatalara ve süreklilik arz eden çatışmalara yol açmaktadır (9, 21, 45, 64). Ortak Sağlık Kuruluşları Akreditasyon Komisyonu (JCAHO) 'nun 2013'te yaptığı açıklamaya göre; sağlık profesyonelleri arasındaki iletişim hatalarının, kurumlar tarafından bildirilen 2.455 olayın % 70 'ine sebep olduğu ifade edilmektedir. Bu olayların yaklaşık %75'i ise hastanın hayatının kaybıyla sonuçlanmaktadır (65). Hastanelerde gelişen önlenemez advers olayların önemli bir etiyolojisini, sağlık ekibi arasındaki iletişim zayıflığı oluşturmaktadır (41). İletişim hataları özellikle tıbbi-cerrahi hataların ve tedavideki gecikmelerin önde gelen nedeni olarak görülmektedir. Bu nedendir ki, sağlık hizmeti verenler arasında iletişimin etkililiğini artırma çalışmaları, JCAHO' nun 2013 ulusal hasta güvenliği hedefinde yer almaktadır (66).

2.1.3.1.4. Mesleki Yeterlilik ve Yetkinlik Etkisi

Hemşirelerin mesleki özerkliği, yeteneğiyle sorumluluklarını yerine getirmesi, hastaların gereksinimleri doğrultusunda aldıkları kararlar ile bunların uygulama olarak tanımlanmaktadır. Hastaların refahı, hemşirelerin hasta yanıtlarını hızlı bir şekilde değerlendirip, karmaşık müdahaleleri planlama, önceliği belirleme ve uygulama kabiliyetine bağlıdır. Bu nedenle yoğun bakım gibi kritik çalışma ortamlarında, hemşirelerin klinik kararlar alma ve hasta üzerinde hareket etme kabiliyeti çok önemlidir (4).

Hemşirelik, çalışma ortamında oluşabilecek sorunların sebep analizini yapabilecek, yargılama yetisine sahip, karar verme anında tereddütsüz olan, problem çözme yeteneğine pratikte sahip, iyi şekilde hasta bakımı verebilen, yeri geldiğinde eğitici ve yönetici vasfı alarak hemşirelik uygulamalarını yapan profesyonel bir meslek grubudur (67, 68). Profesyonel anlamda bir hemşire, bilgilerini sürekli güncelleyen, yeteneklerini ve kararlarını edindiği tecrübeleri doğrultusunda analitik

olarak uygulayabilen, sağlık hizmeti sunumunda bilgisinden yararlanabilen, bir vizyonu olan sağlık personeli olmalıdır.

Mesleki yeterlilik, bilgi ve beceri varlığında oluşmaktadır. Hekimler ve hemşireler hastaların bakımı ile ilgili bilgileri, mesleki olarak edindikleri becerileri işbirliği içinde paylaştıklarında meslekte yeterli ve başarılı olabilmektedirler (10, 26).

2.1.3.2. Kurumsal- Çevresel Faktörler

2.1.3.2.1. Ekip Çalışmasının Etkisi

Ekip, ortak bir amaca ve hedefe odaklanmış olan, sorumlu oldukları iş ile ilgili ortak bir yaklaşım gösteren, birbirlerini tam olarak tamamlayan özellikleri olan bireylerin oluşturduğu gruptur (69, 70). Sağlık ekibi, kaliteyi hedefleyen ve hasta gereksinimlerini dikkate alan, ortak hedefler ve kararlar doğrultusunda bireylere kapsamlı sağlık hizmeti vermeyi amaçlayan, işbirliği içinde kaynakları ortak kullanan, koordine bir şekilde çalışan ve kişiler arası iletişimi sağlayan sağlık profesyonellerinden oluşan birliktir (71, 72). Değişik bilgi ve beceriler edinmiş, değişik alanlarda eğitim görmüş kişilerden oluşmaktadır (73-75). Ekip, bilgi, yetenek ve bakış açılarını her daim optimize etmeyi hedefleyerek, karşılıklı saygı ve güveni esas alarak çalışmaktadır (8). J. W. Atkinson' un ifadesiyle “Başarı BEN’li bir şey değil BİZ’li bir şeydir ve birçok kafa ve ellerin ürünüdür”. Ekip üyeleri farklı yetenek, beceri, alt yapı ve ortak anlayışa sahip olmaktadır (60). Ekip çalışmasıyla, üyelerin birbirlerinin rol ve pozisyonlarını daha iyi anladıkları, problemleri daha iyi çözdükleri, ekip içindeki sinerjinin, hasta çıktıklarına ve çalışanların iş doyumunu ve performansına olumlu yansıdığı da bilinmektedir.

Hekim, diyetisyen, fizyoterapist, hemşire, ebe, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sağlık memuru vs. gibi meslek mensupları sağlık ekibinin üyeleri olarak, sağlıklı ya da hasta bireylere birlikte hizmet etmektedir (76). Bu ekipte görevleri gereği hastalar ile sürekli ilişki içinde olan önemli mesleklerden ikisi hekimlik ve hemşireliktir. Her bir ekip üyesi, hastanın tedavi planı ve bakımının değerlendirilmesine ilişkin kendi bakış açısına sahiptir ve yalnızca işbirliği ile bilgi alışverişi yoluyla uygun tedavi planları yapılabilmektedir.

Ekip ruhu oluşturulduğunda, tüm ekip üyelerinin katılımı sağlanmakta, ayrıca ekip arkadaşlarına değer verme ve güvenme düşüncesi gelişmekte, başarının ve başarısızlığın paylaşımıyla, kuralların varlığında, işleyişin bilinmesiyle, bilimsel yaklaşımın benimsenmesiyle, yaratıcılığın özendirilmesiyle, karşılıklı güvenin oluşturulmasıyla, geri-bildirim sağlanmasıyla, sonuçların grup olarak değerlendirilmesiyle grup liderliği etkili bir şekilde var olabilmektedir (12).

Çalışma ortamında organizasyonun yapı değişikliklerine uyum sağlayan, özellikle ekip üyelerinin gruptan ayrılması ya da gruba yeni bir üyenin katılması sonucunda, zaman içinde değişen bir yörüngenin oluşturulması gerekmektedir (3). Etkin bir ekip ile hizmet sunumunda, oluşabilecek boşluklar tamamlanıp, kesinti oluşturmadan süreklilik sağlanabilmektedir. Böylece maliyet ve zamandan kazanç sağlanabilmekte, verilen hasta bakımın kalitesi artırılabilen ve sonuç olarak hastaların hastanede kalış süreleri minimuma indirgenebilmektedir (8). Başarılı ve uyumlu bir ekip çalışması, sunulan hizmetin etkinliğini ve sürecin çıktılarını olumlu yönde etkileyerek, kalitesini yükseltmektedir (49). Özellikle ekip eğitiminin bazı tiplerinin, insan hatalarını azalttığı, sağlık bakımı alanlarında özellikle acil servis, ameliyathane, resüsitasyon ekibi üzerinde etkili olduğu ileri sürülmektedir (8).

Ekip çalışması ile ilgili 17 yoğun bakımda yürütülen bir araştırmada, tedavi gören hastalara ait veriler incelenmiş ve mortalite oranları değerlendirilmiştir. Sonuçta göre olumlu bir çalışma ortamı oluşturulan, ekip çalışmasının sağlandığı ünitelerde, mortalite oranı düşük olarak saptanmıştır (77).

Hemşireliğin birincil rolü hastalara mümkün olan en iyi bakımı sağlamaktır. Bu hedefe ulaşmak için hemşirelerin sağlık hizmetleri ekibinin diğer üyeleriyle birlikte çalışması gerekir (78). Ülkemizde maalesef ekip kavramı tam anlamıyla benimsenmemiş olduğunda, profesyoneller arasında görev çatışmaları ve iletişimsizlik gelişebilmekte, hizmet veren ve alan bireyler üzerinde doyumsuzluklar oluşabilmekte, tüm bunlar sonucunda hizmet sunumunda olumsuzluklar doğurabilmektedir (29). Ekip üyelerine ait bazı kişisel özellikler olan statü, otorite, güç, rol belirsizliği, uygun olmayan beklentiler ve otonomi gibi etkenler disiplinler arası ekip anlayışının oluşmasında engel oluşturabilmektedir (76).

2.1.3.2.2. Hemşire Sayısının Etkisi

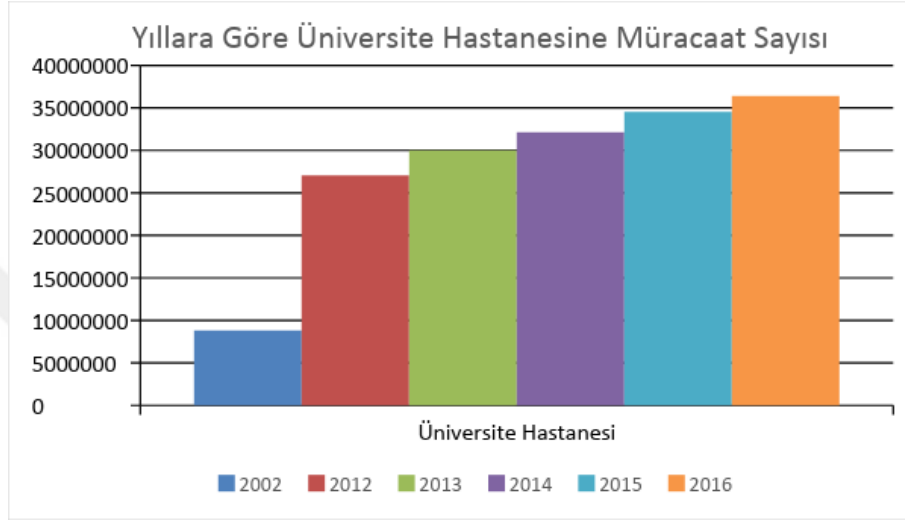
Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla gelişen teknoloji, artan nüfus, sosyal ağların ve medyanın bireyler üzerinde oluşturduğu etki doğrultusunda sağlık hizmetlerine karşı talebi oldukça arttırmaktadır. Oluşan yoğun talebi karşılayacak sağlık hizmetini arz eden çalışan personelin sayısı ise oldukça yetersiz kalmaktadır.

2002 Yılında Türkiye'nin nüfusu 66 milyon iken 2016 yılına gelindiğinde 1,2 kat artarak 79 milyona ulaştığı görülmektedir (79). Türkiye'ye ait sağlık verileri incelendiğinde, nüfus oranına göre kişi başına düşen hemşire sayısı OECD nin oldukça altında kaldığı ve yetersiz olduğu görülmektedir. OECD verilerine göre 2000 ile 2015 yılları arasında İsviçre, İzlanda, Danimarka gibi gelişmiş ülkeler 1000 kişiye düşen hemşire sayısını 13 kişiden 18 kişiye çıkarmış Türkiye, Güney Afrika, Kolombiya gibi az gelişmiş ülkelerde bu sayı değişmemiş halen 2 kişinin altında olduğu görülmektedir (80). Artan nüfusa karşı yetersiz kalan hemşirelik istihdam nedeniyle çalışma sürelerinin oldukça uzadığı, hatta 24 saate varan uzun çalışma sürelerinin yaşandığı ifade edilmektedir. Tüm bu olumsuz şartlar altında etkili, verimli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak, paralel olarak olumlu çıktılar elde etmek oldukça zor olduğu görülmektedir. Hemşire kaynağı yetersizliğinin olumsuz sonuçları kayıt altına alınabilirse, doğru planlamayla hasta bakımında çelişkiler oluşmadan, gelişebilecek tehlikelere karşı önlem alınabileceği düşünülmektedir (49).

Hastaneler Türkiye tarihi boyunca çoğunlukla devlet eliyle kurularak, vakıflara bağlı sağlık hizmeti vermişlerdir. Üniversite hastaneleri sağlık hizmeti sunucuları arasında farklı olarak hem eğitim faaliyetlerinde bulunmakla birlikte nitelikli sağlık sonuçları elde etmek amacıyla araştırmalar yapmaktadırlar (81). Özelleştirmenin etkisiyle son 25 yılda özel ve üniversite hastanelerinin sayısı oldukça artmıştır. Üniversite hastanelerinin sayısının artışı, devlet hastanelerindeki koordinasyon sorunları, hizmetlerin yetersizliği ve hastaların 2. ve 3. basamak sağlık kurumlarında yığılmaları gibi olumsuzlukları ortadan kaldırmıştır. Ancak SDP öncesi 2002 yılı verilerine göre hastanelere başvuran kişi başı sayısı 2016 yılına ulaştığımızda oldukça artmıştır. Üniversite hastanelerinin gerek iş gücü gerek teknik olanaklarının iyi oluşu, sağlık hizmetlerinin kullanım miktarını ve maliyetini zamanla artırmış, bu da ekonomik anlamda devlete yük oluşturmuştur (82).

Sağlık Bakanlığı (SB)'nin 2016 yılı verilerine göre 2002 yılında üniversite hastanelerine başvuru sayısı şekil 1'de belirtildiği gibi 8,8 milyon iken 2016 yılına gelindiğinde bu sayı 4 kat artmış, 36,4 milyona ulaşmıştır (83). Üniversite hastanesi sayısı, 2002 yılında 50 iken, 2016 yılına gelindiğinde sadece 1,3 kat artarak 69'a ulaşmıştır (83).

Şekil 1: Yıllara göre üniversite hastanesine müracaat sayısı



Kaynak 83' ten uyarlanmıştır.

Günümüzde sağlık sisteminin hemşirelerin sayısının yetersizliği veya bu sayının düşük olması, hekimlerle hemşireler arasındaki mesleki olmayan olumsuz ilişkilerden kaynaklandığı bildirilmektedir. Hemşirelik mesleğini sürdürme konusundaki ilgi azalmış, hekim-hemşire uygunsuz ilişkilerinden ötürü aralarında mesleki işbirliğine olumlu değişiklikler getirmek için, ciddi bir ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir (7).

2.1.3.2.3. Sorumluluk ve Yetkilerin Bilinmemesi, Rol Belirsizliğinin Etkisi

Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm çalışma alanlarında yer alan hekim ve hemşirelerin görevlerinde sınırlar net olarak bilinmektedir (35). Ülkemizde bu sınırlar hekimler için, 1219 sayılı kanun ile 1928 yılında, hemşireler için 27515 sayılı kanun ile 2010 yılında ve tüm sağlık çalışanları için ise 6514 sayılı 2014 yılında çıkarılan kanun ile belirlenmiştir (84, 85).

Sağlık profesyonelleri çok fazla sorumluluk sahibi olan, aynı zamanda işlerinde fazlasıyla otonomi bekleyen bir gruptur. Bu profesyonellerden birincil grup olan hekimler ve ikincil olan hemşireler, aynı çevre içinde çalışmaktadırlar. Hemşireler özerk değil, var olan tıp personelinin astı durumundadırlar. Bu farklı statü, mesleklerinin özerk olmasını isteyen hemşireler için gerilim hissetmelerine neden olmakta, dahası tıp çalışanları ile bazen bu konuda tartışmalar yaşayabilmektedirler (86). Belirgin olarak yetki ve sorumlulukların olmayışı, sağlık bakımdaki koordinasyonu azaltmakta, karışıklığa neden olmakta, etkili iletişim kurmaya engel oluşturmaktadır. Bunun sonucu olarak hekimler ve hemşireler arasında gerilim artmakta, hasta bakımında kalite düzeyinin düşüşüne sebep olmaktadır (87).

Ülkemizde kliniklerde hemşireler, görev sınırları dışında bazen sekreterlik işlerini üstlenmek ya da hekimler tarafında sözlü olarak aldıkları emir doğrultusunda, işlemler yapmak durumunda kalmaktadırlar. Bu tür görev dışı uygulamaların oluşu, bazen birincil görevlerinin ve sorumluluklarının yeterince yerine getirememelerini sebep olabilmektedir. Hemşirelik mesleğinin daha iyi duruma ulaşması için, profesyonel bir düşünce yapısı ile mesleki tutum ve davranışları bilerek uygulamak gerektiği düşünülmektedir (10).

Bir sağlık ekibinin hedeflerine etkili bir şekilde ulaşabilmesi için, iyi bir işbirliği stratejisiyle, üyelerin ekipteki rollerini ve ortak amaçları çerçevesinde beklenen paylaşılan sorumluluklarını bilmeleri gerekmektedir (15).

2.1.3.2.4. Çalışma Ortamının Etkisi

Hemşireler ve hekimler arasında, karşılıklı olarak saygının gösterildiği bir çalışma ortamı yaratmak önemlidir. Hemşire hekim iletişimini iyileştirme ancak açık hemşire-hekim iletişimine odaklanan bir çalışma ortamı yaratarak olabilmektedir (41).

Yoğun bakım ünitesi gibi hemşirelerin ve hekimlerin çalışma baskısı, birden fazla alınan sorumluluk sonucunda iletişim kurmada zorluk yaşadıkları bazı bölümler olabilmektedir. Bu tür ortamlarda iletişim ile zaman eksikliği, hemşireler ve hekimler arasındaki temel zorlukları oluşturmaktadır. Çalışma ortamında yoğun iş yükü ile çalışıldığında, hemşire ve hekimlerin aralarındaki iletişimi uygulama zamanı olmadığı belirtilmektedir (59). HHİ sağlanması ile çalışma ortamının olumlu hale getirileceği,

maliyetlerin azaltılabileceği ve özellikle personel devir oranının indirgenebileceği ifade edilmektedir (10).

2.1.3.3. Sosyo-Kültürel Faktörler

Sosyal rol teorisinin ilkesine göre, farklı kültürlerdeki tutum ve beklentiler, hekim-hemşire işbirlikçi ilişkilerinde kilit rol oynamaktadır. Örneğin, hemşirelerin çok az özerkliğe sahip olduğu toplumlarda, hekimler ve hemşireler arasındaki ilişkinin “hiyerarşik” olma eğiliminde olduğu, hekimlerin ise hasta bakım kararlarında hâkim olduğu görülmektedir. Aksine, hekimler ve hemşirelerin gücü paylaştığı ve hasta bakımında tamamlayıcı rol ve sorumlulukları olduğu görülen toplumlarda ise meslekler arası ilişkilerin “tamamlayıcı” olma eğiliminde olduğu görülmektedir. Tamamlayıcı modelde eğitim, ortak deneyimler, paylaşılan özerklik ve karşılıklı otoritenin önemi daha fazla vurgulanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin örgün eğitiminde tamamlayıcı bir modelin desteklendiği toplumlarda, meslekler arası işbirliğine yönelik tutumların daha olumlu olması beklenmektedir (45).

Birbirinden farklı toplumlarda, farklı bakış açısına sahip hekimler ya da hemşireler bulunmaktadır. Sosyo-ekonomik düzeylerinin farklılığı, erkek egemen bir toplumda yetişmeleri, hasta ile ilgili olarak her konuda hekimlerin tek söz sahibi olduğu düşüncesinin benimsenmesine neden olmaktadır. Hemşireliğin kadına özgü bir meslek olarak etiketlenmesine, hekimin yardımcısı olarak algılanmasına, buna bağlı olarak bu kültürleri benimsemiş toplumlarda da profesyonel rollerin hiyerarşik modelinin yaygınlaşmasına sebep olacağı belirtilmektedir (45, 48). Hekim ve hemşireler arasında böyle bir tutumun sergilenmesi, aralarında güç ve statü farklılığını doğurabileceği gibi, oluşan farklılığın HHI’ ni etkileyebileceği de ifade edilmektedir (55).

2.2. Sağlık Kurumlarında HHI’ nin Hizmet Kalitesi ve Sunumuna Etkisi

Sağlık hizmeti, insan yaşamını doğrudan ilgilendirmektedir. Bu sebeple, sağlık kurumlarında çalışanların sıfır hata hedefiyle nitelikli hizmet sunmaları gerekmektedir. Nitelikli sağlık hizmetinin sunulabilmesinin temel koşullarından biri, işbirliği ve ekip anlayışı içerisinde çalışmanın benimsenmesidir (71). Sağlık hizmeti sunumunda oluşabilecek hatayı engellemek, olası zararlardan hastayı korumak, bu tür olasılıkları tamamen ortadan kaldırabilecek sistemin oluşturabilmesi önemlilik arz etmektedir.

Hizmet sunumunda kaliteyi hedefleyen gelişmiş ülkelerde hasta bakımı sırasında oluşan hata sayısı gelişmekte olan ülkelere göre daha düşük olduğu görülmektedir (8).

Hemşire hekim iletişiminin iyileştirildiği programlarda daha iyi hasta sonuçları, hasta memnuniyeti, çalışan memnuniyeti, daha az tıbbi hata ve iyileşen hasta sonuçları ortaya çıkmaktadır (41). Özellikle yoğun bakım ünitelerindeki işbirliğinin olumlu etkileri literatürde gösterilmiş olup, olumlu etkilerin sonucu olarak yoğun bakım biriminde hasta kalış süresinin düşürüldüğü ifade edilmektedir (15).

HHİ ile iyi iletişim, hemşire-hekim-hasta memnuniyetinin oluşabilmesi ve daha iyi hasta sonuçlarının elde edilmesi için temel esastır. HHİ ve ekip çalışması, hasta bakımı ve morali için çok önemlidir. Sağlık yönetiminde, hekim ve hemşirenin sorumlu olduğu hasta üzerinde aldıkları kararların ve yaptıkları uygulamalarının, hastanın iyileşme sürecini, hastanın psikolojisini, bütün yaşamını hatta ailesini etkilediğini ortaya konmuştur (26).

Hekim-hemşire ilişkisi stresli olduğunda veya aralarında güç-statü farkları olduğunda, hizmet sunumu ve dolayısıyla hasta bakım planında aksamalara neden olduğu ifade edilmektedir (3). Etkisiz HHİ'nde ise, iş tatminsizliğine neden olduğu ve yine hasta bakımının kalitesine olumsuz olarak yansıdığı belirtilmektedir (7).

JCAHO 2008 yılında hekimlerin hemşirelere karşı gösterdikleri yıkıcı tutum ve davranışları hedef göstererek bu davranışların hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkilediğini, oluşan advers olaylar karşısında hemşirelerin mesleklerinden uzaklaşmaya başladığının altı çizilmektedir. Bu konularla mücadelenin tek yolunun sağlık organizasyonları, eğitim kurumları ve sağlık profesyonellerinin çalışma ortamında işbirliğini geliştirmeye yönelik stratejilerin geliştirmesi ve eğitmeleri olduğu ifade edilmektedir. Çalışma ortamında işbirliği gerçekleşmeden sağlık hizmetlerinde kalite vizyonunun gerçekleşmeyeceği ifade edilmektedir (11).

2.3. Sağlık Kurumlarında HHİ'nin Gelişimini Engelleyen Faktörler

2.3.1. Eğitim Kalitesinin ve Meslekler arası Eğitimin Yetersizliği

Eğitimde kaliteye ulaşmanın koşulları, kaliteli meslek, hizmet ve ürün ortaya çıkarmaktır (88). İyi bir eğitim, ancak motivasyonu yüksek, işine sahip çıkan ve

birikimli eğitimcilerle olabilmektedir. Niceliksel olarak baktığımızda arz talep dengesizliği meydana geldiğinde kaliteyi korumak imkânsız olmaktadır.

Meslekler arası eğitimde farklı mesleklerdeki öğrencilerin birlikte çalışarak, ekip olma düşüncesini benimsemeleriyle mesleki olarak tecrübe, etik, ahlak, sorumluluk gibi değerlerin gelişimi ve yapılan eğitimlerin sonucunda bu kazanımları mesleki hayatlarına taşımaları çok önemlidir (89).

Ülkemizde hemşirelik eğitimi programları, Hemşirelik Fakülteleri, Sağlık Bilimleri Fakülteleri (SBF), Sağlık Yüksekokullarının (SYO) bünyesinde verilmekte, en az dört yıl ya da 4600 saatlik süren teorik ve klinik olarak eğitimi kapsamaktadır. 2017 yılında 52 üniversitedeki hemşirelik bölümü öğrencileri üzerinde, aldıkları teorik ve pratik dersleri içeren hemşirelik eğitimi ile ilgili, memnuniyet düzeylerinin belirlenmesi amacıyla bir anket düzenlenmiştir. Ankete cevap veren 2298 hemşirelik öğrencisi ve öğretim görevlileri ile yapılan analizler sonucunda, teorik derslerin uygulamasındaki sorunlar tablo 1’de ifade edilmiştir (90).

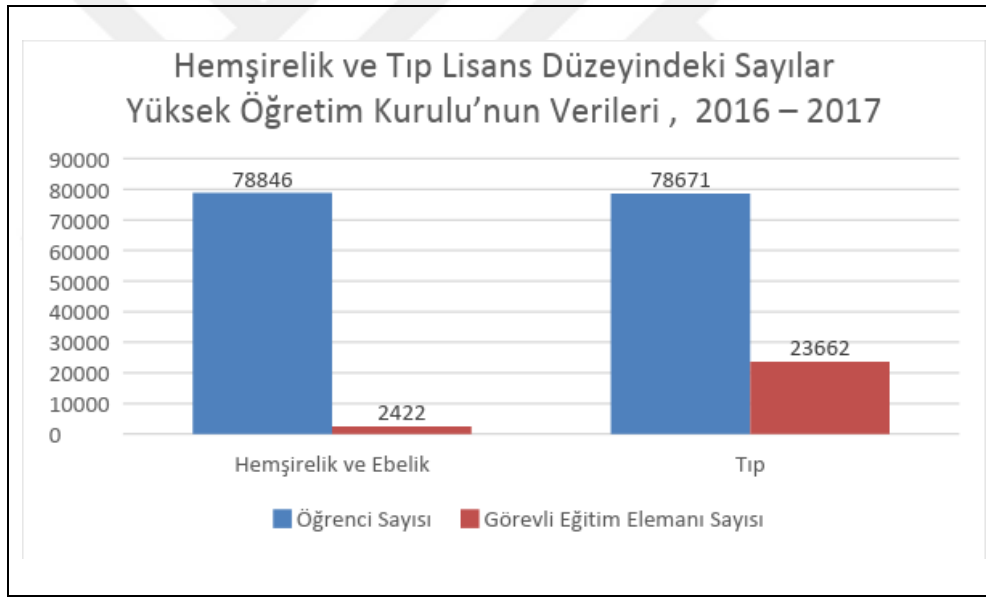
Tablo 1: Türkiye’de hemşirelik eğitimi programları teorik derslerin yürütülmesindeki sorunlar ve okul sayısı

<ul style="list-style-type: none">• Öğrenci sayısı fazlalığına bağlı teorik dersler ve laboratuvarların işlenmesindeki güçlükler• Ölçme-değerlendirme sorunları (Ders ve uygulamalarda öğrenciler tanınmıyor)	34
<ul style="list-style-type: none">• Öğretim üyesi yetersizliğinden dolayı uzmanlık alanı dışı derslerde görev alınması• Ders yükü fazlalığı nedeniyle bilimsel araştırmalara zaman ayırlamaması• Bir sınıf için 3-4 şubede derslerin tekrarlanması	25
<ul style="list-style-type: none">• Derslik ve ders araç gereç sayısının yetersizliği• Farklı bölümlerin binalarının kullanılması, ders çakışmaları ve sürekli ders programı değişiklikleri	25
<ul style="list-style-type: none">• Fakültesinde dersi olmayan / bölümü olmayan öğretim üyelerinin hemşirelik derslerinde görev almak istemesi	10
<ul style="list-style-type: none">• Laboratuvar olanaklarının uygunsuzluğu/yetersizliği	8
<ul style="list-style-type: none">• DGS ile farklı ön lisans programlarından öğrencilerin dönem ortasında derslere başlaması	4
<ul style="list-style-type: none">• Öğrenme kaynaklarının yetersizliği (kütüphane, süreli yayın vb)	3

Kaynak 90’ dan alınmıştır.

Pratikte uygulama sorunlarının başında ise 3308, 5510 ve 6331 sayılı kanunlarla ilgili olarak uygulamada yaşanan sorunlar (alanların ve kliniklerin yetersizliği) yer almaktadır. Öğrenci kontenjanlarının fazlalığı nedeniyle uygulama alanının yetersizliği, klinik uygulamalarda önceliğinin sırasının meslek lisesi öğrencilerine verilmesi ve 3308 sayılı kanun nedeniyle zorunlu olan staj ücreti sebebiyle sağlık kurumlarının öğrenci kabul etmek istememesi gibi uygulamada sorunları yaşanmaktadır. Hemşirelik lisans programındaki kontenjanları son iki yılda 6,2 kat artış gösterirken, akademisyen sayısı sadece 1,5 kat arttığı, buna bağlı nitelikli hemşirelik eğitiminin yetersiz kaldığı belirtilmektedir (90, 91). Aşağıda yer alan Şekil. 2’ de 2016-2017 yıllarında hemşirelik-tıp lisans düzeyindeki öğrenci-öğretim elemanlarının sayıları yer almaktadır.

Şekil 2: Türkiye’de eğitim ve öğretim alanları sınıflamasına göre lisans düzeyindeki tıp-hemşirelik öğrenci ve eğitim elemanı sayıları 2016-2017



Kaynak 91’den uyarlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı’nın 2023 yılı hedefindeki hemşire sayısı 321.000 olarak açıklanmıştır (84). Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) ve Özel kurumlara ait Sağlık Meslek Liseleri yeni açılan kontenjanları nedeniyle bu sayı aşılmıştır. 2014 yılında Sağlık Bakanlığı meslek lisesi mezunu olacak hemşire bölümü öğrencilerine ‘hemşire’ unvanı vermeyip sadece ‘hemşire yardımcısı’ unvanını alarak mezun olunacağını açıklamıştır. 2014’te Resmi Gazete’ de ‘torba yasa’ adı altında yayımlanmıştır. Böylece, 2007 yılında yenilenen hemşirelik yasasında ifade edildiği gibi hemşire unvanı için ‘lisans

mezunu olma' ölçütü uygulamaya geçmiştir (92). Hemşire enflasyonunun önüne geçmek için sağlık meslek liselerine alım durdurulmuş ve eş zamanlı lisans kontenjanları azaltılmıştır. Alınan kararlar doğrultusunda yaşanan gelişmeler hemşirelik eğitiminin kalitesini olumsuz olarak etkilemektedir (93).

Dengesiz doktor dağılımının neticesinde yapılan analizler sonucunda doktor açığı olduğu düşünülmüş ve 1990'lı yıllarda bu açığı karşılamak için çok sayıda tıp fakültesi açılmıştır. Ancak açılan yeni tıp fakültelerinin akademik kadro-istihdamı, öğrencilerin uygulama alanı ve dahası materyal eksikliği dikkate alınmamış dolayısıyla tıp fakültelerinde eğitim kalite düzeyi aşağı çekilmiş olduğu görülmektedir (82). 2016 yılı verilerine göre sayıları 200'e yaklaşan üniversitelerin her birinin gelişimi farklı süreç olup bir anda hepsinin fiziksel imkan ve altyapı olanaklarının olması ve yeterli sayıda yetkin ve yetişmiş akademisyen kadrosunun yer alması mümkün görünmemektedir.

Akreditasyon sürecinde olan sağlık alanındaki okullar ve merkezlerde meslekler arası eğitimin standart ya da zorunlu olması gerektiği belirtilmektedir. Özellikle öğretim üyeleri için iş yükü, var olan sınırlı kaynaklar ve mesleki beklentilerin değişimine karşı meslekler arası eğitimin desteklenmesi konusunda etkili değerlendirmelere gereksinim duyulmaktadır (89).

2.3.2. İletişim Engelleri

Herhangi bir sistemin sorunsuz çalışması, işbirliği ile paralel olarak gelişen etkili iletişimin varlığında gerçekleşmektedir. Hekim ve hemşirenin başarılı iletişimi, hasta bakımını alan birey ve ailesi ile iletişimi hasta memnuniyeti ve hasta bakım kalitesinde artış yaratabilmektedir. Ayrıca yapılan tedavi ve bakıma esnasında iyi kurulan iletişim ile hekim, hemşire ve bakım yapılan hastanın bağı oldukça güçlenmektedir (26). Hasta rapor formu, hemşireler ile hekimler arasındaki sözsüz iletişim biçiminden biri olduğu ve genellikle yazılı olarak bulunduğu bilinmektedir. Hastanın raporu acil servisteki bakım görevlilerine paramedikler tarafından iletilmektedir. Ambulans ekibi tarafından rapor sağlık ekibine teslim edilmez ise, hastanın yaşamını tehdit edebilecek iletişim eksikliği meydana gelebilmektedir (59).

Hekimlerin işbirliği anlayışının, hekim talimatlarına hemşirenin katılımı olarak algıladıklarını ifade edilmektedir. Hekimler özellikle hemşirenin yeterliliğini ve

hazırlık durumunu, etkili iletişim için kilit bileşenler olarak bildirmekte, her iki bileşenin de hekimler tarafından iletişim engelleri olarak algılandığı ifade edilmektedir (41).

Hemşire ve hekimlerin eğitim yöntemlerinde hiyerarşik, toplumsal cinsiyet, sosyal faktörlerin farklılıklarının yıllar boyunca iletişim sorunlarını etkilediği ve etkin işbirliği gelişimini etkilediği ifade edilmektedir (15). Bazı kurumlarda özellikle hemşirelerin, yetkilerinin, sorumluluklarının ve görev tanımlarını açık olarak yapılmaması, rol ve statü belirsizliği-karmaşıklık gibi etkenleri ortaya çıkarıp sağlık personelinin ilişkilerini olumsuz anlamda etkileyeceği dahası gruplar arasında veya birimler arasında iletişim sorunlarına neden olabileceği belirtilmektedir (78). İletişime etki eden engelleyen faktörler Tablo 2 'de yer almaktadır.

Tablo 2: Kaliteli iletişimi engelleyen faktörler

Fiziksel ve Teknik Engeller	<ul style="list-style-type: none">• Mesaj İle İlgili Engeller• Kanal ve Araçlarla İlgili Engeller• Gürültü İle İlgili Engeller• Dil İle İlgili Engeller
Örgütsel Engeller	<ul style="list-style-type: none">• Zaman Baskısı• Rol İlişkileri• Hiyerarşi Yönetim Tarzı• Statü Farklılıkları• Aşırı Bilgi Yükleme• Geri Besleme Yetkisizliği• Örgüt Büyüklüğü & Fiziksel Yapısı
Psikolojik ve Sosyal Engeller	<ul style="list-style-type: none">• İletişim amacının belirlenmemesi• Önyargılar• Görüş farklılıkları• Algılama farklılıkları• Sosyo-Kültürel farklar• Sahip olunan bilgi düzeyi

Kaynak 94'ten uyarlanmıştır.

İletişim engellerini yok etmenin yolu öncelikle engeli saptamak ve bu engeli yok etmek için yapıcı faaliyetlere başvurmaktır. Algılama farklılıklarını, gürültü engelini,

güvensizliği, dil farklılıklarını, duygusal reaksiyonları ortadan kaldırmaya çalışmaktır. Ağdalı ifadelerden kaçınarak, pekiştirme ve basit dil kullanarak, sözleri davranış ve tutumlarla destekleyerek, yüz-yüze bağlantı kurarak, farklı ve uygun kanallar kullanarak, örgütteki bireylerin iletişim açısından eğitimini destekleyerek, sürekli iyileştirmeyi sağlayarak, empati kurarak, ilgi uyandırarak ve geri bildirim mekanizmasını kullanarak iletişimdeki engeller ortadan kaldırılabilmektedir (94).

2.3.3. Mesleki İşbirliğinin Yetersizliği

Çalışma ortamında yetersiz işbirliği ile birlikte tükenmişliğin ortaya çıkışı yaygın bir kavram olarak görülmektedir. Mesleki olarak gelişen sosyal, fiziksel ve psikolojik sorunlar ile birlikte, kurum çalışanlarının çalışma arkadaşları arasında iletişim ve işbirliğinde yaşanan problemler tükenmişliğin seviyesini arttırdığı ifade edilmektedir (95).

Mevcut çalışmadan elde edilen bulgular, yanıt verenlerin %90'ından fazlasının, yıkıcı davranışların stres ve hayal kırıklığı duygularına neden olduğu ifade edilmektedir. Yıkıcı davranışların %80'den fazlası konsantrasyon kaybına, ekip işbirliğinin azalmasına ve bilgi transferinin bozulmasına neden olduğu; ve % 90'dan fazlası yıkıcı davranışların zayıf iletişim ve hemşire-hekim ilişkisinin bozulmasına yol açtığını bildirmektedir (9).

Modern görüşe göre, mesleki işbirliğinde hiyerarşinin var olmaması gerektiği ifade edilmektedir. Ayrıca deneyim, bilgi, beceri ve ekibe katkı yaparak her anlamda ekibin verimliliğini artırma çabası olması gerekmektedir. Mesleki işbirliğinin gelişiminde, iletişim ve uzlaşmayı geliştirmek, göreve katılımı ve üstlenmeyi sağlamak, onaya açık olmak ve birbirine saygı duymanın oldukça etkili olduğu ifade edilmektedir (40).

2.3.4. Liderlik ve Yöneticilik Yaklaşımındaki Aksaklıklar

Yönetim bir örgütün ya da işletmenin, belirlenen bir hedefe erişmesi için bireylere işi yaptırabilme ve iş yaptırırken işbirliği içerisinde koordine etme faaliyetidir (26). Ekip çalışmalarının gerçek yöneticisi olan liderin tam olarak; etkileyebilme yeteneği olan, yol gösteren, kuruma ait hedef ve misyonu ortaya koyan rehber olması

gerekmektedir. Yönetici ise, birileri tarafından getirilmiş, başkası adına çalışan, birileri tarafından belirlenmiş hedeflere ulaşma çabası gösteren, var olan işleri planlayan, uygulatan ve denetleyen kişidir. Yönetici yasal olarak ödül verebilmekte ve cezalandırabilmektedir.

Liderlik yöneticilik gibi bir konum değildir tam olarak bir süreçtir. Tüm çalışan için ve kurumun her biriminden ulaşılabilir olan, anlaşılabilir, öğrenilebilir, gözlenebilir yetenek ve uygulamalar dizisidir (73). Hastanede sağlık profesyonellerinin organizasyonu ve yönetimi bahsedildiğinde en sorunlu olan yönetim işidir. Özellikle hemşirelik liderleri ve sağlık yöneticileri, klinik olarak karmaşıklığın arttığı bir ortamda, etkin, verimli, güvenli, zamanında ve hastaya odaklı bakım sunma konusunda zorlanmaktadırlar (41).

Bu sebeple sağlık yöneticilerine çok iş düşmektedir. Sistemli bir sağlık hizmetinin bütünlüğü, tüm diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi işbirliği bilincine sahip yöneticinin, aynı zamanda lider vasıflarına da sahip olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve bölünmezliği ancak işbirlikçi bir bilinç ile hareket eden lider yöneticiler ile oluşturabilmektedir. Boşlukları gidermek ve personel ve hastalar için daha güvenli bir ortam sağlamak için etkin sağlık liderliği gerekmektedir (41). İyi bir liderin, yönettiği topluluğu çok daha mutlu ve verimli hale getirdiği; kötü liderin ise, grubu motivasyonunu umutsuz hale getirdiği, dahası topluluğun birbirine yabancılaşmasına sebep olduğu ifade edilmektedir (26).

Sağlık hizmetinde uygulamaların insan yaşamıyla doğrudan ilişkili oluşu, büyük bir kısmının ise acil, ertelenemez nitelikte oluşu sebebiyle, özellikle insan kaynağı seçiminde ve yönetiminde sağlık yöneticilerine fazlasıyla iş düşmektedir. Sağlık yöneticisinin ekip hizmetlerine tam katılımı sağlamak, arttırmak için hakkaniyet ve liyakate dikkat etmeli, hekim ve hemşire gibi tüm personelinin duygularını önemsemeli ve dikkate alması gerekmektedir (96, 97).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

“Hekim ve Hemşirelerin İşbirliği: Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği” konulu bu yüksek lisans tez araştırması, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu tarafından 17.01.2018 tarihinde onaylanmıştır (EK: 4). Katılımcılara sözlü veya yazılı bildirim ile araştırma konusu-kapsamı gönüllük onam formu ile iletilmiş, katılımcı olmak isteyenlerden gönüllülük esasına uygun olarak veriler toplanmıştır.

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Betimleyici olarak tasarlanan araştırmada, daha önce Reyhan Özkaraca tarafından yapılan bir araştırmada kullanılan tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tabakalı örnekleme yönteminin seçme nedeni evreni oluşturan 1292 kişiye ulaşmak ve gönüllü olarak katılımını sağlayabilmek mümkün olmadığı için, her tabakadan ayrı örneklem seçerek tabakaların (faktör gruplarının) evrendeki değişkenliği örnekleme de korunarak, örneklemin kitleyi temsil yeteneği artırılmıştır. Tabakalı örnekleme yöntemine göre sayılar ağırlıklarına göre asistan hekim ve uzman hekim çalışma alanları olan dahili, cerrahi ve temel bilimlere göre hesaplanarak toplanmıştır. Tabakalı örnekleme yöntemine göre hesaplanan hemşirelerin sayısı, çalışma alanları olan yoğun bakım servisi, acil servis, ameliyathane, poliklinik ve yataklı bakım servislerinde ve gönüllük esasına göre cevap verenler arasından toplanmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan kamuya bağlı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde, Nisan-Mayıs 2018 tarihleri arasında görev yapan görev yapan 1292 hekim ve hemşire oluşturdu. Hekim hemşire dağılımı 649 hekim (362 uzman-287 asistan) ve 643 hemşire şeklinde gerçekleşti. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında $n = \frac{N t^2 p q}{[d^2 (N-1) + t^2 p q]}$ formülü kullanıldı. Örneklem büyüklüğü Tablo 3 ‘te yer alan Salant ve Dillman’ın (1994) belirlediği formül ile hesaplandı (98).

Tablo 3: Örneklem büyüklüğünün belirlenmesine yönelik formül

$$n = N t^2 p q / d^2 (N-1) + t^2 p q$$

N: Hedef kitledeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı(gerçekleşme olasılığı)

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı(gerçekleşememe olasılığı)

t: Belirli anlamlık düzeyinde, *t* tablosuna göre bulunan teorik değeri

d: Olayın görülüş sıklığına göre kabul edilen \pm örneklem hatasıdır.

N: Evrendeki birey sayısı (Hekim: 649, Hemşire: 643 toplam 1292 kişi)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen Olayın Görülüş sıklığı; 0,5

q: İncelenen olayın görülmeysi sıklığı; 0,5

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde *t* tablosundan bulunan teorik değeri;1,96

d: olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma; 0,05

$$n = 1292 (1,96)^2 (0,5) (0,5) / (0,05)^2 (1291-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5) = 297$$

$$297 * (362/1292) = 83 \text{ uzman hekim,}$$

$$297 * (287/1292) = 66 \text{ asistan hekim,}$$

$$297 * (643/1292) = 148 \text{ hemşire}$$

Örneklem formülü kullanılarak homojen bir yapıda olmayan bu evren için % 95 güven aralığında, \pm % 5 örneklem hatası ile gerekli örneklem büyüklüğü 297 olarak hesaplanmıştır. Örneklem uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelere göre tabakalandırıldı. Bu hesaplama göre 66 asistan hekime, 83 uzman hekime ve 148 hemşireye ulaşıldı. Bu sonuçlara göre araştırmada elde edilen bulgular araştırma evren üzerinde genellendi.

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanıldı.

Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi kullanıldı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.4. Verilerin Elde Ediliş Yöntemi

Veri toplama yöntemi olarak ‘‘Jefferson Hekim ve Hemşire İşbirliği Skalası’’(JHHİS) uygulanmış olup, Hojat tarafından yapılan ilk çalışmada Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı tıp ve hemşirelik öğrencileri için 0,80 bulunmuştu (45). Anket Yıldırım Kaptanoğlu ve ark. tarafından Türkçe’ ye uyarlanmış olup, güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasında hekim için 0,71 hemşire için 0,75 bulunmuştu (40). Bu araştırmada HHİ ölçeğinin güvenilirliği Cronbach’s Alpha=0,817 olarak yüksek bulundu.

Hojat tarafından yapılan faktör analizinde JHHİS 4 alt boyutta;

1. Ortak eğitim ve ekip çalışması alt boyutu; 1, 3, 6, 9, 12, 14, 15no’lu ifadeleri (yedi madde, örnek bir madde: "Eğitim sırasında, tıbbi ve hemşirelik öğrencileri kendi rollerini anlamak için takım çalışmasında yer almalıdır"),
2. Tedavi ve bakımda hemşirenin rolü alt boyutu; 2, 4, 7no’lu ifadeleri (üç madde, örnek bir madde; hemşirelerin, hastaların ihtiyaçlarının psikolojik yönlerini değerlendirmek ve bunlara cevap vermek için yeterli olmaları),
3. Hemşirenin özerkliği alt boyutu; 5, 11, 13no’lu ifadeleri (üç madde, örnek bir madde: “Hemşirelerin, çalışmalarının yapıldığı hastane destek hizmetleriyle ilgili politika kararlarında yer almaları gerekir”),

4. Hekim hâkimiyeti alt boyutu ise; 8, 10no'lu ifadeleri (iki öge, örnek bir madde: "Hemşirenin temel işlevi, doktorun emirlerini yerine getirmektir.") soru önerilerinden oluşmuştur (45).

Araştırmamızın istatistiki değerlendirilmesinde Hojat'ın faktör analizini yaptığı uluslararası pek çok çalışmada da kullanılan tablo 4 'te yer alan alt boyutlar tercih edilmiştir (34, 41, 45, 96).

Okan Üniversitesi etik kurulu izni sonrasında, uygulamanın gerçekleşeceği kamuya bağlı olan hastaneye başvuruldu, yetkililerden gereken yazılı izinler alındı. Hekimler ve hemşirelere Nisan-Mayıs 2018 tarihleri arasında çalışma alanlarında ulaşılarak gönüllülük esasına göre anket uygulandı. Araştırmacı tarafından gönüllü katılımcılara araştırma ile ilgili sözlü bilgilendirme yapıldı. Dağıtılan formlar 3 bölümden oluştu. Birinci bölüm gönüllü katılımcı formuydu (EK-1). Bu formu araştırma hakkında genel bilgi ve katılımcının ulaşabilmesi için araştırmacının iletişim bilgilerini içeriyordu. Demografik bilgi formu olan ikinci bölümde (EK-2), meslek, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma alanı, mesleki tecrübe ve vizite kalma durumları gibi araştırmanın sonucunu etkileyebileceğini öngördüğümüz sosyo-demografik verilere yer verildi. Demografik bilgi formunda yer alan hekimler için çalışma alanları-branşları Dahili birimler (Acil Tıp, Aile Hekimliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Deri ve Zührevi Hastalıkları, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon, Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları, Nöroloji, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi, Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ve Tıbbi Genetik anabilim dalları), Cerrahi Birimler (Anesteziyoloji ve Reanimasyon, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Genel Cerrahisi, Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kalp ve Damar Cerrahisi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, Ortopedi ve Travmatoloji, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi ve Üroloji anabilim dalları) ve Temel Bilimler (Tıbbi Biyokimya ve Tıbbi Mikrobiyoloji anabilim dalları) olarak belirlendi. Temel Bilimler (n=4) alanında toplanan veri sayısının az olması nedeniyle, istatistiki analizde Dahili Bilimlere katılarak (Tablo 15) ve analiz dışı bırakılarak (Tablo 14) iki farklı istatistiki değerlendirme yapıldı. Üçüncü bölüm (EK-3) ise, 15 soru önermesinden oluşan işbirliğine yönelik beklenti ve algılamalarını ortaya koyacak olan Jefferson Hekim-Hemşire İşbirliği Skalası (JHHİS) oldu. Anketi tamamlamak için uygun görülen ortalama süre tahmini 5 dakika olarak gerçekleşti. Gönüllü katılımcı tarafından

doldurulan anket 1-7 gün sonunda katılımcının kendisi ya da sorumlusundan teslim alındı.

Jefferson Hekim ve Hemşire Mesleki İşbirliği Skalasının 15 sorusuna verilen cevaplar 4'lü likert tipi ölçek olup her bir madde için;

“Kesinlikle katılıyorum” ifadesi 4 puan,

”Katılıyorum” ifadesi 3 puan,

“Katılmıyorum” ifadesi 2 puan ve

“Kesinlikle katılmıyorum” ifadesi 1 puan şeklinde hesaplandı.

Her bir öneri için verilen yanıtlarda 4 puan en yüksek ve olumlu işbirliği tutumunu, 1 puan ise en düşük düzeyde ve olumsuz işbirliği tutumu olarak kabul edildi. Sonuç olarak işbirliğine yönelik tutum minimum ve maksimum puanı, ölçek ranjı 15-60 oldu. Gruplar arasında 15 soru önerisiyle bağımlı değişken olan JHHİS puanlarıyla istatistiki analizler yapıldı. Bu çalışmada JHHİS’nda toplam puan arttıkça, katılımcıların tutumları hekim-hemşire işbirliğine o kadar olumlu oldukları kabul edildi. 8 ve 10. sorular ters puanlanarak analizi gerçekleştirildi. Ortalamalar arasında farklılık varsa farklılığın nereden kaynaklandığı ortaya konuldu ve daha önce yapılan diğer çalışmalarla JHHİS ait literatürde yer alan Tablo 4’te yer alan toplam ve alt boyutlar incelenerek alınan puanlar hesaplandı.

Tablo 4: JHHİS Alt boyutları, soru önerisi içeriği ve ölçek ranjı

<u>JHHİS Alt Boyutu</u>	<u>Soru Önermesi</u>	<u>Ölçek Ranjı</u>
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	1, 3, 6, 9, 12, 14 ve 15	7-28
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	2, 4 ve 7	3-12
Hemşirenin Özerkliği	5, 11 ve 13	3-12
Hekimin Hakimiyeti	8, 10	2-8
JHHİS Toplam	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15	15-60

Ortak Eğitim ve Ekip Çalışması boyutunda daha yüksek bir faktör puanı, disiplinlerarası eğitime ve profesyoneller arası işbirliklerine daha fazla yöneldiğini göstermektedir. Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü boyutunda daha yüksek bir faktör puanı, hemşirelerin hasta bakımının psikososyal ve eğitimsel yönlerine katkısının daha olumlu bir görüşe sahip olduğunu göstermektedir. Hemşirenin Özerkliği boyutunda daha yüksek bir faktör puanı, hemşirelerin hasta bakımı ve politikaları ile ilgili kararlara katılımı ile daha fazla anlaşmaya işaret etmektedir. Hekimin hakimiyeti ilişkin daha yüksek bir faktör puanı, hekimlerin hasta bakımında tamamen baskın rolünü reddettiğini göstermektedir (bu faktörün sonuçları tersine çevrilmiştir) (45).

Tablo 5: İşbirliğine yönelik tutum puanlarının değerlendirilmesi

İşbirliği tutumu puan düzeyi ve aralığı	JHHİS Toplam	Ortak Eğitim ve Çalışması	Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	Hemşirenin Özerkliği	Hekimin Hakimiyeti
Çok düşük	15<x <24	7<x <11,2	3<x <4,8	3<x <4,8	2<x <3,2
Düşük	24<x <33	11,2<x <15,4	4,8<x <6,6	4,8<x <6,6	3,2<x <4,4
Orta	33<x <42	15,4<x <19,6	6,6 <x <8,4	6,6 <x <8,4	4,4 <x <5,6
Yüksek	42<x <51	19,6<x <23,8	8,4<x <10,2	8,4<x <10,2	5,6<x <6,8
Çok yüksek	51<x <60	23,8<x <28	10,2<x <12	10,2<x <12	6,8<x <8

Sonuçların tutum puanlarının değerlendirilmesinde JHHİS toplamda ve alt boyutlardaki ölçek ranjı aralığını oluşturan sayı (15 ile 60 arasında alınacak puan 45, (45 /5=9) 5 eşit aralığa bölünerek kesim noktaları belirlendi. Buna göre işbirliğine yönelik tutum puanları 5 farklı düzeyde hesaplanan birim aralıklarıyla çok düşük,

düşük, orta, yüksek ve çok yüksek düzeyde işbirliği tutumu şeklinde tablo 5'te belirtildiği gibi değerlendirildi.

JHHİS toplam işbirliği tutumu puan değerlendirilmesi;

Çok düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı: $15+9=24$, aralığı $15 < x < 24$ olarak belirlendi. Düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı: $24+9=33$ / $24 < x < 33$ olarak belirlendi. Orta düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı; $33+9=42$ / $33 < x < 42$ olarak belirlendi. Yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı; $42+9=51$ / $42 < x < 51$ belirlendi. Çok yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı; $51+9=60$ / $51 < x < 60$ olarak şeklinde tablo 5'te belirtildiği gibi belirlendi.

Ortak eğitim ve takım çalışması ölçek ranjı 7-28 olup 7 ile 28 arasında alınacak puan 21 olarak bulundu. 21 sayısı 5'e bölünerek işbirliğine yönelik tutum puanı 4,2'şer birim aralıklarla düzey olarak çok düşük, düşük, orta, yüksek ve çok yüksek işbirliği tutumu şeklinde değerlendirildi.

Ortak eğitim ve takım çalışması işbirliği tutumu puan değerlendirilmesi;

Çok düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı: $7+4,2=11,2$ ve aralığı $7 < x < 11,2$ olarak belirlendi. Düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı: $11,2+4,2=15,4$ ve aralığı $11,2 < x < 15,4$ olarak belirlendi. Orta düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı; $15,4+4,2=19,6$ ve aralığı $15,4 < x < 19,6$ olarak belirlendi. Yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı; $19,6+4,2=23,8$ ve aralığı $19,6 < x < 23,8$ olarak belirlendi. Çok yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı; $23,8+4,2=28$ ve aralığı $23,8 < x < 28$ olarak tablo 5'te belirtildiği gibi belirlendi.

Tedavi ve bakımda hemşirenin rolü ölçek ranjı 3-12 olup 3 ile 12 arasında alınacak puan 9 olarak bulundu. 9 sayısı 5'e bölünerek işbirliğine yönelik tutum puanı 1,8'er birim aralıklarla düzey olarak çok düşük, düşük, orta, yüksek ve çok yüksek işbirliği tutumu şeklinde değerlendirildi.

Tedavi ve bakımda hemşirenin rolü işbirliği tutumu puan değerlendirilmesi;

Çok düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı $3+1,8= 4,8$ ve aralığı $3<x<4,8$ belirlendi. Düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı $4,8+1,8=6,6$ ve aralığı $4,8<x<6,6$ belirlendi. Orta düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı; $6,6+1,8=8,4$ ve aralığı $6,6 <x<8,4$ belirlendi. Yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı; $8,4+1,8=10,2$ ve aralığı $8,4<x<10,2$ belirlendi. Çok yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / Aralığı; $10,2+1,8=12$ ve aralığı $10,2<x<12$ tablo 5'te belirtildiği gibi belirlendi.

Hemşirenin Özerkliği ölçek ranjı 3-12 olup 3 ile 12 arasında alınacak puan 9 olarak bulundu. 9 sayısı 5'e bölünerek işbirliğine yönelik tutum puanı 1,8'er birim aralıklarla düzey olarak çok düşük, düşük, orta, yüksek ve çok yüksek işbirliği tutumu şeklinde değerlendirildi.

Hemşirenin özerkliği işbirliği tutumu puan değerlendirilmesi;

Çok düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı/ Aralığı: $3+1,8= 4,8$ ve aralığı $3< x <4,8$ olarak belirlendi. Düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı: $4,8+1,8=6,6$ ve aralığı $4,8<x<6,6$ belirlendi. Orta düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı; $6,6+1,8=8,4$ ve aralığı $6,6 <x<8,4$ olarak belirlendi. Yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı; $8,4+1,8=10,2$ ve aralığı $8,4<x<10,2$ olarak belirlendi. Çok yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı; $10,2+1,8=12$ ve aralığı $10,2<x<12$ olarak tablo 5'te belirtildiği gibi belirlendi.

Hekimin hakimiyeti ölçek ranjı 2-8 olup 2 ile 8 arasında alınacak puan 6 olarak bulundu. 6 sayısı 5'e bölünerek işbirliğine yönelik tutum puanı 1,2'er birim aralıklarla düzey olarak çok düşük, düşük, orta, yüksek ve çok yüksek düzeyde işbirliği tutumu şeklinde değerlendirildi.

Hekimin hakimiyeti işbirliği tutumu puan değerlendirilmesi;

Çok düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı: $2+1,2= 3,2$ ve aralığı $2< x <3,2$ olarak belirlendi. Düşük düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı: $3,2+1,2=4,4$ ve aralığı $3,2<x<4,4$ olarak belirlendi. Orta düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı; $4,4+1,2=5,6$ ve aralığı $4,4 <x<5,6$ olarak

belirlendi. Yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı; $5,6+1,2=6,8$ ve aralığı $5,6<x<6,8$ olarak belirlendi. Çok yüksek düzeyde işbirliği tutumu puan aralığının hesabı / aralığı; $6,8+1,2=8$ ve aralığı $6,8<x<8$ olarak tablo 5’te belirtildiği gibi belirlendi.

3.5. Araştırmanın Hipotezleri ve Bağımlı-Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni Jefferson Hekim-Hemşire İşbirliği Skalası (JHHİS) skoru (puanı), bağımsız değişkenleri ise meslek, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma alanı, mesleki tecrübe ve vizite kalma durumları gibi sosyo-demografik özellikler olacaktır.

Hipotez:1

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin, mesleklerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin, mesleklerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

Hipotez:2

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, cinsiyetlerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, cinsiyetlerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

Hipotez:3

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, yaşlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, yaşlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

Hipotez:4

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, eğitim durumlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, eğitim durumlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

Hipotez:5

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin, çalışma alanlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin, çalışma alanlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

Hipotez:6

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin, branşlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin, branşlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

Hipotez:7

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, mesleki tecrübe sürelerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, mesleki tecrübe sürelerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

Hipotez:8

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin, ziyaret yapma durumlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin, ziyaret yapma durumlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.



4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan çalışanların ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular tablo 6’da ve tablo 7’ de yer almaktadır.

Tablo 6. Tanımlayıcı özelliklerin dağılımı-1

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Meslek Grubu	Uzman Hekim	83	28
	Asistan Hekim	66	22,2
	Hemşire	148	49,8
	Toplam	297	100,0
Meslek	Hekim	149	50,2
	Hemşire	148	49,8
	Toplam	297	100,0
Cinsiyet	Kadın	190	64,0
	Erkek	107	36,0
	Toplam	297	100,0
Yaş	20-30	139	46,8
	31-40	82	27,6
	41-50	42	14,1
	51 ve üzeri	34	11,4
	Toplam	297	100,0
Eğitim Durumu	Lise	15	5,1
	Önlisans	24	8,1
	Lisans	90	30,3
	Yüksek Lisans	85	28,6
	Doktora	83	27,9
	Toplam	297	100,0
Hemşire Çalışma Alanı	Acil Servis	24	16,2
	Yoğun Bakım Servisi	25	16,9
	Poliklinik	25	16,9
	Ameliyathane	36	24,3
	Yataklı Bakım Servisi	38	25,7
	Toplam	148	100,0
Hekim Çalışma Alanı	Dahili	84	56,4
	Cerrahi	61	40,9
	Temel Bilimler	4	2,7
	Toplam	149	100,0

Tablo :7 Tanımlayıcı özelliklerin dağılımı-2

Tablolar	Gruplar	Frekans(n)	Yüzde(%)
Hekim Anabilim Dalı	Acil Tıp	15	10,1
	Aile Hekimliği	9	6,0
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	12	8,1
	Deri ve Zührevi Hastalıkları	2	1,3
	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	7	4,7
	Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon	3	2,0
	Göğüs Hastalıkları	1	0,7
	İç Hastalıkları	21	14,1
	Nöroloji	3	2,0
	Nükleer Tıp	5	3,4
	Radyasyon Onkolojisi	3	2,0
	Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	2	1,3
	Tıbbi Genetik	1	0,7
	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	11	7,4
	Beyin ve Sinir Cerrahisi	6	4,0
	Genel Cerrahi	20	13,4
	Göz Hastalıkları	3	2,0
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	5	3,4
	Kalp ve Damar Cerrahisi	1	0,7
	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	7	4,7
	Ortopedi ve Travmatoloji	2	1,3
	Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	3	2,0
	Üroloji	3	2,0
	Tıbbi Biyokimya	3	2,0
	Tıbbi Mikrobiyoloji	1	0,7
	Toplam	149	100,0
Meslek Tecrübesi	1 Yıldan Az	22	7,4
	1-10 Yıl	155	52,2
	11-20 Yıl	58	19,5
	21 Yıl ve üzeri	62	20,9
	Toplam	297	100,0
Birlikte Vizite Yapma Durumu	Var	191	64,3
	Yok	106	35,7
	Toplam	297	100,0
Çalışma Şekli	Kadrolu	245	82,5
	Sözleşmeli	52	17,5
	Toplam	297	100,0

Çalışmaya katılanların; 149'u (%50,2) hekim (66'sı %22'si asistan hekim, 83'ü %28'i uzman hekim), 148'i (%49,8) hemşiredir. 190'ı (%64,0) kadın, 107'si (%36,0) erkektir. 139'u (%46,8) 20-30, 82'si (%27,6) 31-40, 42'si (%14,1) 41-50, 34'ü (%11,4) 51 ve üzeri yaş grubundadır. 15'i (%5,1) lise, 24'ü (%8,1) önlisans, 90'ı (%30,3) lisans, 85'i (%28,6) yüksek lisans, 83'ü (%27,9) doktora eğitimi almışlardır (Tablo 6).

Hemşirelerin 24'ü (%16,2) acil serviste, 25'i (%16,9) yoğun bakım serviste, 25'i (%16,9) poliklinikte, 36'sı (%24,3) ameliyathanede, 38'i (%25,7) yataklı bakım servisinde çalışmaktadır. Hekimlerin 84'ü (%56,4) dahili, 61'i (%40,9) cerrahi, 4'ü (%2,7) temel bilimler alanında çalışmaktadır (Tablo 6).

Hekimlerin 15'i (%10,1) Acil Tıp, 9'u (%6,0) Aile Hekimliği, 12'si (%8,1) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, 2'si (%1,3) Deri ve Zührevi Hastalıkları, 7'si (%4,7) Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, 3'ü (%2,0) Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon, 1'i (%0,7) Göğüs Hastalıkları, 21'i (%14,1) İç Hastalıkları, 3'ü (%2,0) Nöroloji, 5'i (%3,4) Nükleer Tıp, 3'ü (%2,0) Radyasyon Onkolojisi, 2'si (%1,3) Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1'i (%0,7) Tıbbi Genetik, 11'i (%7,4) Anesteziyoloji ve Reanimasyon, 6'sı (%4,0) Beyin ve Sinir Cerrahisi, 20'si (%13,4) Genel Cerrahi, 3'ü (%2,0) Göz Hastalıkları, 5'i (%3,4) Kadın Hastalıkları ve Doğum, 1'i (%0,7), Kalp ve Damar Cerrahisi, 7'si (%4,7) Kulak Burun Boğaz Hastalıkları, 2'si (%1,3) Ortopedi ve Travmatoloji, 3'ü (%2,0) Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi, 3'ü (%2,0) Üroloji, 3'ü (%2,0) Tıbbi Biyokimya ve 1'i (%0,7) Tıbbi Mikrobiyoloji anabilim dalında çalışmaktadır (Tablo 7).

Çalışmaya katılanların; 22'si(%7,4) 1 yıldan az, 155'i(%52,2) 1-10 yıl, 58'i(%19,5) 11-20 yıl, 62'si(%20,9) 21 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahiptir. 191'i (%64,3) birlikte vizite katıldıklarını, 106'sı (%35,7) birlikte vizite katılmadıklarını belirtmektedir. 245'i(%82,5) kadrolu, 52'si(%17,5) sözleşmeli olarak dağılmaktadır (Tablo 7).

Tablo 8. HHİ puan ortalamaları

	n	Ort	Ss	Min.	Max.	Ölçek Ranji
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	297	24,273	2,960	12	28	7-28
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	297	9,677	1,455	5	12	3-12
Hemşirenin Özerkliği	297	10,495	1,271	7	12	3-12
Hekimin Hakimiyeti	297	5,411	1,602	2	8	2-8
HHİ Toplam	297	49,855	5,468	31	59	15-60

JHHİS toplamda minimum 15 puan; maksimum ise 60 puan alabilmektedirler. Ölçekten alınan puanın yükselmesi işbirliğine yönelik olumlu tutumun arttığını göstermektedir. JHHİS ortalama puanı 49,855'tir, bu yüksek düzey puan hekimler ve hemşirelerde yüksek düzey bir işbirliğine yönelik tutum varlığını göstermektedir (Tablo 8).

Ortak eğitim ve takım çalışması alt boyutundan minimum 7 puan; maksimum ise 28 puan alabilmektedirler. Ortak eğitim ve takım çalışması alt boyutundan alınan puanın yükselmesi ortak eğitim ve takım çalışması işbirliğine yönelik olumlu tutumun arttığını göstermektedir. Ortak eğitim ve takım çalışması alt boyutundan ortalama puanı tablo 8'de belirtildiği gibi 24,273'tür, bu çok yüksek düzey puan hekim ve hemşirelerde çok yüksek düzey bir ortak eğitim ve takım çalışması işbirliğine yönelik tutumun varlığını göstermektedir.

Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü boyutundan minimum 3 puan; maksimum ise 12 puan alabilmektedirler. Tedavi ve bakımda hemşirenin rolü alt boyutundan alınan puanın yükselmesi Tedavi ve bakımda hemşirenin rolü işbirliğine yönelik olumlu tutumun arttığını göstermektedir. Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü alt boyutundan ortalama puanı, tablo 8'de belirtildiği gibi 9,677'dir, bu yüksek düzey puan hekim ve hemşirelerde yüksek düzey bir tedavi ve bakımda hemşirenin rolü işbirliğine yönelik tutum varlığını göstermektedir.

Hemşirenin Özerkliği alt boyutundan minimum 3 puan; maksimum ise 12 puan alabilmektedirler. Hemşirenin Özerkliği alt boyutundan alınan puanın yükselmesi

Hemşirenin Özerkliğine yönelik olumlu tutumun arttığını göstermektedir. Hemşirenin Özerkliği alt boyutundan ortalama puanı, tablo 8’de belirtildiği gibi 10,495’tir, bu puan çok yüksek düzey hekim ve hemşirelerde çok yüksek düzey bir Hemşirenin Özerkliğine yönelik işbirliği tutum varlığını göstermektedir.

Hekimin Hakimiyeti alt boyutundan minimum 2 puan; maksimum ise 8 puan alabilmektedirler. Hekimin Hakimiyeti alt boyutundan alınan puanın orta düzeyde olması Hekimin Hakimiyetine yönelik tutumun azaldığını göstermektedir. Hekimin Hakimiyeti alt boyutundan ortalama puanı, tablo 8’de belirtildiği gibi 5,411’dir, bu puan orta düzey hekim ve hemşirelerde orta düzey bir Hekimin Hakimiyetine yönelik işbirliği tutum varlığını göstermektedir.

Tablo 9. HHİ puanlarının mesleğe göre ortalamaları

	Grup	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	Uzman Hekim	83	23,868	2,995	14,372	0,000 ^a	3>1 ^b 1>2 ^b 3>2 ^b
	Asistan Hekim	66	22,939	3,459			
	Hemşire	148	25,095	2,403			
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	Uzman Hekim	83	9,133	1,429	28,508	0,000 ^a	3>1 ^b 3>2 ^b
	Asistan Hekim	66	9,046	1,430			
	Hemşire	148	10,264	1,236			
Hemşirenin Özerkliği	Uzman Hekim	83	10,386	1,188	4,252	0,015 ^a	3>2 ^b
	Asistan Hekim	66	10,182	1,227			
	Hemşire	148	10,696	1,308			
Hekimin Hakimiyeti	Uzman Hekim	83	4,831	1,472	31,457	0,000 ^a	3>1 ^b 3>2 ^b
	Asistan Hekim	66	4,636	1,432			
	Hemşire	148	6,081	1,464			
HHİ Toplam	Uzman Hekim	83	48,217	5,012	32,610	0,000 ^a	3>1 ^b 3>2 ^b
	Asistan Hekim	66	46,803	5,424			
	Hemşire	148	52,135	4,717			

^a: Tek yönlü (Oneway) Anova testi /^b: Tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi/ 1: Uzman Hekim, 2: Asistan Hekim, 3 Hemşire.

JHHİS toplam puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 9’da belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=32,610; p=0,000<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek hemşire olanların JHHİS toplam puanları (52,135±4,717), meslek uzman hekim olanların HHİ toplam puanlarından (48,217±5,012) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Meslek hemşire olanların HHİ toplam puanları (52,135±4,717),

meslek asistan hekim olanların HHİ toplam puanlarından (46,803±5,424) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve yüksek bulunmuştur. Alınan bu yüksek puan hemşirelerde uzman hekimler ve asistan hekimlere göre, daha yüksek düzey işbirliği tutum varlığını göstermekte, hemşirelerin uzman hekimler ve asistan hekimlere göre işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

Ortak eğitim ve takım çalışması puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 9'da belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=14,372; p=0,000<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek hemşire olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanları (25,095±2,403), meslek uzman hekim olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanlarından (23,868±2,995) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Meslek uzman hekim olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanları (23,868±2,995), meslek asistan hekim olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanlarından (22,939±3,459) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Meslek hemşire olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanları (25,095±2,403), meslek asistan hekim olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanlarından (22,939±3,459) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ortak eğitim ve takım çalışması alt boyutunda alınan yüksek düzeyde puanlar uzman hekimler, asistan hekimler ve hemşirelerin eğitim sırasında, tıbbi ve hemşirelik öğrencileri kendi rollerini anlamak için takım çalışmasında birlikte yer alması fikrini desteklediklerini göstermekte, hemşirelerin uzman hekim ve asistan hekimlere göre, uzman hekimlerin de asistan hekimlere göre ortak eğitim ve takım çalışması fikrine ve işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

Tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 9'da belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=28,508; p=0,000<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek hemşire olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları (10,264±1,236), meslek uzman hekim olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü

puanlarından (9,133±1,429) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Meslek hemşire olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları (10,264±1,236), meslek asistan hekim olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanlarından (9,046±1,430) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Tedavi ve bakımda hemşirenin rolü alt boyutunda alınan yüksek düzeydeki puanlar asistan hekimlerin, uzman hekimlerin ve hemşirelerin hastaların ihtiyaçlarının psikolojik yönlerini değerlendirmek ve bunlara cevap vermek için hemşirelerin yeterli oldukları düşüncesinde hemfikir olduklarını göstermektedir. Hemşirelerin uzman hekimlere ve asistan hekimlere göre, bu düşüncüyü daha çok benimsedikleri ve işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

Hemşirenin özerkliği puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 9’da belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=4,252$; $p=0,015<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek hemşire olanların hemşirenin özerkliği puanları (10,696±1,308), meslek asistan hekim olanların hemşirenin özerkliği puanlarından (10,182±1,227) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hemşirenin özerkliği alt boyutunda alınan yüksek düzeyde puanlar uzman hekimlerin, asistan hekimlerin ve hemşirelerin hastane destek hizmetleriyle ilgili karar verme sürecine hemşirelerin ortak katılımı söz sahibi olmasını desteklediklerini göstermekte olup, hemşirelerin uzman hekim ve asistan hekimlere göre işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

Hekimin hakimiyeti puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 9’da belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=31,457$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek hemşire olanların hekimin hakimiyeti puanları (6,081±1,464), meslek uzman hekim olanların hekimin hakimiyeti orta düzeyde olan puanlarından (4,831±1,472) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Mesleği hemşire olanların hekimin hakimiyeti puanları yüksek düzey (6,081±1,464), meslek asistan hekim olanların hekimin hakimiyeti orta düzeyde olan puanlarından (4,636±1,432) istatistiksel olarak

anlamli düzeyde yuksek bulunmuştur. Hekimin hakimiyeti alt boyutunda uzman hekimler, asistan hekimler işbirliği tutum puanı olarak hasta bakımında orta düzeyde işbirliği puanı olarak hekimlerin egemen rolünü kabul etme eğiliminde olduklarını, hemşireler ise yuksek düzeyde işbirliği puanı olarak hasta bakımında hekimlerin egemen rolünü reddetme eğiliminde olduklarını göstermektedir. Hemşirelerin uzman hekim ve asistan hekimlere göre işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin, mesleklerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır hipotezi doğrulanmıştır (p<0.05).

Tablo 10. HHİ cinsiyete göre ortalamaları

	Grup	n	Ort	Ss	t	P
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	Kadın	190	24,495	2,752	1,728	0,085 ^c
	Erkek	107	23,879	3,273		
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	Kadın	190	9,684	1,446	0,117	0,907 ^c
	Erkek	107	9,664	1,479		
Hemşirenin Özerkliği	Kadın	190	10,500	1,276	0,091	0,927 ^c
	Erkek	107	10,486	1,269		
Hekimin Hakimiyeti	Kadın	190	5,663	1,578	3,694	0,000^c
	Erkek	107	4,963	1,554		
HHİ Toplam	Kadın	190	50,342	5,278	2,056	0,041^c
	Erkek	107	48,991	5,714		

^c: T testi / 1: Kadın, 2: Erkek

Araştırmaya katılan çalışanların HHİ toplam puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 10'da belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(295)}=2.056$; $p=0.041<0,05$). Kadınların HHİ toplam puanları ($\bar{x}=50,342$), erkeklerin HHİ toplam puanlarından ($\bar{x}=48,991$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yuksek bulunmuştur. Bu puanlar kadınlar ve erkeklerde yuksek düzey işbirliği tutum varlığını, kadınların erkeklere göre işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların ortak eğitim ve takım çalışması, tedavi ve bakımda hemşirenin rolü, hemşirenin özerkliği puanları ortalamalarının cinsiyet

değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 10'da belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Araştırmaya katılan çalışanların hekimin hakimiyeti puanları ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 10'da belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(295)} = 3.694$; $p = 0.000 < 0,05$). Kadınların hekimin hakimiyeti puanları ($\bar{x} = 5,663$), erkeklerin hekimin hakimiyeti puanlarından ($\bar{x} = 4,963$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar erkek grubunda orta düzey işbirliği tutum varlığını, hemşire grubunda ise yüksek düzey işbirliği tutum varlığını, kadınların erkeklere göre işbirliğine daha yatkın olduklarını göstermektedir.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, cinsiyetlerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır hipotezi doğrulanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 11. HHİ yaşa göre ortalamaları

	Grup	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	20-30	139	24,389	3,013	1,653	0,177 ^a	
	31-40	82	24,512	2,741			
	41-50	42	24,262	2,499			
	51 Ve üzeri	34	23,235	3,619			
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	20-30	139	9,835	1,438	3,367	0,019 ^a	1>4 ^b 2>4 ^b
	31-40	82	9,805	1,427			
	41-50	42	9,405	1,449			
	51 Ve üzeri	34	9,059	1,455			
Hemşirenin Özerkliği	20-30	139	10,619	1,236	1,042	0,374 ^a	
	31-40	82	10,463	1,390			
	41-50	42	10,286	1,111			
	51 Ve üzeri	34	10,324	1,296			
Hekimin Hakimiyeti	20-30	139	5,417	1,555	3,078	0,028 ^a	1>4 ^b 2>4 ^b 3>4 ^b
	31-40	82	5,634	1,536			
	41-50	42	5,548	1,742			
	51 Ve üzeri	34	4,677	1,628			
HHİ Toplam	20-30	139	50,259	5,467	3,151	0,025 ^a	1>4 ^b 2>4 ^b
	31-40	82	50,415	5,280			
	41-50	42	49,500	5,246			
	51 Ve üzeri	34	47,294	5,676			

^a :Tek yönlü (Oneway) Anova testi / ^b: Tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi/ 1: 20-30, 2: 31-40, 3: 41-50, 4: 51 ve üzeri

Araştırmaya katılan çalışanların HHİ toplam puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 11’de belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=3,151; p=0,025<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 20-30 olanların HHİ toplam puanları (50,259±5,467), yaşı 51 ve üzeri olanların HHİ toplam puanlarından (47,294±5,676) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşı 31-40 olanların HHİ toplam puanları (50,415±5,280), yaşı 51 ve üzeri olanların HHİ toplam puanlarından (47,294±5,676) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Genç çalışanların, daha yaşlılara

göre daha yüksek düzey işbirliği tutumu göstermekte ve işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların ortak eğitim ve takım çalışması, hemşirenin özerkliği puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 11’de belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Araştırmaya katılan çalışanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 11’de belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,367$; $p=0,019<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 20-30 olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları ($9,835\pm 1,438$), yaşı 51 ve üzeri olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanlarından ($9,059\pm 1,455$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşı 31-40 olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları ($9,805\pm 1,427$), yaşı 51 ve üzeri olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanlarından ($9,059\pm 1,455$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar yüksek düzeyde işbirliği tutumunun varlığını göstermektedir. Yaşça daha genç olanların diğerine göre tedavi ve bakımda hemşirenin rolününün daha çok olduğunu belirttiği, işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir

Araştırmaya katılan çalışanların hekimin hakimiyeti puanları ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 11’de belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,078$; $p=0,028<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Yaşı 20-30 olanların hekimin hakimiyeti puanları ($5,417\pm 1,555$), yaşı 51 ve üzeri olanların hekimin hakimiyeti puanlarından ($4,677\pm 1,628$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşı 31-40 olanların hekimin hakimiyeti puanları ($5,634\pm 1,536$), yaşı 51 ve üzeri olanların hekimin hakimiyeti puanlarından ($4,677\pm 1,628$) yüksek bulunmuştur. Yaşı 41-50 olanların hekimin hakimiyeti puanları ($5,548\pm 1,742$), yaşı 51 ve üzeri olanların hekimin hakimiyeti puanlarından

(4,677±1,628) istatiksels olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. 20-30, 31-40 ve 41-50 yaş gruplarının, 51 ve üzeri yaş grubuna göre hekimin hakimiyeti alt boyutunda daha yüksek işbirliği tutum puanına sahip oldukları, genç yaş gruplarının işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, yaşlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır hipotezi doğrulanmıştır (p<0.05).

Tablo 12: HHİ eğitim durumuna göre ortalamaları

	Grup	n	Ort	Ss	F	P	Fark
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	Lise	15	25,733	2,314	5,776	0,000 ^a	1>2 ^b
	Önlisans	24	23,625	2,618			3>2 ^b
	Lisans	90	25,267	2,277			1>4 ^b
	Yüksek Lisans	85	23,541	3,404			3>4 ^b
	Doktora	83	23,868	2,995			1>5 ^b 3>5 ^b
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	Lise	15	9,667	1,047	11,740	0,000 ^a	3>1 ^b
	Önlisans	24	9,708	1,301			3>2 ^b
	Lisans	90	10,456	1,172			3>4 ^b
	Yüksek Lisans	85	9,377	1,527			3>5 ^b
	Doktora	83	9,133	1,429			
Hemşirenin Özerkliği	Lise	15	10,933	1,100	2,640	0,034 ^a	3>2 ^b
	Önlisans	24	10,125	1,329			3>4 ^b
	Lisans	90	10,778	1,305			3>5 ^b
	Yüksek Lisans	85	10,329	1,276			
	Doktora	83	10,386	1,188			
Hekimin Hakimiyeti	Lise	15	5,333	1,839	12,740	0,000 ^a	3>1 ^b
	Önlisans	24	5,708	1,517			2>4 ^b
	Lisans	90	6,278	1,324			3>4 ^b
	Yüksek Lisans	85	4,988	1,592			2>5 ^b
	Doktora	83	4,831	1,472			3>5 ^b
HHİ Toplam	Lise	15	51,667	4,047	12,288	0,000 ^a	3>2 ^b
	Önlisans	24	49,167	4,869			1>4 ^b
	Lisans	90	52,778	4,489			3>4 ^b
	Yüksek Lisans	85	48,235	5,923			1>5 ^b
	Doktora	83	48,217	5,012			3>5 ^b

^a: Tek yönlü (Oneway) Anova testi /^b: Tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi/ 1: Lise, 2: Önlisans, 3: Lisans, 4: Yüksek Lisans, 5: Doktora.

Araştırmaya katılan çalışanların HHİ toplam puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 12’de belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=12,288$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu lisans olanların HHİ toplam puanları ($52,778\pm 4,489$), eğitim durumu önlisans olanların HHİ toplam puanlarından ($49,167\pm 4,869$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lise olanların HHİ toplam puanları ($51,667\pm 4,047$), eğitim durumu yüksek lisans olanların HHİ toplam puanlarından ($48,235\pm 5,923$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların HHİ toplam puanları ($52,778\pm 4,489$), eğitim durumu yüksek lisans olanların HHİ toplam puanlarından ($48,235\pm 5,923$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lise olanların HHİ toplam puanları ($51,667\pm 4,047$), eğitim durumu doktora olanların HHİ toplam puanlarından ($48,217\pm 5,012$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların HHİ toplam puanları ($52,778\pm 4,489$), eğitim durumu doktora olanların HHİ toplam puanlarından ($48,217\pm 5,012$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi lise ve lisans olanların önlisans, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeylerine göre işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların Ortak Eğitim Ve Takım Çalışması puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 12’de belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=5,776$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu lise olanların Ortak Eğitim Ve Takım Çalışması puanları ($25,733\pm 2,314$), eğitim durumu önlisans olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanlarından ($23,625\pm 2,618$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanları ($25,267\pm 2,277$), eğitim durumu önlisans olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanlarından ($23,625\pm 2,618$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lise olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanları ($25,733\pm 2,314$), eğitim durumu yüksek lisans olanların ortak eğitim

ve takım çalışması puanlarından (23,541±3,404) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanları (25,267±2,277), eğitim durumu yüksek lisans olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanlarından (23,541±3,404) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lise olanların Ortak Eğitim Ve Takım Çalışması puanları (25,733±2,314), eğitim durumu doktora olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanlarından (23,868±2,995) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların ortak eğitim ve takım çalışması puanları (25,267±2,277), eğitim durumu doktora olanların Ortak Eğitim ve Takım Çalışması puanlarından (23,868±2,995) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar önlisans ve yüksek lisans gruplarında yüksek düzey işbirliği tutum varlığını, lise, lisans ve doktora grubunda ise çok yüksek düzey işbirliği tutum varlığını göstermektedir. Eğitim düzeyi lise olanların önlisans, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeylerine göre, eğitim düzeyi lisans olanların ise önlisans, yüksek lisans ve doktora göre işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 12’de belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=11,740$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu lisans olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları (10,456±1,172), eğitim durumu lise olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanlarından (9,667±1,047) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları (10,456±1,172), eğitim durumu önlisans olanların t tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanlarından (9,708±1,301) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları (10,456±1,172), eğitim durumu yüksek lisans olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanlarından (9,377±1,527) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları (10,456±1,172), eğitim durumu doktora olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanlarından (9,133±1,429) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar lise, önlisans, yüksek lisans ve doktora gruplarında

yüksek düzey işbirliği tutum varlığını, lisans grubunda ise çok yüksek düzey işbirliği tutum varlığını göstermektedir. Eğitim düzeyi lisans olanların lise, önlisans, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeylerine göre işbirliğine daha yatkın olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların hemşirenin özerkliği puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 12’de belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,640$; $p=0,034<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu lisans olanların hemşirenin özerkliği puanları ($10,778\pm 1,305$), eğitim durumu önlisans olanların hemşirenin özerkliği puanlarından ($10,125\pm 1,329$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların hemşirenin özerkliği puanları ($10,778\pm 1,305$), eğitim durumu yüksek lisans olanların hemşirenin özerkliği puanlarından ($10,329\pm 1,276$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların hemşirenin özerkliği puanları ($10,778\pm 1,305$), eğitim durumu doktora olanların hemşirenin özerkliği puanlarından ($10,386\pm 1,188$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar önlisans grubunda yüksek düzey işbirliği tutum varlığını, lise, lisans, yüksek lisans ve doktora grubunda ise çok yüksek düzey işbirliği tutum varlığını göstermektedir. Eğitim düzeyi lisans olanların önlisans, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeylerine göre işbirliğine daha yatkın olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan çalışanların hekimin hakimiyeti puanları ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 12’de belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=12,740$; $p=0,000<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Eğitim durumu lisans olanların hekimin hakimiyeti puanları ($6,278\pm 1,324$), eğitim durumu lise olanların hekimin hakimiyeti puanlarından ($5,333\pm 1,839$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu önlisans olanların hekimin hakimiyeti puanları ($5,708\pm 1,517$), eğitim durumu yüksek lisans olanların hekimin hakimiyeti puanlarından ($4,988\pm 1,592$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların hekimin hakimiyeti puanları ($6,278\pm 1,324$), eğitim durumu yüksek lisans olanların hekimin hakimiyeti

puanlarından (4,988±1,592) istatiksels olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu önlisans olanların hekimin hakimiyeti puanları (5,708±1,517), eğitim durumu doktora olanların hekimin hakimiyeti puanlarından (4,831±1,472) istatiksels olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lisans olanların hekimin hakimiyeti puanları (6,278±1,324), eğitim durumu doktora olanların hekimin hakimiyeti puanlarından (4,831±1,472) istatiksels olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar lise, Yüksek lisans ve doktora gruplarında orta düzey işbirliği tutum varlığını, önlisans ve lisans gruplarında ise yüksek düzey işbirliği tutum varlığını göstermektedir. Eğitim düzeyi önlisans olanların yüksek lisans ve doktora eğitim düzeylerine göre, eğitim düzeyi lisans olanların ise önlisans, yüksek lisans ve doktora göre işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, eğitim durumlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır hipotezi doğrulanmıştır (p<0.05).

Tablo 13. HHİ hemşire çalışma alanına göre ortalamaları

	Grup	n	Ort	Ss	F	p	Fark
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	Acil Servis	24	25,250	1,800	2,005	0,097 ^a	
	Yoğun Bakım Servisi	25	24,920	2,448			
	Poliklinik	25	24,360	2,984			
	Ameliyathane	36	24,750	2,209			
	Yataklı Bakım Servisi	38	25,921	2,329			
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	Acil Servis	24	10,500	1,063	1,707	0,152 ^a	
	Yoğun Bakım Servisi	25	10,360	1,411			
	Poliklinik	25	9,840	1,434			
	Ameliyathane	36	10,056	1,194			
	Yataklı Bakım Servisi	38	10,526	1,059			
Hemşirenin Özerkliği	Acil Servis	24	10,917	1,213	2,874	0,025 ^a	5>3 ^b 1>4 ^b 5>4 ^b
	Yoğun Bakım Servisi	25	10,760	1,234			
	Poliklinik	25	10,480	1,229			
	Ameliyathane	36	10,194	1,369			
	Yataklı Bakım Servisi	38	11,132	1,277			
Hekimin Hakimiyeti	Acil Servis	24	6,042	1,488	0,793	0,532 ^a	
	Yoğun Bakım Servisi	25	6,280	1,429			
	Poliklinik	25	5,880	1,856			
	Ameliyathane	36	5,833	1,231			
	Yataklı Bakım Servisi	38	6,342	1,400			
HHİ Toplam	Acil Servis	24	52,708	3,593	2,996	0,021 ^a	5>3 ^b 5>4 ^b
	Yoğun Bakım Servisi	25	52,320	4,939			
	Poliklinik	25	50,560	5,657			
	Ameliyathane	36	50,833	4,300			
	Yataklı Bakım Servisi	38	53,921	4,414			

^a :Tek yönlü (Oneway) Anova testi /^b: Tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi/ 1: Acil Servis, 2: Yoğun Bakım Servisi, 3: Poliklinik, 4: Ameliyathane, 5: Yataklı Bakım Servisi.

HHİ toplam puanları ortalamalarının hemşire çalışma alanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 13'te belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(F=2,996; p=0,021<0.05). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi

yapılmıştır. Hemşire çalışma alanı yataklı bakım servisi olanların HHİ toplam puanları (53,921±4,414), hemşire çalışma alanı poliklinik olanların HHİ toplam puanlarından (50,560±5,657) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hemşire çalışma alanı yataklı bakım servisi olanların HHİ toplam puanları (53,921±4,414), hemşire çalışma alanı ameliyathane olanların HHİ toplam puanlarından (50,833±4,300) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar poliklinik ve ameliyathane gruplarında yüksek düzey işbirliği tutum varlığını, acil servis, yoğun bakım servisi ve yataklı bakım servisi gruplarında ise çok yüksek düzey işbirliği tutum varlığını göstermektedir. Yataklı bakım servisinde çalışan hemşirelerin poliklinik ve ameliyathanede çalışanlara göre işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

Ortak eğitim ve takım çalışması, tedavi ve bakımda hemşirenin rolü, hekimin hakimiyeti puanları ortalamalarının hemşire çalışma alanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 13'te belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$).

Hemşirenin özerkliği puanları ortalamalarının hemşire çalışma alanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 13'te belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=2,874$; $p=0,025<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Hemşire çalışma alanı yataklı bakım servisi olanların hemşirenin özerkliği puanları (11,132±1,277), hemşire çalışma alanı poliklinik olanların hemşirenin özerkliği puanlarından (10,480±1,229) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hemşire çalışma alanı acil servis olanların hemşirenin özerkliği puanları (10,917±1,213), hemşire çalışma alanı ameliyathane olanların hemşirenin özerkliği puanlarından (10,194±1,369) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hemşire çalışma alanı yataklı bakım servisi olanların hemşirenin özerkliği puanları (11,132±1,277), hemşire çalışma alanı ameliyathane olanların hemşirenin özerkliği puanlarından (10,194±1,369) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar acil servis, yoğun bakım servisi, poliklinik ve yataklı bakım servisi gruplarında çok yüksek düzey işbirliği tutum varlığını ameliyathane grubunda ise yüksek düzey işbirliği tutum varlığını göstermektedir. Yataklı bakım servisinde çalışanlar poliklinik

ve ameliyathaneye göre, acil serviste çalışan hemşirelerin ise ameliyathanede çalışanlara göre işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin, çalışma alanlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır hipotezi doğrulanmıştır ($p < 0.05$).

Tablo 14. HHİ hekim çalışma alanına göre ortalamaları-1

	Grup	n	Ort	Ss	t	p
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	Dahili	84	23,619	3,042	0,712	0,477 ^c
	Cerrahi	61	23,230	3,518		
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	Dahili	84	9,167	1,378	1,045	0,298 ^c
	Cerrahi	61	8,918	1,464		
Hemşirenin Özerkliği	Dahili	84	10,357	1,137	0,958	0,340 ^c
	Cerrahi	61	10,164	1,280		
Hekimin Hakimiyeti	Dahili	84	4,964	1,384	2,006	0,047^c
	Cerrahi	61	4,475	1,534		
HHİ Toplam	Dahili	84	48,107	4,992	1,514	0,132 ^c
	Cerrahi	61	46,787	5,438		

^c: T testi / 1: Dahili, 2: Cerrahi

HHİ toplam puanları ortalamalarının, ortak eğitim ve takım çalışması, Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü, hemşirenin özerkliği, hekim çalışma alanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 14'te belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekimin hakimiyeti puanları ortalamalarının hekim çalışma alanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 14'te belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($t_{(143)} = 2.006$; $p = 0.047 < 0,05$). Dahili alanda çalışanların hekimin hakimiyeti puanları ($\bar{x} = 4,964$), cerrahi alanda çalışanların hekimin hakimiyeti puanlarından ($\bar{x} = 4,475$) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar dahili ve cerrahi gruplarında orta düzey işbirliği tutum varlığını göstermektedir. Dahili branştaki hekimler cerrahi branştaki hekimlere göre hekimin hakimiyeti alt boyutunda, hasta bakımında hekimlerin egemen rolünü reddetme eğiliminde oldukları,

daha yüksek işbirliği tutum puanına sahip oldukları, dahili branştaki hekimlerin işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin, branşlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur hipotezi doğrulanmıştır (p>0.05).

Tablo 15. HHİ hekim çalışma alanına göre ortalamaları-2

	Grup	n	Ort	Ss	T	p
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	Dahili ve Temel Bilimler	88	23,614	3,026	0,712	0,477 ^c
	Cerrahi	61	23,230	3,518		
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	Dahili ve Temel Bilimler	88	9,216	1,393	1,257	0,211 ^c
	Cerrahi	61	8,918	1,464		
Hemşirenin Özerkliği	Dahili ve Temel Bilimler	88	10,386	1,149	1,109	0,269 ^c
	Cerrahi	61	10,164	1,280		
Hekimin Hakimiyeti	Dahili ve Temel Bilimler	88	4,932	1,371	1,902	0,059 ^c
	Cerrahi	61	4,475	1,534		
HHİ Toplam	Dahili ve Temel Bilimler	88	48,148	5,034	1,570	0,119 ^c
	Cerrahi	61	46,787	5,438		

^c: T testi / 1: Dahili ve Temel Bilimler, 2: Cerrahi

HHİ toplam puanları ortalamalarının, ortak eğitim ve takım çalışması, tedavi ve bakımda hemşirenin rolü, hemşirenin özerkliği, hekimin hakimiyeti puanları ortalamalarının hekim çalışma alanı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda tablo 15'te belirtildiği gibi grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (p>0,05).

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin, çalışma alanı-branşlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur hipotezi doğrulanmıştır (p>0.05).

Tablo 16. HHİ meslek tecrübesine göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	F	P	Fark
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	1 Yıldan Az	22	25,364	2,341	1,500	0,215	
	1-10 Yıl	155	24,265	3,035			
	11-20 Yıl	58	24,362	2,620			
	21 Yıl Ve üzeri	62	23,823	3,211			
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	1 Yıldan Az	22	10,273	0,935	2,718	0,045 ^a	1>4 ^b 2>4 ^b
	1-10 Yıl	155	9,742	1,511			
	11-20 Yıl	58	9,672	1,419			
	21 Yıl Ve üzeri	62	9,307	1,433			
Hemşirenin Özerkliği	1 Yıldan Az	22	10,955	1,174	1,233	0,298	
	1-10 Yıl	155	10,510	1,276			
	11-20 Yıl	58	10,397	1,297			
	21 Yıl Ve üzeri	62	10,387	1,259			
Hekimin Hakimiyeti	1 Yıldan Az	22	5,727	1,420	0,727	0,536	
	1-10 Yıl	155	5,400	1,582			
	11-20 Yıl	58	5,535	1,581			
	21 Yıl Ve üzeri	62	5,210	1,738			
HHİ Toplam	1 Yıldan Az	22	52,318	4,487	2,418	0,066	
	1-10 Yıl	155	49,916	5,588			
	11-20 Yıl	58	49,966	4,977			
	21 Yıl Ve üzeri	62	48,726	5,718			

^a :Tek yönlü (Oneway) Anova testi / ^b: Tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi/ 1: 1 Yıldan az, 2: 1-10 Yıl, 3: 11-20 Yıl, 4: 21 Yıl ve üzeri.

Araştırmaya katılan çalışanların ortak eğitim ve takım çalışması, hemşirenin özerkliği, hekimin hakimiyeti, HHİ toplam puanları ortalamalarının meslek tecrübesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda tablo 16’te belirtildiği gibi grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Araştırmaya katılan çalışanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları ortalamalarının meslek tecrübesi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark tablo 16’da belirtildiği gibi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur(F=2,718; p=0,045<0.05). Farklılıkların kaynaklarını

belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Meslek tecrübesi 1 yıldan az olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları (10,273±0,935), meslek tecrübesi 21 yıl ve üzeri olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanlarından (9,307±1,433) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Meslek tecrübesi 1-10 yıl olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanları (9,742±1,511), meslek tecrübesi 21 yıl ve üzeri olanların tedavi ve bakımda hemşirenin rolü puanlarından (9,307±1,433) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu puanlar 1 yıldan az grubunda çok yüksek düzey işbirliği tutum varlığını, 1-10 yıl, 11-20 yıl, 21 yıl ve üzeri gruplarında ise yüksek düzey işbirliği tutum varlığını göstermektedir. Mesleki tecrübesi 1 yıldan daha az olan ve 1-10 yıl olanlar 21 yıl ve üzeri tecrübesi olanlara göre tedavi ve bakımda hemşirenin rolünün daha çok olduğunu belirtmekte, işbirliğine daha yatkın oldukları görülmektedir.

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, mesleki tecrübe sürelerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur hipotezi doğrulanmıştır (p>0.05).

Tablo 17. HHİ birlikte vizite yapma durumuna göre ortalamaları

	Grup	N	Ort	Ss	t	P
Ortak Eğitim ve Takım Çalışması	Var	191	24,278	3,116	0,037	0,970 ^c
	Yok	106	24,264	2,670		
Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü	Var	191	9,723	1,466	0,727	0,468 ^c
	Yok	106	9,594	1,439		
Hemşirenin Özerkliği	Var	191	10,586	1,240	1,669	0,096 ^c
	Yok	106	10,330	1,315		
Hekimin Hakimiyeti	Var	191	5,340	1,662	-1,017	0,310 ^c
	Yok	106	5,538	1,488		
HHİ Toplam	Var	191	49,927	5,661	0,302	0,763 ^c
	Yok	106	49,726	5,126		

^c :T testi

Araştırmaya katılan çalışanların ortak eğitim ve takım çalışması, tedavi ve bakımda hemşirenin rolü, hemşirenin özerkliği, hekimin hakimiyeti, HHİ toplam puanları ortalamalarının birlikte vizite yapma durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda tablo

17'de belirtildiği gibi grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

H_0 : Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin, viziit yapma durumlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur hipotezi doğrulanmıştır ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

İşbirliği, herhangi bir boyun eğme olmaksızın karar alma sürecine katılanların bağımsızlığı, kararların müşterek mülkiyetini ve sonuçların ortak sorumluluğunu içeren bağımsız gruplar arasında ortak karar alma süreci olarak tanımlanmıştır (3). Karşılıklı saygı çerçevesinde, iletişime açık ve dürüst bir ilişki kurulduğunda işbirliğinin gerçekleşebileceği ifade edilmiştir (3, 57). 2009 yılında yapılan bir çalışmada HHİ öncülleri olarak etkili iletişimin önemi, birbirlerinin rolleri konusunda farkındalıkları, karşılıklı olarak saygı ve anlayışın olması, örgütsel anlamda teşvik ve iş yerinde ortak eğitimin gerekliliği konularının önemine dikkat çekilmiştir (33).

Günümüzde, bir sağlık çalışanının artık tüm hasta ihtiyaçlarını karşılayamadığı disiplinlerin artan çeşitliliği içinde bilgi akışını ve sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve sağlanmasını kolaylaştırmak için meslekler arası işbirliğinin geliştirilmesi şarttır (25). .Bu bağlamda son zamanlarda sağlık kurumlarında, sağlık hizmeti sunumunda, sağlık profesyonelleri arasındaki işbirliği ilişkileri oldukça önem kazanmış, maliyetin karşılanması ve bakım kalitesinin korunması için işbirliğini geliştirilmesi için yenilikçi yaklaşımları gerekli kılmıştır (45, 48). İşbirlikçi davranışların belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde özellikle kalite ve güvenlik alanlarında, gelecekteki uygulamalar üzerinde önemli bir etkiye sahip olabileceği ifade edilmiştir (64). Sağlık profesyonelleri arasında en sık etkileşim içinde olan hekim ve hemşire gruplarıdır. Bu gruplar içinde işbirliğini etkileyecek durumlar; hasta bakımı aşamasında hekimin hemşireyi pasif tutması, buna karşılık hemşirenin bakımda aktif rol almak istemesi ve sonuç olarak hemşirelerin geleneksel role hiyerarşiye karşı çıkılması olarak ifade edilmiştir (41). Sağlık ekibi arasında hiyerarşik bir ilişkinin gelişmesiyle oluşan işbirliğinden yoksun bir çalışma ortamı, sağlık çalışanlarının moralini, iş yerine bağlılığını ve iş memnuniyetini negatif olarak etkilediği belirtilmiştir (49).

Elsous 2016 yılında yaptığı çalışmada geleneksel görüşe göre hekimlerin hemşireleri uygulama için emir aldıkları astları olarak gördükleri ve hiyerarşik bir yaklaşım sergiledikleri için, hekim-hemşire ilişkisinde işbirliğine yönelik tutumlarını etkileyebileceği ifade etmiştir (36). Elsous'un JHHİS'nı kullanarak yaptığı çalışmada hekim- hemşire arasındaki işbirliğine yönelik tutumun anlamlı düzeyde farklı olduğunu ve hemşirelerin hekimlerden daha olumlu tutumlar gösterdiklerini ortaya koymuştur (36). Bu sonuçlardan farklı olarak Norveç'te yapılan HHİ ile ilgili bir çalışmada

hekimler (%79) hemşirelerden (%71) daha iyi tutum gösterdiği ifade edilmiştir. Amsalu' ya göre bunun sebebi sosyo-ekonomik statüdeki farklılıkların bireyleri ve örgütlenmeyi olumlu yönde etkilemesi olabileceği düşünülmektedir (1). Tajfel ve Turner sosyal kimlik kuramına göre bireyler bir grubun parçası olduklarında benlikleri etkilendiğini, gruba uyumlu tutum ve davranış içine girip, diğer gruplarla gruplarını kıyaslayarak, kendi gruplarının taraflarına tuttuklarını ifade etmiştir (99, 100).

Bu araştırmada gerek HHİS' nda gruplar arası değerlendirilmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (7, 24, 34, 41, 96). Hemşireler, uzman hekimler ve asistan hekimlere göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. JHHİS' nin literatürde yer alan, JHHİS' nin alt boyutları olan a) Ortak eğitim ve takım çalışması, b) 'Tedavi ve bakımda hemşirenin rolü', c) Hemşire özerkliği ve d) Hekimin hakimiyeti olan dört başlıkta da istatistiki olarak anlamlı düzeyde farklılıklar saptanmıştır. Alt boyutları için hemşirelerin hekimlere göre işbirliğine yönelik daha olumlu tutum sergilediğini gösteren önceki çalışmaları tekrarlamış alt boyutlar benzerlikler göstermiştir (36, 39, 45). Hemşirelerin işbirliği tutum puan ortalamalarının uzman hekimler ve asistan hekimlere göre istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin grup olarak işbirliği tutum puan ortalamalarının hemşirelerden düşük oluşunun nedeninin sosyal kimlik kuramı kaynaklı olabileceği düşünülebilir.

İşbirliğinin geliştirilmesi ve çalışma ortamında oluşabilecek sürtüşmelerin önlenmesi için bazı ülkelerde çalışmalar başlatılmış, Weinstein ve Antonova onlardan birini incelemiştir (101). Rusya'da gerçekleşen eğitim ve ortak çalışma örneği olarak incelenen çalışmada tıp eğitiminde üçüncü yılını tamamlayan hekim adayı öğrencilerin hemşire görevinde çalışmaları desteklenip, belirli bir ücret karşılığında çalıştırılmış, bu uygulama ile yetersiz olan hemşire sayısını artırılmış ve hemşireler üzerindeki iş yükünü hafifletilmiştir. Geleceğin hekim adaylarına hemşirelerin sorumluluk ve rolleri hakkında bilgi veren örnek bir çalışma olarak dikkatleri üzerine çekmiştir. Hekim adaylarının empati kurmalarını sağlayan bu eğitim modeliyle farklı anlayışa sahip yeni bir grup geliştirilmiş, iletişim açığının azaltılmasına olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (10, 52). Ülkemizde Tıp fakültelerinde ve Hemşirelik Fakültelerinde mevzuatta yer almadığı için, tıp ve hemşirelik öğrencileri üzerinde mesleklerarası eğitim aktif bir şekilde uygulanmamaktadır. Uluslararası çerçeveden bakıldığında

benzer çalışmalar örnek gösterilerek konunun önemine dikkat çekilmiştir (14). İşbirlikçi bilinçle meslekler arasında ortak eğitim uygulandığında, sosyal kimlik kuramına göre gruplaşma ve kutuplaşma fikrinden uzaklaşarak, bir işbirliği ruhu yaratılabileceği düşünülebilir. Bilgi ve becerilerin ortak olarak paylaşılması, sağlık profesyonelleri olan hekim ve hemşirenin birbirlerini anlamalarını sağlanmasıyla, mesleki olarak paylaşılan ortak değerler doğrultusunda karşılıklı saygı oluşması beklenebilir. HOJAT' ın 2002 yılında gerçekleştirdiği çalışmada, paylaşılan eğitim ve ortak deneyimler ile sosyal olarak öngörülen basmakalıp rolleri değiştirebilir ve tamamlayıcı bir profesyonel rol modelinin daha iyi kabul edilmesine katkıda bulunabileceğini ifade etmiştir. Eğitim veren fakültenin işbirliği için rol modellemesini göstermek için gerekli alt yapıyı oluşturması ve müfredatını buna göre hazırlaması gerektiğini ifade etmiştir (45). Wang, çalışmasında JHHİS' na ait "Ortak eğitim ve takım çalışması" 'alt boyutunda hemşirelerin hekimlerden daha yüksek bir faktör puanı aldığını, iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğunu bildirmiştir (7).

Bu çalışmada "Ortak eğitim ve takım çalışması" 'alt boyutunda gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (7, 23, 48, 52). Hemşireler, uzman hekimler ve asistan hekimlere göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek puan almıştır. Ortak eğitim ve takım çalışmaları gerçekleştirildiğinde, edinilen deneyimler her iki meslek grubu için sosyal olarak öngörülen basmakalıp rolleri değiştirebileceği ve çalışma ortamında ekip ruhuyla birbirini tamamlayıcı bir rol modelinin oluşmasını sağlayabileceği düşünülebilir.

Erickson ve Clifford ise tedavi ve bakım hizmetlerinde yaşanan hemşire-hekim arasındaki kötü işbirliği kaynaklı olayların, örgütsel desteğinin eksikliğine bağlı olabileceğinden bahsetmiştir (102, 103). Karima hekim-hemşire arasında var olan güç ve statü farkının, sağlık hizmeti sunumunda bir hastanın bakım planında anlaşamadıklarında çeşitli sorunlara sebep olabileceğini bu durumun hastanın hayatını tehlikeye atabileceğini ifade etmiştir (3). Nair ise yaptığı çalışmada hem hemşireler hem de hekimler tarafından bakım ve tedavi konusunda karar verme sürecinde, sağlık ekip üyeleri olarak birlikte değil, tek başına çalışma eğilimlerinin olduğunu sonuç olarak bu durumun kaygı arz ettiğini paylaşmıştır (64). Amsalu çalışmasında JHHİS' na ait "tedavi ve bakımda hemşirenin rolü" alt boyutunda hemşirelerin hekimlerden daha

yüksek bir faktör puanı aldığını, iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğunu bildirmiştir (1).

Bu araştırmada JHHİS'nin "Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü" alt boyutunda gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (39, 45, 52). Yapılan değerlendirmede "Tedavi ve Bakımda Hemşirenin Rolü" alt boyutunda hemşirelerin işbirliği tutum puan ortalamalarının uzman hekimler ve asistan hekimlere göre istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu hemşirenin hasta bakımının psikososyal ve eğitsel yönlerine katkıda bulunduğu konusunda daha olumlu görüş belirttiğini göstermiştir. Örgütsel olarak sağlanamayan iyi bir çalışma ortamı, yoğun olarak hissedilen güç ve statü farkları, ekip ruhundan uzaklaşılması ile tedavi ve bakım hizmetlerini etkileyebileceği ve yoğun çalışan, hem eğitim hem hizmet veren üniversite hastanesi çalışanlarının örgütsel düzeyde gelişen eksiklikleri nedeniyle olabileceği düşünülebilir.

Cotter karar verme sürecine ortak katılımının ve hemşirelerin hasta bakımında söz sahibi olmasının hemşirelik uygulamasında özerklik ile yakından ilişkili olduğunu ifade etmiştir. Araştırmasında hemşirelerin özerkliklerinin genişletilmesinde önemli engeller olarak hekimlerde ve radyoloji personelinde direnç tespit etmiştir. (57). Örgüt bağlamının hemşireler arasındaki özerkliği etkilediği, yönetimin özerkliği kolaylaştırmada etkin rol oynadığını ifade etmiştir. Kramer ve Schmalenberg özerkliği; bildiğiniz şeylere göre hareket etme özgürlüğüdür, hemşirelik alanında bağımsız, bağımsız kararlar vermek ve hemşireliğin diğer disiplinlerle örtüştüğü uygulama alanında birbirine bağımlı kararlar almaktır şeklinde ifade etmiştir. Hemşirenin çalıştığı kuruluştan alınan yaptırımın, o organizasyon içindeki hemşireler arasında algılanan özerklik düzeyi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (104). Wang hemşirenin özerklik boyutunda daha yüksek bir faktör puanı alınmasının hasta bakımı ve politikaları ile ilgili kararlara katılımı ile daha fazla anlaşma eğiliminde olduklarını işaret etmiştir (7). Wang, çalışmasında JHHİS' na ait "Hemşirenin Özerkliği" alt boyutunda hemşirelerin hekimlerden daha yüksek bir faktör puanı aldığını, iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğunu bildirmiştir (7).

Bu araştırmada JHHİS' nın "Hemşirenin Özerkliği" alt boyutunda gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlarımız

literatür ile benzerlik göstermiştir (3, 7, 23). Yapılan analiz sonucunda ‘‘Hemşirenin Özerkliği’’ alt boyutunda hemşirelerin işbirliği tutum puanlarının uzman hekimlere göre istatistiki olarak anlamlı derecede farklı ve yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum hemşirenin özerklik boyutunda en düşük ortalama puan alan uzman hekimler, hemşirelerin hasta bakımı ve politikaları ile ilgili kararlara katılımı ile anlaşmaya daha az eğilimli olabileceklerini işaret ettiği düşünülebilir. Yönetmel açıdan profesyonel görüş açısıyla ekip çalışması ortamı yaratıldığında, hemşirelerin mesleki olarak alınan kararlarda ve uygulamalarda katılımı sağlandığında, hemşirenin özerkliğinin gelişmesinin sağlanabileceği düşünülebilir.

Uzun yıllardır tüm dünyada süregelen hemşire sayısı yetersizliği ve zayıf olan hemşire / hekim ilişkileri sağlık çalışanlarının çalışma ortamını olumsuz bir şekilde etkilediği bildirilmiş, araştırmalar özellikle hekim hakimiyeti düşüncesiyle hekimlerin ortaya çıkardığı yıkıcı davranışlarının hemşirelerin tükenmişliğine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu, iş tatmini ve mesleği bırakma kararlarının önemli ölçüde arttığını göstermiştir (105). Yapılan bir çalışmada, ankete katılanların %31'i, rahatsız edici doktor davranışının sonucu olarak hastaneden ayrılan hemşireleri tanıdıklarını ifade edilmiştir (66). Wang ‘‘Hekim Hakimiyeti’’ alt boyutunda daha yüksek bir faktör puanı alan hemşirelerin hasta bakımında hekimlerin tamamen egemen rolünü reddettiğini ifade etmiştir (7). Sterchi çalışmasında JHHİS’ na ait ‘‘Hekim Hakimiyeti’’ alt boyutunda hemşirelerin hekimlerden daha yüksek bir faktör puanı aldığını, iki grup arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark olduğunu bildirmiştir. (39).

Bu araştırmada JHHİS’nın ‘‘Hekim Hakimiyeti’’ alt boyutunda gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (7, 36, 39). Yapılan analiz sonucunda ‘‘Hekim Hakimiyeti’’ alt boyutunda hemşirelerin işbirliği tutum puan ortalamalarının uzman hekimler ve asistan hekimlere göre istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Hemşireler, hekimlerin hakimiyeti konusunda daha tarafsız ve olumlu tavır sergiledikleri ve hemşirelerin hasta bakım kararlarında birincil otorite olarak doktorun geleneksel tutumlarıyla karşı karşıya kaldıklarında, işbirliğine ilişkin daha olumlu tutuma yönelik eğilimi olduklarını işaret edebilir.

Karima geleneksel role göre, ağırlıklı olarak erkek hekimlerin hasta bakımı için emirler verdiğini, kadın cinsiyetinde olan hemşirelerin bu emirleri yerine getirerek

liderlerini takip etmeyi öğrendiklerini, bu sebeple de hemşire-hekim ilişkisine ilişkin bu geleneksel görüşlere göre şekillendiğini bu durumun hemşirenin hemşire-hekim işbirliğine yönelik tutumlarını etkileyebileceğini ifade etmiştir (3). Hojat çalışmasında JHHİ' ne yönelik tutumlar, baskın kültürel normları yansıtabileceğini ve farklı kültürlerdeki hekim-hemşire işbirlikçi ilişkileri farklı cinsiyet normlarında farklılık gösterebileceğini bildirmiştir (48). Hojat ve ark.'nın 2001 yılında 4 ülkede yaptığı çalışmada, cinsiyetin profesyonel rolleri reçete etmek için güçlü bir faktör olmadığını ortaya koymuştur (45). Cinsiyetin işbirliği tutumuna etki etmediğini gösteren benzer sonuçların edinildiği çalışmalar yapılmıştır (10, 15, 24, 35). Wang JHHİS'ni kullanarak yaptığı çalışmasında cinsiyetin işbirliği puan üzerinde etkisi olmadığını ifade etmiş, bazı çalışmalar ile karşılıklı olarak uyumlu bulunmuştur (7, 23, 45). Wang cinsiyetin etkisinin doktorlar ve hemşireler arasında devam eden orantısız cinsiyet dağılımı nedeniyle engellendiği ifade etmiştir (7). Tolotupe JHHİS'ni kullanarak yaptığı çalışmasında cinsiyetin işbirliği puan üzerinde etkisi olduğunu saptamış çalışmasında kadın cinsiyetinin işbirliği tutum puanını, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulmuştur (24).

Bu araştırmada cinsiyet gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (24, 40, 96) JHHİS' nin Ortak Eğitim ve Takım Çalışması, Tedavi ve Bakımda Hemşirenin rolü ve hemşirenin özerkliği alt boyutlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Hekimin hakimiyeti alt başlığında ve JHHİS toplam puanına göre kadın cinsiyeti, erkek cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek düzeyde puan alarak kadın katılımcıların işbirliğine daha ılımlı bir tavır sergilediği ortaya çıkmıştır. Kadın cinsiyeti grubunun geleneksel role bağlı olarak işbirliğine yönelik tutumlarının etkileyebileceğini düşünebilir.

Sirota hemşirelerin kaba, hoş olmayan, küçümseyen ve korkutucu davranışları olan doktorlarla birlikte çalışmakta zorluk çektiklerini ifade etmiş ve bu tür davranışların, eşitlikçi bir sosyal iklimde yetiştirilen gençlere göre, yaşlı hekimler arasında daha yaygın olduğu ifade etmiştir (66). Hojat ve ark. 2001'de yaptıkları JHHİ çalışmasında, yaşın işbirliği ve empatide önemli bir faktör olduğunu bulmuş, daha genç bireylerin mesleki işbirliğine girmeye daha istekli olduklarını gösterirken, daha yaşlı bireylerin işbirliğini azaltma eğiliminde olduklarını ifade etmiştir (48). Tolotupe

JHHİS' nı kullanarak yaptığı çalışmasında 50 yaş üzeri katılımcıların işbiliği puanı oldukça zayıf olduğunu yaş arttıkça işbirliğine karşı tutumun azaldığını ifade etmiş, daha genç katılımcıların HHI' ne karşı daha iyi tutumlar olduğunu belirtmiş, nedeninin ise genç katılımcıların takımın yaşlı üyelerine karşı itaatkar eğilim göstermeleri olabileceğini ifade etmiştir (24). Elsous ise JHHİS' nın tüm at boyutlarında yaşa göre istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptamıştır (36).

Bu araştırmada yaşa göre gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (36, 48). Yıldırım'ın yaptığı çalışmayla 21-30 yaş grubunun sonuçlarıyla karşılıklı uyumlu bir bulgu elde edilmiş ancak literatürdeki bazı çalışmalar yaşa göre anlamlı bir farklılık saptamadıklarından bu araştırmayla uyumluluk göstermemiştir (10, 11). Bu araştırmada 20-30 ve 31-40 yaş grupları aralarında işbirliği konusunda daha olumlu bir tutum sergiledikleri görülmüş, 51 ve üzeri yaş grubu istatistiki anlamda en düşük puanı alarak daha genç katılımcılara göre işbirliğine daha uzak olduğu saptanmıştır. Bu verilere göre bu araştırma Hojat ve Tolutope' nin çalışmasıyla benzer bulgulara sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Genç bireylerin mesleki işbirliğine girmeye daha istekli oldukları, yaş arttıkça bireylerin işbirliğine karşı tutumlarının azalma eğiliminde oldukları düşünülebilir.

Hojat işbirliğinin önündeki engeller arasında eğitim düzeyindeki farklılıkların olduğunu ifade etmiş, Savic ve Pagon ise, eğitim düzeyinin farklılık göstermesinin HHİ için önemli bir konu olduğunu belirtmiştir (45, 54). Nelson, King ve Brodine yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hekim ve hemşirenin işbirlikçi algılarında artış kaydetmiştir (50). Mongo lisans derecesi mezunu hemşirelerin önlisans mezunlarına göre JHHİS tutumunun daha olumlu olduğunu ve farklılığın bulunduğunu ortaya koymuştur (11). Tolutope ve Hojat çalışmalarında eğitim derecesi yüksek olan hekimlerin hemşirelere göre JHHİS tutumu zayıf bulmuştur (24, 48). Özkaraca yaptığı çalışmada hemşirelerde eğitim seviyesinin arttığında JHHİS puanlarının da istatistiki olarak anlamlı artış gösterdiğini saptamıştır (10).

Bu araştırmada eğitim düzeyinde gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (24, 48). Bu araştırmada lisans derecesi mezunları olan hemşirelerin JHHİS' nın tüm alt boyutlarında yüksek puan almış olması sebebiyle Özkaraca' nın çalışmasıyla karşılıklı olarak uyumlu bulunmuştur (10).

Özkaraca araştırmasında cerrahi, dahiliye yataklı bakım servisleri ve yoğun bakımlarda görev yapan hemşirelerin hekimlerle birlikte vizite katıldıkları bu nedenle birlikte diğer çalışma alanlarına göre daha fazla etkileşimde oldukları ve işbirliğine daha olumlu tutuma sahip olduğunu ifade etmiştir (10). Chaboyer ve Patterson tarafından yapılan bir çalışmada, yataklı bakım alanlarında çalışan hemşirelerin, diğer bölümlerde çalışan hemşirelere göre JHHİS' na yönelik tutumlarını daha iyi olduğunu ifade etmiştir (36, 106). Yalçinkaya çalışmasında hemşirelerin JHHİS alt boyut puanlarının çalıştıkları alanlara göre anlamlı şekilde farklı olduğu saptanmış, istatistiki analizde, acil serviste görev yapan hemşirelerin puanlarının diğer alanlarda çalışanlara göre düşük olduğu bildirilmiştir.

Bu araştırma hemşirelerin çalışma alanı gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (10, 96, 106). Bu çalışmada JHHİS puanı yataklı bakım servisinde, poliklinik ve ameliyathane' ye göre istatistiki olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hasta kabulünün ve cerrahi operasyonların oldukça yoğun olduğu bir eğitim araştırma hastanesinde iş yükü ve strese bağlı olarak, poliklinik ve ameliyathane çalışan hemşirelerin işbirliğine daha zayıf tutum göstermesi gibi bir sonucun ortaya çıkmasına neden olabilir.

Özkaraca yaptığı çalışmada genelde cerrahi, dahiliye yataklı bakım servisleri ve yoğun bakımlarda görev yapan hekimlerin hemşireler ile birlikte vizite katıldıkları bu nedenle birlikte diğer çalışma alanlarına göre daha fazla etkileşimde oldukları ve işbirliğine daha olumlu tutuma sahip olduğunu ifade etmiştir. Yalçinkaya çalışmasında hekimlerin JHHİS puanları çalıştıkları branşlara göre karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Bu çalışmada hekimlerin çalıştığı alan, branşlarına göre gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (96). Yapılan istatistiki analiz sonucunda JHHİS alt boyutu olan hekim hakimiyeti için dahili ve temel bilimler çalışma alanında(branşta) çalışan hekimler cerrahi alana göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde yüksek puana sahip olduğu, dahili ve temel bilimler alanlarında hekimlerinin JHHİS toplam puanında da ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da işbirliğine yönelik daha olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir.

Nelson ve arkadaşları daha fazla deneyime sahip hekimler ve hemşireler için işbirlikçi algılarında bir artış kaydettiğini ifade etmiştir (50). Karima ise işbirliğine yönelik tutumların uzun yıllara dayanan deneyimlerle olumlu hale geldiğini bildirmiştir (3). Sterchi, Coeling ve Cukr'un belirttiği gibi hekimlerin iletişim şekli, deneyim sahibi hemşirelerin işbirliği tutumunu olumsuz olarak etkileyebileceğinden bahsetmiştir (19, 39). Sterchi çalışmasında tecrübe JHHİS tutumunu etkileyen önemli bir faktör olduğunu, hekimlerin yıllık deneyimleri arttıkça işbirliğine yönelik daha olumlu, hemşirelerin ise daha olumsuz tutumlar sergilediği ifade etmiştir (39). Yıldırım 2004 yılında yaptığı çalışmada ise tecrübe süresinin JHHİS tutumunun hekim ve hemşire arasında farklılık göstermemiş olduğu kanıtlamıştır (40).

Bu araştırmada mesleki tecrübelerine göre gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır. Sonuçlarımız literatür ile benzerlik göstermiştir (10, 11, 36, 40). Bu araştırmada tecrübe süresi açısından JHHİS toplam puanları arasında en düşük puanı 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan grup almış ancak istatistiki olarak bir fark belirlenmemiştir. Sadece JHHİS' nin alt grubu tedavi ve bakımda hemşirenin rolü başlığında istatistiki olarak anlamlı farklılık 21 yıl ve üzeri tecrübesi olan grupta saptanmıştır.

Couper ve arkadaşları birlikte ziyaret yapılmasının, hasta bakımı verme ve tedaviyi yönlendirme açısından önemli bir uygulama olduğunu ancak, doktorların kötü işbirliği ve olumsuz tutumları, bu tür ziyaretleri işlevsiz ve çoğu zaman işe yaramaz hale getirebileceğini ifade etmiştir (107). Özkaraca çalışmasında çalışma ortamında işbirliğinin artışı için birlikte ziyaret yapmayı oldukça önemli bulmuş hekim ve hemşirenin vizite katılma durumunu profesyonel görüş açısından incelenmiştir. Birlikte vizite katıldığını ifade eden hekimlerin profesyonelliğe ilişkin cevaplarının daha olumlu olduğunu saptamıştır (10). Vizite katılma durumuna göre Özkaraca' nın yaptığı çalışmada hekim/hemşire vizite katılım yüzdeleri %49,3 ve %20,9 olarak gerçekleşmiştir (10). Bu araştırmada ise hekimlerin katılım yüzdesi %77, hemşirelerin vizite katılma yüzdesi ise %51 olarak saptanmıştır. Özkaraca hekim katılım yüzdesinin yüksek oluşunun nedeninin ziyaret esnasında hemşirelerden aldıkları bilgileri önemli buldukları için olabileceğinden bahsetmiştir. Ziyaret katılımıyla birbirlerine karşı güvenin gelişeceğini, iletişim ve ilişkisinin olumlu hale geleceğini, eğitim gören öğrenci hekim-hemşire adaylarının eğitime katkı sağlayabileceğini ifade etmiştir (10).

Bu araştırmada birlikte vizit yapma durumuna göre gruplar arası değerlendirmede istatistiki olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.



6. SONUÇ

Bu çalışma hemşirelerin uzman ve asistan hekimlere göre işbirliğine daha ılımlı tutum gösterdiğini, ortak eğitim ve takım çalışması, tedavi ve bakımda rolleri, özerklikleri konusunda daha ılımlı tutum gösterdiklerini, tamamen baskın bir hekim rolünün güçlü bir şekilde reddettiklerini ortaya koymuştur.

Hekim ve hemşirelerin JHHİS'na ilişkin görüşlere verdikleri cevapları sosyo demografik özelliklerine göre incelendiğinde;

Hipotez:1

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin, mesleklerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

- Meslek grupları arasında hemşirelerin uzman hekimlere ve asistan hekimlere göre, işbirliğine ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu, hemşirelerin işbirliğine daha yatkın olduğu ortaya konmuştur (p<0.05).

Hipotez:2

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, cinsiyetlerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

- Cinsiyet grupları arasında kadınların erkeklere göre, işbirliğine ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu, kadınların işbirliğine daha yatkın olduğu ortaya konmuştur (p<0.05).

Hipotez:3

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, yaşlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

- Yaş grupları arasında; genç yaş grubunun üst yaş grubuna göre işbirliğine ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu, genç yaş grubunun işbirliğine daha yatkın olduğu ortaya konmuştur (p<0.05).

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, eğitim durumlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

- Eğitim düzeyleri arasında; eğitim düzeyi düşük olanların eğitim düzeyi yüksek olanlara göre işbirliğine ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu, eğitim düzeyi düşük olanların işbirliğine daha yatkın olduğu ortaya konmuştur ($p<0.05$).

Hipotez:5

H₁: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşirelerin, çalışma alanlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık vardır.

- Hemşirelerin çalışma alanı arasında; yataklı bakım servisinde çalışanların poliklinik ve ameliyathane çalışanlarına göre işbirliğine ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu, yataklı bakım servisinde çalışanların işbirliğine daha yatkın olduğu ortaya konmuştur ($p<0.05$).

Hipotez:6

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekimlerin, branşlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

- Hekim çalışma alanı göre; dahili, temel bilimler ve cerrahi branş hekimlerinin işbirliğine ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ortaya konmuştur ($p>0.05$).

Hipotez:7

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerin, mesleki tecrübe sürelerine göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

- Mesleki tecrübeye göre; 1 ile 21 yıl ve üzeri tecrübeye sahip tüm gruplarda işbirliğine ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ortaya konmuştur ($p>0.05$).

Hipotez:8

H₀: Eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan uzman hekim, asistan hekim ve hemşirelerin, ziyaret yapma durumlarına göre işbirliğine ilişkin tutumları arasında farklılık yoktur.

- Vizit kalma durumlarına göre; birlikte vizite katıldıklarını veya katılmadıklarını belirten tüm hekimler ve hemşireler arasında, işbirliğine ilişkin tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olmadığı ortaya konmuştur ($p>0.05$).

Öneriler

- Hekim ve hemşirelerin tamamlayıcı rollerinin anlaşılmasını arttırmak ve aralarında karşılıklı bağımlı bir ilişki kurulmasını teşvik etmek için, tıp ve hemşire okullarının müfredatına mesleki ortak eğitimler alınabilir. Böylece eğitimle kazanılan bilgi ve becerileri uygulamada karşılaştıkları zorlukları, bu zorlukların üstesinden gelmek için stratejilerle donatılmaları, birbirlerini daha iyi anlamaları sağlanabilir. Sahip oldukları becerilere, yetkinliklere ve bilgiye karşılıklı göstermelerini saygıyı sağlayacak ortak mesleki eğitim programlar oluşturulabilir.
- Sağlık kurumlarında takım çalışmasına odaklanarak kurum içine açık forumlar, grup tartışmaları, işbirlikçi çalıştaylar, etkin zaman yönetimi, çatışma yönetimi, stres yönetimi, saygı ve görgü kuralları gibi konuları içeren eğitim programlarının kullanılabilirliği artırılabilir.
- Bu konuları keşfetmek için tasarlanan araştırmalar, işbirliği anlayışımızı daha da arttırabilir. Ayrıca işbirliği ile ilgili araştırma sonuçlarını yaymak için yapılan forumlarda yapılacak açık tartışmalar ile var olan problemleri çözmek için fırsatlar sunabilir, böylece özellikle hekim grubunda daha işbirliğine olan ihtiyaç konusunda sürekli bir farkındalık sağlanabilir.
- Sağlık yöneticileri öncü hekim ya da hemşire lideri atayarak onların rehberliğinde, işbirliğini etkileyebilecek ve çatışmalara neden olabilecek konuları saptayarak, engelleri ortadan kaldırabilirler.

KAYNAKÇA

1. Amsalu E, Boru B, Getahun F, Tulu B. ‘‘Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study’’, *BMC Nursing*, 2014, 13: 37.
2. Tang WM, Wong TY, Chai C. ‘‘Registered nurses’ attitude towards physician-nurse collaboration in a Malaysian private hospital’’, *International E-Journal of Science Medicine & Education (JeJSME)*, 2017;11(1):12-20.
3. Karima A, Wafaa F, Sleem WF. ‘‘Nurse – physician collaboration: A comparative study of the attitudes of nurses and physicians at Mansoura University Hospital.’’, *Life Science Journal*, 2011, 8(2): 140-146.
4. Georgiou E ve arkadaşları. ‘‘Collaboration and autonomy in intensive care nurses in Cyprus’’, *British Association of Critical Care Nurses*, 2015, 22(1).
5. Quinlan A. *Attitudes of nurse practioners toward interprofessional collaboration* (Tez). William Paterson Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Doktora tezi; 2014.
6. Manisalı A. *Hekim-Hemşire Arasındaki Çatışma Nedenleri* (Tez). Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi; 2013.
7. Wang Y, Liu Y, Li H, Li T. ‘‘Attitudes toward physician-nurse collaboration in pediatric workers and under graduate medical/nursing students’’, *Hindawi*, 2015, 846498: 6.
8. Yardımcı F, Başbakkal Z, Beytut D, Muslu G, Ersun A. ‘‘Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması’’, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012; 13:131-137
9. Rosenstein AH, ‘‘Nurse-physician relationships: Impact on nurse satisfaction and retention’’, *American Journal of Nursing*, 2002, 102(6): 26-34.
10. Özkaraca R. *Hekim ve hemşirelerin işbirliğine ilişkin tutumları ve birbirlerine profesyonellik açısından değerlendirmeleri* (Tez). Hacettepe Üniversitesi,

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi Programı Yüksek Lisans Tezi; 2009.

11. Mongo T. "Nurse Perceptions of Physician-Nurse Collaboration in the Home Health Setting: A Pilot Study", *Nursing Theses and Capstone Projects*, 2010, 186.
12. Tekin S. *Sağlık bakım sistemi içinde sağlık ekip hizmetleri ve hemşirenin rolleri üzerine bir çalışma* (Tez). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
13. Parker J, Coiera E. "Improving clinical communication: a view from psychology", *HP Laboratories Bristol*, 2000, 7(5):453–461.
14. Boztepe H, Terzioğlu F. "Sağlık Eğitiminde Mesleklerarası Eğitim", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 18, 3.
15. Bodole F. *Nurses Perceptions of nurse-physician collaboration in the intensive care units of a public sector Hospital in Johannesburg* (Tez). Sağlık Bilimleri Fakültesi, Witwatersrand Üniversitesi, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi; 2009.
16. McCauley K, Irwin RS. "Changing the work environment in Intensive Care Units to achieve Patient-Focused Care: The time has come", *American Journal of Critical Care*, 2006, 15(6); 541-548.
17. Elithy AT, Harmina MK, Elbially GG, "Nurses and physicians perceptions of their inter-professional relationships at Alexandria Main University Hospital, *J AmSci*, 2011, 7(12):750-757.
18. Warren M, Houston E, Luquire R. "Collaborative practice teams: from multidisciplinary to inter disciplinary", *Outcomes Manag Nurs Pract*, 1998, 2(3):95–98. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9775914> Erişim:20 Mart 2018.
19. Coeling HVE, Cukr PL. "Communication styles that promote perceptions of collaboration, quality, cooperation and nurse satisfaction", *J Nurs Care Qual*,

2000, 14(2):63–74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10646302> Erişim: 20 Mart 2018.

20. Hamlan NM. *The Relationship Between Inter-Professional Collaboration, Job Satisfaction, and Patient Safety Climate for Nurses in a Tertiary-Level Acute Care Hospital* (Tez). The University of Western Ontario, Graduate Program in Nursing, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree in Master of Science, 2015.
21. Tjia J, Mazor KM, Field T, Meterko V, Spenard A, Gurwitz JH. “Nurse-physician communication in the long-term care setting: perceived barriers and impact on patient safety”, *J Patient Saf*, 2009, 5(3): 145–152. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19927047> Erişim:20 Mart 2018.
22. Lindeke LL, Sieckert AM. “Nurse/Physician work place collaboration”, Kent State University, College of Nursing, *Online Journal of Issues in Nursing*, 2005, 10(1).
23. Jones TS, Fitzpatrick JJ. “CRNA-physician collaboration in anesthesia” (CRNA-hekim, anesteziye işbirliği), *AANA Journal*, 2009, 77(6): 431-436.
24. Tolutope D, Olusegun T, Ayodeji M, Olayinka S. “Collaboration between Doctors and Nurses in a Tertiary Health Facility in South West Nigeria: Implication for Effective Healthcare Delivery”, *International Journal of Caring Sciences*, 2016, 9(1): 165.
25. Martin JS, Umenhofer W, Manser T, Spirig R. “Interprofessional Collaboration among nurses and physicians: Making a Difference in Patient Outcome. Swiss Medical Weekly” *The European Journal of Medical Services*, 2010, 140, w13062.
26. Gürdoğan H. *Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekim ve hemşirelerin örgütsel işbirliği* (Tez). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2016.

27. Kırıl B, Arslan MM, Kırıl E.” Okulda oluşturulabilecek takımlar”, 2. Eğitimde Yeni Eğilimler Konusunda Uluslararası Konferans ve Etkileri, Antalya, Türkiye, 27-29 Nisan 2011, 978-605-5782-62-7.
28. Öğüt A, Kaya D. “Sağlık kurumlarında ekip çalışması”, *Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 2011, 1: 89
29. Akyürek B, Özer S, Argon G, Conk Z. “Hekim davranışlarının hemşire memnuniyeti ve hemşirelerin işine devam etme durumu üzerine etkisi”. *Ege Tıp Dergisi*, 2005, 44: 168.
30. Koç S, Özkul AS, Ürkmez DÖ, Özel HÖ, Çevik LÇ. “Bir sağlık kuruluşunda görev yapmakta olan hemşirelerin stress kaynaklarının ve düzeylerinin analizi”, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2017, 33(2); 68-75.
31. Coşkun A. “Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi”, *Perinatoloji Dergisi*, 1996, 4(3); 181-184.
32. Lorelei L, Lingard L, Espin S, Evans C, Hawry L.”The Rules of the Game: Interprofessional Collaboration on the Intensive Care Unit Team. *Crit. Care*”, 2004, 8(6): 403-408.
33. Ushiro R, Nakayama K.”Gender role attitudes of hospitalnurses in Japan: The irrelation to burn out, perceptions of physician–nurse collaboration, evaluation of care, and intent to continue working”, *Japan Journal of Nursing Science*, 2010, 7(1): 55-64.
34. Vegesna A ve arkadaşları.”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”, *J Interprof Care*, 2016, 30(1):65-70. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26833107>. Erişim: 20 Mart 2018.
35. Cassandra LT. “Attitudes toward physician-nurse collaboration in anesthesia”, *AANA Journal*, 2009, 77(5).

36. Elsous A, Radwan M, Mohsen S. "Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, *Hindawi*, 2017, 7406278: 7.
37. Brown SS, Lindell DF, Dolansky MA, Garber JS." Nurses' Professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nursing Ethics*, 2015, 22(2): 205-216, <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733014533233> Erişim: 21 Mart 2018.
38. Johnson S, Kring D."Nurses' perceptions of nurse-physician relationships: Medical-surgical vs. intensive care". *Medsurg Nursing*, 2012, 21(6):343-34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23477026> Erişim: 20 Mart 2018.
39. Sterchi LS." Perceptions That Affect Physician-Nurse Collaboration in the Perioperative Setting, *AORN Journal*, 2007, 86(1):45-57.
40. Yıldırım A, Ateş M, Akıncı F, Ross T, Şelimen D, İssever H, Erdim A, Akgün M. "Physician–nurse attitudes toward collaboration in Istanbul' s public, *International Journal of Nursing Studies*, 2005, 42(4):429–437.
41. Missi P.D. *Enhancing Nurse-Physician Communication and Collaboration* (Tez). Bellamine Üniversitesi, Doktora Tezi, 2016, 27.
42. Szekendi MK. *Communication among advanced practice nurses and physicians working in teams in an acute care setting* (Tez). University of Illinois, Chicago, Health Sciences Center, 2007.
43. Copnell B, Johnston L, Harrison D, Wilson A, Robson A, Mulcahy C, Ramudu L, McDonnell G, Best C."Doctors and nurses perception of inter disciplinary collaboration in the NICU, and the impact of neonatal nurse practitioner model of practice", 2003, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2702.2003.00827.x>. Erişim:20 Mart 2018.
44. Rafferty AM, Ball J, Aiken LH."Are Team work and Professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care?", *Qual Health Care*, 2001;10: ii32-ii37.

45. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Fields SK, Cicchetti A, LoScalzo A.,Taroni F, Amicosante AMV, Macinati M, Tangucci M, Liva C, Ricciardi G, Eidelman S, Admi H, Geva H, Mashiach T, Alroy G, Alcorta-Gonzalez A, Ibarra D, Torres-Ruiz A. "Comparisons of American, Israeli, Italian and Mexican physicians and nurses on the total and factors cores of the Jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaborative relationships Author's final version prior to publication", *See International Journal of NursingStudies*, Mayıs 2003, 40(4):427-435.
46. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Mitchell PH, Eldredge DH, Oakes D, Hutson AD."Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units", *Critical Care Medicine*, 1999, 27(9), https://journals.lww.com/ccmjournal/Abstract/1999/09000/Association_between_nurse_physician_collaboration.45.aspx. Erişim:20 Mart 2018.
47. Barrere C, Ellis P."Changing attitudes among nurses and physicians: A step toward Collaboration", *Journal for Healthcare Quality*, 2002, 24(3), 9-15, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1945_1474.2002.tb00427.x. Erişim:20 Mart 2018.
48. Hojat M, NascaTJ, Cohen JM, Fields SK, Rattner SL, Griffiths M, Ibarra, D, Gonzales AA, Torres-Ruiz A, Ibarra G, Garcia A."Attitudes toward physician–nurse collaboration a cross-cultural study of female physicians and nurses in the United States and Mexico", *Nursing Research*, 2001, 50(2);123–128.
49. Koraş K, Öcalan D, Solak O."Cerrahi Hekimlerin Ameliyathanedeki Gergin Davranışlarının Hemşireler Üzerindeki Etkileri", *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4(4).
50. Nelson GA, King ML, Brodine S."Nurse-physician collaboration on medical-surgical units" *MEDSURG Nursing*, 2008, 17(1), 39-41, http://amsn.inurse.com/sites/default/files/documents/practice-resources/healthy-work-environment/resources/MSNJ_Nelson_17_01.pdf, Erişim: 20 Mart 2018

51. İnce S. "Hekim Davranışlarının Hemşirelerin Stresle Baş etme Durumları Üzerine Etkisi", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2014, 16(2):41-53.
52. IECEP, Interprofessional Education Collaborative Expert Panel 2011. https://nexusipe-resource-exchange.s3-us-west-2.amazonaws.com/IPEC_CoreCompetencies_2011.pdf. Erişim: 20 Mart 2018
53. Park J, Hawkins W, Hawkins M, Hamlin E. "Attitudes Toward Interprofessional Collaboration Among Students in the Health Care Professions", *Advances in Social Work*, 2013, 14(2);556-572.
54. Savič BS, Pagon M. "Relationship between nurses and physicians in terms of organizational culture: Who is responsible for subordination of Nurses?", 2008, 49(3):334-343.
55. Tschannen DJ. *Organizational structure, process, and outcome: The effects of nurse staffing and nurse-physician collaboration on patient length of stay* (Tez). Michigan Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, Doktora Tezi; 2005.
56. Boev C, Xia Y. "Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care", *Critical Care Nurse*, Nisan 2015, 35(2): 66-72.
57. Cotter PT. *Clinical autonomy and nurse/physician collaboration in emergency* (Tez). İrlanda Ulusal Üniversitesi, Cork, Catherine McAuley Hemşirelik ve Ebelik Okulu Brookfield Sağlık Bilimleri Kompleksi Üniversite Koleji, Doktora tezi; 2013.
58. Delice S. *Hemşirelik mesleği ve toplumsal cinsiyet rollerinin hemşirelik mesleğine etkilerinin betimlenmesi* (Tez). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hemşirelik ABD;2006.
59. Hakami A, Hamdi O. *Influence of communication between nurses and physicians on patient outcome in hospital settings: a literature review*, Sophia Hemmet Üniversitesi, Stockholm, Hemşirelik Alanında Lisans Proje Tezi; 2013.

60. Kara G. *Hekim-Hemşire İlişkisi ve Yaşanan Sorunlar (Anlaşmazlıklar)* (Tez). Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, Yüksek Lisans Tezi.;2005.
61. Karadağ M, Işık O, Cankul İH, Abuhanoglu H. "Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi", *iibf dergisi*, 2015, 17(1): 160-179,
62. Hofstrand D. *Improving business communication skills*, Iowa State University, Extension and Outreach, *Ag Decision Maker*, 2014, c5-116.
63. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı, *Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik. "Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi" Rehberi*, Baskı: Deniz Matbaacılık, Ankara, 2011:1-73, <http://docplayer.biz.tr/1270425-Toplum-sagligi-merkezi-calisanlarina-yonelik-sagligin-gelistirilmesi-egitimi-rehberi.html>.Erişim:29 Ekim 2017.
64. Nair DM, Fitzpatric JJ, McNulty R, Click ER, Glembocki MM." Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital", *J Interprofessional Care*, 2011, 1(6):1-6.
65. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations Sentinel Event Statistics, Behaviors that undermine a culture of safety, Issue 40, July 9, 2008, <http://www.jointcommission.org>. 29 Ekim 2017.
66. Sirota T. "Nurse/physician relationships improving or not? Consider the evidence and tell us what you think", *Issues Nurs*, 2007, 37(1):52-55.
67. Ann E. K. Page." Practice Implications of Keeping Patients Safe", *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Hand book for Nurses*, 16-17. https://archive.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/resources/nursing/resources/nurseshdbk/PageA_PIKPS.pdf. Erişim:20 Mart.2018.
68. Metetoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H."Nurse Competence Scale: development and psychometric testing", *J Adv Nurs*, 2004, 47(2):124-133. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15196186> Erişim:22 Mart 2018

69. Onağ ZG, Güzel P, Özbey S. "Futbol antrenörlerinin görüşlerine göre, takım başarısını etkileyen faktörler: nitel bir araştırma", *PJSS*, 2013, 4(2):125-145.
70. Yılmaz A. "Takım esaslı performans ölçme sistemlerinin uygulanmasında etkili olan faktörlerin tespitine yönelik bir inceleme", *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi*, 2011, 6(2):115.
71. Ulusoy H, Tokgöz DM." Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri", *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2009, 2(2):55-61.
72. Taylan S. *Özerklik ilkesi çerçevesinde hemşirenin bağımsız rolleri*. Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi;2009.
73. Yıldırım A, Aktaş T, Akdaş A. "Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinde hekim hemşire işbirliği", *TAF Prev Med Bull*, 2006, 5(3): 166-175.
74. Önder ÖR. "Sağlık hizmeti tanımı, sınıflandırılması, evrensel boyut", Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, SKY 109. Halk Sağlığı Dersi, 2017-2018, <https://acikders.ankara.edu.tr/mod/resource/view.php?id=13807> Erişim:10. Ekim 2017.
75. Abay E, Özdağ N. "Destek personel uyum eğitimi", Türkiye üreme sağlığı programı acil obstetrik bakım katılımcı rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2007, 18.
76. Ünsal A. "Hemşireliğin dört temel kavramı: insan, çevre, sağlık & hastalık, hemşirelik", *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 1(1):11-25.
77. Wheelan SA, Burchill CN, Tilin F." The link between team work and patients' outcomes in intensive care units", 12(6):527-534, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14619358> Erişim:18 Mart 2018
78. Tschannen D. "The effect of individual characteristics on perceptions of Collaboration in the work environment". 2004, http://goliath.ecnext.com/coms2/summary_0199. Erişim:18 Mart 2018.

79. Yıllara göre il nüfusları, 2000-2017, http://www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1590.Erişim:18 Mart 2018
80. data.oecdhttps://data.oecd.org/healthres/nurses.htm. Erişim:18 Mart 2018
81. Gülşen MA, Yıldırım M. ‘‘ Sağlıkta Dönüşüm Programı Sonrasında Uygulanan Sağlık Regülasyonlarının Üniversite Hastanelerinin Mali Yapılarına Etkisi’, *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2017, 10(4);159-172.
82. Aktan CC. ‘‘Sağlık Bakanlığı Organizasyon ve Yönetiminde Yaşanan Sorunlar ve Mevcut Durum Analizi’’, <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/durum-analizi.pdf> Erişim Tarihi: 13 Mart.2018
83. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Erişim:18 Mart 2018
84. Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü, <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin1.aspx?MevzuatKod=1.3.1219&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=&Tur=1&Tertip=3&No=1219> Erişim:18 Mart 2018
85. Resmi Gazete, Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/01/20140118-1.htm>. Erişim:18 Mart 2018.
86. Aslan Ş. ‘‘Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama’’, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2004, 11: 600-617.
87. Saluvan M, Kaya S.’‘Doktor-Hemşire Etkileşiminin Hastane Performansına Etkisi’’, *Sağlıkta Kalite ve Performans Dergisi*, 5: 101-121. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/303531>. Erişim: 19 Ocak 2018.
88. Kayadibi F.’‘ Eğitim Kalitesine Etki Eden Faktörler ve Kaliteli Eğitimin Üretime Katkısı’’, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/10098>. Erişim:18 Mart 2018.
89. Dener H. *Mesleklerarası Öğrenme hakkında Hacettepe Üniversitesi Doktor ve Hemşireleri ile Tıp ve Hemşirelik Öğrencilerinin Hazırbulunurluk Düzeylerinin Karşılaştırılması* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Tıp Eğitimi ve Bilişimi ABD, Yüksek Lisans Tezi; 2015.

90. Yükseköğretim Kurulu, Hemşirelik Lisans Eğitim Çalıştayı, 23 Kasım 2017, <http://www.yok.gov.tr/web/guest/hemsirelik-lisans-egitimi-calistay-raporu-yayimlandi>. Erişim: 20 Mart 2018.
91. YÖK, Lisans Düzeyindeki Öğrenci ve Öğretmen Sayıları, 2016 – 2017, <https://istatistik.yok.gov.tr/>. Erişim: 20 Mart 2018.
92. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>. Erişim: 20 Mart 2018.
93. Kocaman G, Yürümezoğlu HA. "Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminin Durum Analizi: Sayılarla Hemşirelik Eğitimi (1996-2015)", 2015, 5(3):255-262.
94. Elgünler TÇ. "İletişimin kalitesini etkileyen engeller ve bu engellerin giderilmesi", *TOJDAC*, Temmuz 2011, 1(1); 1-5.
95. Aydın İ, Toraman A. "Hemşire-Hekim İletişiminin Hemşireyi İşte Tutma Üzerine Etkisi", 2009, http://www.acibademhemsirelik.com/bilimsel_calisma/hemsire_iste_tutma.pdf. Erişim: 29 Ekim 2017.
96. Yalçınkaya K, Akbulut Y, Kutlu G. "Attitudes toward physician nurse collaboration in pediatric oncology hospital", Editör Akıncı F, Bostan S, Kılıç T. Uluslararası Sağlık Yönetimi Kongresi, Sage Yayıncılık, 2015, 332-336.
97. Hojat M, Herman MW. "Developing an instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings", *Psychologic Reports*, 1985, 56: 571-579, <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.2466/pr0.1985.56.2.571> Erişim:10 Ekim 2017.
98. Salant P, Dillman DA. How to Conduct Your Own Survey, *John Wiley & Sons, Inc.* Newyork, 1994, s. 55, https://www.researchgate.net/publication/246393686_How_to_Conduct_your_Own_Survey Erişim:10 Ekim 2017
99. Yılmaz HA. "Bir derleme: benlik kavramına ilişkin bazı yaklaşımlar ve tanımlamalar", *Sosyal Bilimler Dergisi*, Nisan/2016, 48:85.
100. Demirtaş HA. Sosyal Kimlik Kuramı, Temel Kavram ve Varsayımlar. İletişim Araştırmaları, 2003, 1(1):123-144.
101. Weinstein SM, Antonova S, Goryunova M. "Staffing Innovation: Enhancing Nurse-Physician Collaboration", Nisan 2003, 33(4): 193–195,

https://journals.lww.com/jonajournal/Citation/2003/04000/A_Staffing_Innovation__Enhancing_Nurse_Physician.1.aspx Erişim: 20 Mart 2018.

102. Macdonald J. *Physicians' Perceptions of Nurse Practitioners and Collaboration*, University of Manitoba Faculty of Nursing, the degree of Master; 2001.
103. Erickson JI, Clifford JC. Building a foundation for Nurse- Physician collaboration. *Crico/RMF.Forum*, 2008, 26(2):5-7.
104. Kramer M, Schmalenberg, C. The practice of Clinical Autonomy in hospitals: 20000 nurses tell their story. *Critical Care Nurse*, 2008, 28:6, 58-71, <http://ccn.aacnjournals.org/content/28/6/58.full.pdf+html> Erişim: 20 Mart 2018.
105. Rosenstein AH, O' Daniel M. "Disruptive behavior & clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians". *AJN*, 2005, 105(1) :54-64.
106. Chaboyer WP, Patterson E. "Australian hospital generalist and critical care nurses' perceptions of doctor-nurse collaboration," *Nursing and Health Sciences*, 2001, 3(2):73-79, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11882181> Erişim: 10 Ekim 2017.
107. Couper ID, Hugo JFM, Van Deventer WV. The role of clinic visits: perceptions of doctors, *SA Fam Pract*, 2005;47(8): 60-65.

EKLER

EK-1

ARAŞTIRMA GÖNÜLLÜ KATILIM FORMU

Bu çalışma, **Hekim ve hemşirelerin İşbirliği: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği** başlıklı yüksek lisans tez çalışması olup, Jefferson Hekim ve Hemşire İşbirliği Tutum ölçeği kullanılarak hastane ortamında birlikte çalışan hekim ve hemşirelerin işbirliğine yönelik tutumlarını değerlendirme amacını taşımaktadır. Çalışma, Yard. Doç. Dr. Yıldırım Beyazıt Gülhan danışmanlığında, Pınar Eraslan tarafından yürütülmekte olup, sonuçları ile hekim ve hemşirelerin işbirliğine yönelik hekimlerin ve hemşirelerin tutumlarını ortaya konacaktır.

- Bu çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Çalışmanın amacı doğrultusunda, anket yapılarak sizden veriler toplanacaktır.
- İsminizi yazmak ya da kimliğinizi açığa çıkaracak bir bilgi vermek zorunda değilsiniz/araştırmada katılımcıların isimleri gizli tutulacaktır.
- Araştırma kapsamında toplanan veriler, sadece bilimsel amaçlar doğrultusunda kullanılacak, araştırmanın amacı dışında ya da bir başka araştırmada kullanılmayacak ve gerekmesi halinde, sizin (yazılı) izniniz olmadan başkalarıyla paylaşılmayacaktır.
- İstemeniz halinde sizden toplanan verileri inceleme hakkınız bulunmaktadır.
- Sizden toplanan veriler dosyalama yöntemi ile korunacak ve araştırma bitiminde arşivlenecek veya imha edilecektir.
- Veri toplama sürecinde/süreçlerinde size rahatsızlık verebilecek herhangi bir soru/talep olmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılmanız durumunda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılacak ve imha edilecektir.

Gönüllü katılım formunu okumak ve değerlendirmek üzere ayırdığınız zaman için teşekkür ederim. Çalışma hakkındaki sorularınızı iletişim bilgilerinden ulaşarak, araştırmacıya yöneltebilirsiniz.

Araştırmacı Adı :Pınar ERASLAN

e-mail :eraslan.pinar@gmail.com

İş Tel :0 212 272 48 00/Dah.132

Cep Tel :0 533 661 92 09

EK 2

DEMOGRAFİK VERİ FORMU

Bu bölüm, size tanımlayıcı nitelikte sorulardan oluşmaktadır. Lütfen size uygun olan cevapları yazınız ve işaretleyiniz.

1. Mesleğiniz: () Uzman Hekim () Asistan Hekim () Hemşire
2. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
3. Yaşınız: () 20-30 () 31-40 () 41-50 () 51 ve üzeri
4. Eğitim durumu: () Lise () Önlisans () Lisans
() Yüksek Lisans () Doktora

Not: Uzman hekim doktorayı, asistan hekim ise yüksek lisansı işaretlemelidir.

5. Çalışma alanı:

Hemşireler için: () Acil Servis () Yoğun Bakım Servisi () Poliklinik

() Ameliyathane () Yataklı Bakım Servisi

Hekimler için: () Dahili () Cerrahi () Temel Bilimler

Sadece hekim için çalıştığı Anabilim Dalı:.....

6. Mesleki tecrübe: () 1 yıldan az () 1-10 yıl () 11-20 yıl () 21 yıl ve üzeri
7. Birlikte vizite katılma ve visit yapma durumu:
() Var () Yok
8. Çalışma durumunuz:
() Kadrolu () Sözleşmeli

EK 3**HEKİM-HEMŞİRE İŞBİRLİĞİ SKALASI:**

	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
1. Bir hemşire, hekimin yardımcısından ziyade işbirliği yaptığı mesai arkadaşıdır.	4	3	2	1
2. Hemşireler, hastanın ihtiyaçlarına psikolojik görüş açısı ile cevap verecek şekilde yetiştirilmişlerdir.	4	3	2	1
3.Hemşirelik ve tıp öğrencileri, kendi rollerini anlamak için eğitimleri esnasında takım çalışması yapmalıdırlar.	4	3	2	1
4.Çalışma şartlarını ilgilendiren, yönetsel/politik kararlar alınırken hemşirelerin katılımı sağlanmalıdır.	4	3	2	1
5.Hastaya sağlanan hemşirelik hizmetlerinden, hemşireler sorumludur.	4	3	2	1
6.Hekimler ve hemşireler arasında bir çok örtüşen sorumluluk alanları vardır.	4	3	2	1
7.Psikolojik tavsiyeler ve hasta eğitimi hemşirelerin özel ihtisas alanıdır.	4	3	2	1
8.Hekimler, bütün sağlık konularında hakim otoritedir.	4	3	2	1
9.Hastaların taburcu kararlarını verirken hekim ve hemşire karşılıklı görüş alış verişinde bulunmalıdır.	4	3	2	1
10.Hemşirenin birincil görevi hekimin emirlerini yerine getirmektir.	4	3	2	1
11.Kendi görev alanlarını ilgilendiren, hastane destek hizmetleri ile ilgili karar alınırken, hemşirenin de katılımı sağlanmalıdır.	4	3	2	1
12.Tıbbi tedavinin etkilerinin gözlenmesinde hemşirenin sorumluluğu olmalıdır.	4	3	2	1
13.Hemşire, hekimin uygulamakla görevlendirdiği tedavinin hasta üzerinde olası zarar verici etkilerini görünce hekimi uyarmalıdır.	4	3	2	1
14.Hekimler, hemşirelerle işbirliği kuracak şekilde eğitilmelidir.	4	3	2	1
15.Hemşire hekim arasındaki mesleki işbirliği eğitimi, lisans eğitim programlarında da yer almalıdır.	4	3	2	1

EK 4

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 17.01.2018

Toplantı Sayısı: 90

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)


Okan Üniversitesi Etik Kurulu 17.01.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 12. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Sağlık Yönetimi bölümünden **Pınar ERASLAN**'ın "Hekim ve Hemşirelerin İşbirliği: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)



Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye)




Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)




Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı
(Üye)



Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)

Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı:	Pınar	Soyadı:	Eraslan
Doğum Yeri:	İstanbul	Doğ. Tarihi:	22.01.1979
Uyruğu:	T.C.	Tel:	
Email:	eraslan.pinar@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı	2018
Lisans	Eskişehir Anadolu Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü	2011
Önlisans	Marmara Üniversitesi SHMYO Tıbbi Laboratuvar Bölümü	2000
Lise	50.Yıl Çağlayan Süper Lisesi	1996

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Laboratuvarı Teknikeri	Acıbadem Hastanesi	2000-2003
Birim Teknik Sorumlusu	Düzen Laboratuvarlar Grubu	2004-devam ediyor

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YÖKDİL Puanı
İngilizce	İyi	Orta	İyi	56

	Sayısal	Eşit Ağırlıklı	Sözel
ALES (Kasım 2015 puanı)	64,8	64,9	61,5