

**T.C.**  
**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ - KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI**  
**ORTAK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**  
**(HEMŞİRELİKTE YÖNETİM)**

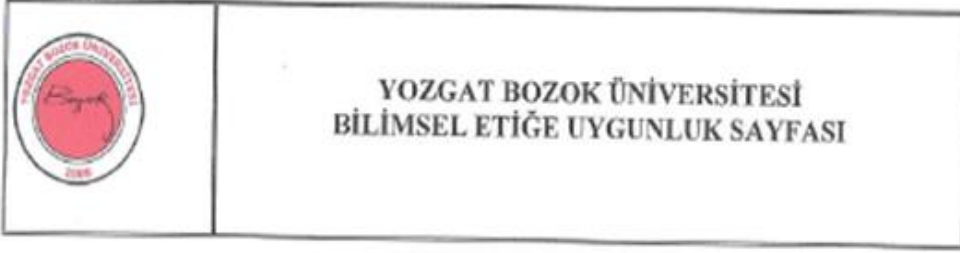
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Meral ÇALIŞKAN ALKAN**

**HEMŞİRELERİN PROFESYONELLİK TUTUMLARININ**  
**HEMŞİRELER ARASI İŞBİRLİĞİNE ETKİSİ**

**TEZ YÖNETİCİSİ**  
**Dr. Öğr. Üyesi Serpil ÇELİK DURMUŞ**

**YOZGAT - 2020**



T.C.

**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

İmza

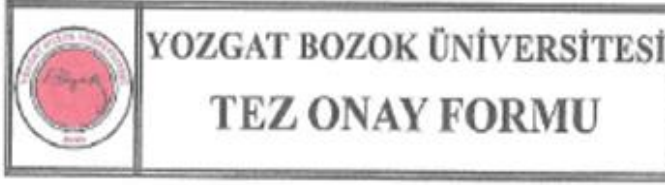
**Meral ÇALIŞKAN ALKAN**



**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ**  
**YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI**

**T.C.**  
**YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

“Hemşirelerin Profesyonellik Tutumlarının Hemşireler Arası İşbirliğine Etkisi”  
adlı Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi Lisansüstü  
Tez Yazım Kılavuzu’na uygun olarak hazırlanmıştır.



T.C.  
YOZGAT BOZOK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Enstitümüzün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 90110117005 numaralı öğrencisi Meral ÇALIŞKAN ALKAN'ın hazırladığı “Hemşirelerin Profesyonellik Tutumlarının Hemşireler Arası İşbirliğine Etkisi” başlıklı tezi ile ilgili tez savunma sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri gereğince 01/12/2020 Salı günü saat 13:30'da yapılmış, tezin onayma oy birliği/oy çokluğu ile karar verilmiştir.

**Başkan** :Prof. Dr. Dilek EKİCİ

**Jüri Üyesi** :Dr. Öğr. Üy. Serpil ÇELİK DURMUŞ  
(Danışman)

**Jüri Üyesi** :Dr. Öğr. Üy. Emel GÜLNAR

**ONAY:**

Bu tezin kabulü, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve .....sayılı Enstitü Yönetim Kurulu Kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

**Prof. Dr. Yalçın ARAL**  
Enstitü Müdürü

## ÖZET

Yüksek lisans tezi

### HEMŞİRELERİN PROFESYONELLİK TUTUMLARININ HEMŞİRELER ARASI İŞBİRLİĞİNE ETKİSİ

Meral ÇALIŞKAN ALKAN

Bu araştırma hemşirelerin, mesleki profesyonellik tutumlarının hemşireler arası işbirliğine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılan bu araştırmanın evrenini Kayseri Şehir Hastanesi'nde çalışan tüm hemşireler (n=1020) oluşturmuştur. Bu hastanede aktif çalışan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler örneklemini oluşturmuştur (n=409). Araştırmanın etik izni, Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, Ocak 2019 da alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak; kişisel verileri içeren sosyo-demografik özellikler formu, Çelik Durmuş (2016) tarafından Türkçe'ye uyarlanan "Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği", Erbil ve Bakır (2006) tarafından hazırlanan "Mesleki Profesyonel Tutum Envanteri" kullanılmıştır. Bu çalışmadan elde edilen veriler SPSS 17 programında uygun testler yapılarak incelenmiştir. Araştırmada Mesleki Profesyonel Tutum Envanteri puan ortalaması  $4,26 \pm 0,45$  ile Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği puan ortalaması  $2,47 \pm 0,72$  olarak belirlenmiştir. Araştırmada erkek hemşirelerin, acil ve ameliyathane hemşirelerinin işbirliği puan ortalamaları yüksek çıkmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin profesyonellik tutum düzeyleri incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum, hemşire olarak çalışma yılı ve çalışılan birimde geçirilen yılın hemşirelerin profesyonellik tutum düzeylerini etkilemediği görülmektedir. Araştırma sonucunda ise hemşirelerin profesyonellik tutumları ile hemşireler arası işbirliği üzerinde pozitif zayıf bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Profesyonellik, İşbirliği

## ABSTRACT

### Master Thesis

## THE EFFECT OF NURSES 'PROFESSIONAL ATTITUDE ON COLLABARATION BETWEEN NURSES

**Meral ÇALIŞKAN ALKAN**

This study was conducted to determine the effect of nurses' professional attitudes on collaboration between nurses. The population of this descriptive and cross-sectional consisted of all nurses (n = 1020) working in Kayseri City Hospital. The sample consisted of nurses working actively in this hospital and agreeing to participate in the study (n = 409). Ethical permission for the study was obtained from Kırıkkale University Non-Interventional Research Ethics Committee in January 2019. As a data collection tool in research; Socio-demographic characteristics form containing personal data, "Nurse-Nurse Collaboration Scale" adapted into Turkish by Çelik Durmuş (2016), "Occupational Professional Attitude Inventory" prepared by Erbil and Bakır (2006) were used. The data obtained from this study were analyzed by performing appropriate tests in the SPSS 17 program. In the study, the mean score of the Occupational Professional Attitude Inventory was  $4,26 \pm 0,45$  and the Nurse-Nurse Collaboration Scale average score was  $2.47 \pm 0,72$ . In the study, the mean collaboration scores of male nurses, emergency and operating room nurses were found to be high. When the professionalism attitude levels of nurses are examined in this study; It is observed that gender, marital status, working year as a nurse and the year spent in the unit did not affect the professionalism attitude levels of the nurses. As a result of the study, it was found that there is a weak positive relationship between nurses' professional attitudes and collaboration between nurses.

**Key Words:** Nurse, Professional, Collaboration

## İÇİNDEKİLER DİZİNİ

<b>BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI .....</b>	<b>i</b>
<b>YÖNERGE UYGUNLUK SAYFASI .....</b>	<b>ii</b>
<b>YOZGAT BOZOKÜNİVERSİTESİ .....</b>	<b>iii</b>
<b>TEZ ONAY FORMU .....</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET .....</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>v</b>
<b>İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....</b>	<b>vi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ.....</b>	<b>ix</b>
<b>ÖNSÖZ .....</b>	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Problem Tanımı .....</b>	<b>2</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Hemşirelik .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2. Mesleki Profesyonellik .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2.1. Hemşirelikte profesyonelleşme .....</b>	<b>6</b>
<b>2.3. İşbirliği.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3.1. Hemşireler arası işbirliği.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3.1.1. Problem çözme .....</b>	<b>9</b>
<b>2.3.1.2. İletişim .....</b>	<b>10</b>
<b>2.3.1.3. Süreç paylaşımı .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3.1.4. Koordinasyon .....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.1.5. Profesyonellik.....</b>	<b>13</b>
<b>2.4. Hemşirelikte Profesyonellik ve İşbirliği Kavramları .....</b>	<b>14</b>
<b>3. MATERYAL ve METOT .....</b>	<b>16</b>
<b>3.1. Araştırmanın Amacı.....</b>	<b>16</b>
<b>3.2. Araştırmanın Tipi.....</b>	<b>16</b>
<b>3.3. Araştırma Soruları .....</b>	<b>16</b>
<b>3.4. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi .....</b>	<b>16</b>
<b>3.5. Araştırmanın Etik Yönü .....</b>	<b>17</b>
<b>3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer.....</b>	<b>17</b>
<b>3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri .....</b>	<b>18</b>

3.8. Veri Toplama Araçları.....	18
3.8.1. Sosyo-demografik özellikler.....	18
3.8.2. Mesleki profesyonel tutum envanteri (MPTE) .....	18
3.8.3. Hemşire-hemşire işbirliği ölçeği (HHİÖ) .....	19
3.9. Verilerin Toplanması .....	20
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi .....	20
4. BULGULAR .....	22
4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=409) .....	22
4.2. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımları 23	
4.3. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutları Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney Testi Sonuçları .....	24
4.4. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Yaş Grubu” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları .....	26
4.5. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Medeni Durum” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney Testi Sonuçları .....	28
4.6. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Eğitim Durumu” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları .....	29
4.7. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Hemşire olarak çalışma yılı” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları.....	31
4.8. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Çalışılan birimdeki yıl” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları.....	33
4.9. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Çalışılan Birim” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları .....	35
4.10. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Hemşirelik Mesleğini Sevme Durumu” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney Testi Sonuçları.....	38
4.11. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Çalıştığımız Birimdeki Göreviniz” Değişkenine Göre Karşılaştırılması .....	40
4.12. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Çalışma Şekli” Değişkenine Göre Karşılaştırılması .....	42
4.13. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının Arasındaki İlişki .....	44
4.14. MPTE Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Değerleri.....	46



<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>47</b>
<b>5.1. Hemşireler Arası İşbirliği ve Sosyo-Demografik Veriler.....</b>	<b>47</b>
<b>5.2. Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutum Düzeyleri ve Sosyo-demografik Özellikleri .....</b>	<b>52</b>
<b>5.3. Hemşireler Arası İşbirliği ve Mesleki Profesyonellik Düzeyleri Karşılaştırılması .....</b>	<b>57</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>59</b>
<b>6.1. Sonuçlar.....</b>	<b>59</b>
<b>6.2. Öneriler .....</b>	<b>60</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>62</b>
<b>8. EKLER .....</b>	<b>73</b>
<b>EK 1. Sosyo-Demografik Özellikler .....</b>	<b>73</b>
<b>EK 2. Mesleki Profesyonel Tutum Envanteri .....</b>	<b>74</b>
<b>EK 3. Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği .....</b>	<b>76</b>
<b>EK 4. Mesleki Profesyonellik Tutum Envanteri İzni .....</b>	<b>78</b>
<b>EK 5. Kayseri Şehir Hastanesi Kurum İzni .....</b>	<b>79</b>
<b>EK 6. Kırıkkale Üniversitesi Etik Kurul Kararı .....</b>	<b>82</b>
<b>9. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>83</b>

**TABLolar DİZİNİ**

<b>Tablo 1.</b> Normallik değerleri .....	21
<b>Tablo 2.</b> Crochbach's Alpha Katsayıları .....	21
<b>Tablo 3.</b> Sosyo-demografik özellikleri .....	22
<b>Tablo 4.</b> Ölçek istatistikleri.....	23
<b>Tablo 5.</b> Cinsiyet Değişkeni Bulguları .....	24
<b>Tablo 6.</b> Yaş değişkeni bulguları .....	26
<b>Tablo 7.</b> Medeni durum değişkeni bulguları.....	28
<b>Tablo 8.</b> Eğitim durumu değişkeni bulguları .....	29
<b>Tablo 9.</b> Çalışma yılı değişkeni bulguları .....	31
<b>Tablo 10.</b> Çalışılan birimdeki yıl değişkeni bulguları .....	33
<b>Tablo 11.</b> Çalışılan birim değişkeni bulguları.....	35
<b>Tablo 12.</b> Mesleği sevme durumu bulguları .....	38
<b>Tablo 13.</b> Birimdeki görev değişkeni bulguları .....	40
<b>Tablo 14.</b> Çalışma şekli değişkeni bulguları.....	42
<b>Tablo 15.</b> Korelasyon bulguları .....	44
<b>Tablo 16.</b> Regresyon bulguları.....	46

## ÖNSÖZ

Yüksek lisans öğreniminde, çalışmalarım sırasında yardımlarını esirgemeyen değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üy. Serpil ÇELİK DURMUŞ'a

Değerli jüri üyelerim Prof.Dr. Dilek EKİCİ ve Dr. Öğr. Üy. Emel GÜLNAR'a

Çalışmaya katılan Kayseri Şehir Hastanesi'nde çalışan meslektaşlarıma,

Her zaman arkamda olup bana inanan sevgili annem Fermüde ÇALIŞKAN, babam Salih ÇALIŞKAN ve kardeşim Muhammed ÇALIŞKAN'a

Yüksek lisans sürecinde beni daima destekleyen, motive eden sevgili eşim Tolga ALKAN'a, çok teşekkür ediyorum.

Ve bu tezimin bu kadar uzamasına neden olan **minik kızım AYBÜKE ALKAN'a bu tezi itaf ediyorum.**

## 1. GİRİŞ

Ülkemizde ve dünyada tüm sektörlerde, birçok alanda daha kaliteli, daha verimli ve daha profesyonel iş yapmak için araştırmalar yapılmakta, yeni hizmetler sunulmaktadır. Her alanda olduğu gibi sağlık alanında da yeni gelişmeler ve yeni bilgiler ortaya çıkmaktadır (<https://geturkiyeblog.com/>).

Sağlık alanındaki yeni gelişmelerden bazılarına örnek verilecek olursa: “Kaliforniya Üniversitesinde 3D yöntemi ile kanın taşınmasını sağlayan yapay damarlar üretildi; Çinli bilim insanları 30 saniyede kan grubu ölçümü yapabilen bir kağıt ürettiler; George Mason Üniversitesindeki biyologlar Komodo Ejderi kanında ilaçlara dayanıklı bakterilerin olduğunu keşfettiler (<https://geturkiyeblog.com/>). Yapay zeka, robotik cerrahi üzerinde yapılan çalışmalarda sağlık alanına yeni bakış açıları ile katkı sağlamıştır.

Dünyadaki bu gelişmelerin yanı sıra ülkemizde 2003 yılında sağlıkta dönüşüm programı başlatılmış, bu program ile herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortaları ve kamu özel hastanelerinin birleştirilmesi gibi konular ele alınmıştır (Çavmak Ş., ve Çavmak D. 2017). Ayrıca vatandaşın özel hastane hizmeti alabileceği, ancak para ödemeyeceği bir sistem olarak “Şehir Hastaneleri” planlanmıştır. Şehir hastanelerinin amacı ise daha geniş ve düzenli olarak, sıra beklemeden hastaların hizmet alabilmesi, son teknolojik malzemeler ve profesyonel personeller ile daha kaliteli ve güvenli hizmet vermek olarak belirlenmiştir (<http://www.mersin.gov.tr>).

Sağlık hizmetlerine baktığımızda genel olarak, “koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici” olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır. (Ekici, 2013a). Karmaşık ve sürekli bir etkileşimin olduğu sağlık sektöründe kaliteli hizmet verilebilmesi için birçok kişinin işbirliğini gerektirmektedir. Bu işbirliğini sağlarken hasta bakım hizmetinin etkinliği ve yetkinliğini sağlamak, verilen hizmetin kalitesine katkı sağlamaktadır (Ekici, 2013b). Dünya sağlık örgütü ([DSÖ] 2000)’de; sağlıkta kaliteyi artırabilmek için, sağlık sektörünün değişen koşullara uyum sağlanmasını öngörmekte ve etkilenen sağlık hizmetleri çalışanlarının değişiminin geliştirilmesi ve desteklenmesi konusunda olan ihtiyacını vurgulamaktadır (DSÖ, 2000).

Strasen (1992) göre, verilen hizmetin kaliteli/nitelikli olması aynı zamanda mesleki profesyonel statüye ulaşılması içinde kişilerin mesleki profesyonel kimliklerinin güçlü olması gerektiğini belirtmiştir (Aktaran: Dikmen Demir vd., 2014). Cerit (2009) ve Yaprak (2009)'un yaptığı çalışmalarda ise sağlık bakım hizmetinin verilmesinde ekibin birlikteliğine dikkat çekilmiş, ekip arasındaki etkileşim ve iletişimin önemi vurgulanmış ve ekip içerisindeki büyük payında hemşirelere ait olduğu belirtilmiştir.

### 1.1. Problem Tanımı

Hastaların hastaneye yatışı işlemlerinden, taburculuğuna kadar yapılan bakımlar, tanı testleri ve müdahaleler için birçok sağlık personeli görev yapmaktadır. Bununla birlikte hastaneye yatan hastalara tanının konulabilmesi için gerekli veriler ancak tanı testleri ve yapılan müdahaleler ile elde edilmektedir. Hastalar, farklı hekimler tarafından muayene edilmek veya tanı ünitesine götürülmek üzere sürekli yer değişikliği yapılmakta (Dougherty ve Larson, 2010) ve bu esnada sağlık ekibi içinde meydana gelen iletişim ve koordinasyon eksikliği hastayı negatif yönde etkileyebilmektedir.

Yapılan bir çalışmaya göre hastaneye cerrahi uygulama için yatış yaptıran hastaların, taburculuğa kadar geçen sürede kendisi ile ilgilenen hemşire ve hekimlerin sürekli değişmesi ve iletişim eksikliğindeki problemler nedeniyle hasta ile ilgili verilerin kaybolduğu belirtilmiştir (Grenberg vd., 2007). Hastaların başka birimlere devirleri sırasında meydana gelen tıbbi hataların çoğunluğunun “iletişim” kökenli problemlerden kaynaklandığı belirtilmektedir. Andrews ve Miller (2005) ise, sağlık üyeleri içindeki iletişim ve işbirliğindeki sorunlar ve hataların tıbbi hatalardaki en önemli faktör olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık ekibi içinde hasta bakımı rolünü en fazla üstlenen meslek üyeleri ise hemşirelerdir (Lemetti vd., 2015). Bu nedenle “Hemşireler Arası İşbirliği” konusu tıbbi hataların azaltılması ve hasta güvenliğinin artırılmasında önemli yere sahiptir (Makary vd., 2007). Ayrıca birçok uzman ve sağlık kurumu, tıbbi hataları önlemek için çalışanlarını işbirliğine teşvik etmektedir (American Association of Critical Care Nurses [AACN], 2005).

“İşbirliği” kavramı Latince birlikte anlamına gelen “col” kelimesi ve iş anlamına gelen “laborare” kelimelerinden türetilmiştir (Dougherty ve Larson, 2010). Collaborare

kelimesinin anlamı birlikte iş yapmak'tır. Hemşireler arası işbirliği, ortak bir hedefe (hasta) ulaşmak için birlikte çalışan ve farklı uzmanlık alanında olan sağlık ekibinin arasındaki ilişki ve etkileşimleri içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Haire, 2010). Hemşireler arasında işbirliği; hemşirelerin vardiya değişimi esnasında hastaların değişimi ya da başka servise götürülüşü esnasında, eksik bilgi verme ve hemşireler arası bilgi ve beceri eksikliğinin olduğu zaman daha sık meydana geldiği belirtilmektedir (Stefaniak, 1998).

Profesyonellik denildiğinde ise; alanında eğitim almış uzman kişilerce yürütülen ve ilgili meslek örgütleriyle desteklenerek sunulan hizmet akla gelmektedir. Aynı zamanda bu hizmetin niteliğini arttırmak ve daha güzele ulaşmak için çaba gösterme, devamlı ilerleme ile özgünlüğünü ortaya koymak ta profesyonelliği göstermektedir (Karahan, 2006).

Hemşirelikte profesyonellik, hemşirelerin kaliteli hasta bakımı vermek ve hasta güvenliğini sağlamak ile birlikte, hemşirelerin davranışlarına rehberlik ederek işlerine olan bakış açılarını değiştirmektedir. Son yıllarda gerçekleşen teknolojik ve politik gelişmeler sağlık sistemini de etkilemiş ve özellikle tedavi edici hizmetlerden çok koruyucu hizmetlerin ön plana çıkması, hasta bireyden sağlıklı birey ve ailesine yönelmeyi gerektirmektedir. Bu durum hemşirenin görev ve sorumluluklarını etkilemektedir. Özellikle bakım verici rolünün yanı sıra eğitici, danışman, karar verici, yönetici ve koordinatör rollerini ön plana çıkarmaktadır. Böylece hemşirelik mesleği geleneksel hemşirelik modelinden profesyonelliğe doğru bir süreç yaşamaktadır (Erdemir, 1998; Dinç, Kaya, ve Şimşek, 2007). Ayrıca son zamanlarda hız kazanan bilimsel çalışmalar; hemşirelik mesleği üyelerinin kendilerini sürekli geliştiren, yeniliklere açık, entelektüel, araştırmacı, sorumluluk sahibi, liderlik, sosyal iletişimi yüksek gibi özellikleri kazanmalarına neden olmaktadır (Adıgüzel, Tanrıverdi ve Özkan, 2011).

DSÖ, sağlık sistemini geliştirebilmek için, sağlık sektörünün içinde bulunduğu duruma uyum sağlanmasını öngörmekte ve değişik kategorilerdeki sağlık personelinin, iş bölümü açısından anlaşmalarını, meslek içi ve meslekler arası iş birliği yapmalarını beklemektedir (Boztepe ve Terzioğlu, 2015). Bununla ilgili Boztepe ve Terzioğlu (2015), Yardımcı, Başbakkal, Beytut, Muslu, ve Ersun (2012), Ulusoy ve Tokgöz

(2009): “uzman sağlık profesyonelleri ve bu profesyonellerin birbirleri ile yakın işbirliği ve iletişim içinde, ekip anlayışı doğrultusunda çalışmasını” önermektedir.

Woods ve arkadaşları (2008) “yüksek kaliteli bakım için ekip çalışması ve iyi iletişim şarttır”, Dougherty & Larson (2010) “hemşireler arası işbirliği sağlanarak hemşirelerin tıbbi hatalar oluşmadan önce %86’sını önleyebildiğini”, Öztürk, Kahrıman, ve Babacan (2017) “tıbbi hataların önlenmesinde ve azaltılmasında hemşirelerin eğitimin önemli olduğu” Adıgüzel ve arkadaşları (2011) “hasta güvenliği için takım çalışması, işbirliği, profesyonellik, iletişim konularını vurguladığı” görülmektedir.

Görüldüğu üzere sağlık hizmetlerinde daha kaliteli hizmet verebilmek için profesyonellik, iletişim, işbirliği, ekip çalışması, bilgi düzeyleri gibi konular üzerinde ayrı ayrı durulmuş bunlara yönelik araştırmalar yapılmıştır (Adıgüzel vd., 2011; elik Durmuş 2016; Erbil ve Bakır 2009; Apker, Propp, Ford, ve Hofmeister, 2006; Greenberg vd., 2007 vb.). Ancak ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde sağlık bakım hizmetlerinin en önemli çalışanları olan hemşirelerin, profesyonellik düzeyleri ile hemşireler arasındaki işbirliği ilişkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışma hemşirelerin mesleki profesyonellik tutumlarının, hemşireler arası işbirliğine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hemşirelik

Hemşirelik ile ilgili farklı zamanlarda, farklı kuruluşlar tarafından tanımlar yapılmıştır. Türkiye’de 25/04/2007 yılında revize edilen 5634 sayılı hemşirelik kanuna göre “Türkiye’de üniversitelerin hemşirelik ile ilgili lisans eğitimi veren fakülte ve yüksek okullarından mezun olan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenler ile öğrenimlerini yurt dışında hemşirelik ile ilgili, Devlet tarafından tanınan bir okulda tamamlayarak denklikleri onaylanan ve diplomaları Sağlık Bakanlığınca tescil edilenlere Hemşire unvanı” verilir (<http://www.resmigazete.gov.tr/>).

### 2.2. Mesleki Profesyonellik

Günümüzde insanlar herhangi bir işi yaptırırken en doğru, en düzgün şekilde yaptırmak istemekte ve bunun için profesyonel kişilere başvurmaktadır. Profesyonellikle ilgili birçok tanım yapılmaktadır. Bunlar; “çeşitli yetkinlikleri içeren bir tutum/davranış (Baltaş, 2003)”, “uzmanlık, bilgi ve beceri içeren tutum ve davranışlar (Gökçora, 2005; Yıldırım, 2001)”, “eğitim almış uzman kişiler ve konuyla ilgili diğer meslek üyeleri ile desteklenerek sunulan hizmet (Karahan, 2006; Adıgüzel vd., 2011)”, “bir mesleğin sorumluluklarını yerine getirecek davranışların sergilenmesi (Erbil ve Bakır, 2009)” olarak belirtilmektedir.

Meslek, bireyin hayatını devam ettirmeye yönelik belli bir eğitim, donanım ve kabiliyet faaliyetlerinin tümü olarak ifade edilmektedir (Adıgüzel vd., 2011; Karadağ 2002).

Mesleki profesyonellik ise; bireysel profesyonellikten, örgütsel profesyonelliğe geçiş de ve kaliteli bakım ile mesleki standartların ön plana çıktığı durum olarak tanımlanmaktadır (Adıgüzel vd., 2011; Erbil ve Bakır, 2009). Mesleki profesyonelleşmenin eksik olduğu ve ya olumsuz etkilendiği durumlar, verilen hizmeti olumsuz etkileyecek ve kalitenin düşünmesine neden olacaktır (Erbil ve Bakır, 2009). Profesyonelliğin kazanılabilmesi içinde yapılan araştırmalarda (Sözen, 2004; Karahan, 2006) bazı kriterler belirlenmiştir. Bu kriterler şunlardır:

Meslekle ilgili dernek veya mesleki kuruluşların var olması,



Çalışma koşullarında bağımsız hareket etme serbestliği,  
 Uzun süreli, kapsamlı ve etkin bir eğitim,  
 Sunulan hizmetin toplumsal çıkarlar gözetilerek yerine getirilmesi,  
 Tercih edilen alanda çalışmak için gerekli nitelik ve yeterliliğe sahip olmak,  
 İşle ilgili belirtilen kurallara uyma zorunluluğu,  
 Mesleğin bilimsel yöntem ve tekniklerden yararlanılarak yapılan düzenli çalışma ve yeniliklere açık olunması vb.

### **2.2.1. Hemşirelikte profesyonelleşme**

Hemşirelik mesleği kökü çok eskilere dayanan, zorlu süreçlerden geçerek günümüze kadar uzanan bir meslektir. Daha önceleri hasta bakımıyla ilgili ve ilgisiz tüm işlerden sorumlu sayıldıkları dönemler yaşayan hemşirelik mesleği, Florence Nigthingale'in hemşirelik hizmetlerinin, eğitim düzeyi yüksek kişiler tarafından verilmesi gerektiğini savunmasıyla, hemşireliğin meslek konumuna ulaşması için bir dönüm noktası olmuştur (Özcan, 2012).

Dünya nüfusundaki hızlı artış, ekonomi, bilim ve teknoloji gibi konulardaki değişimler sağlık sektörüne olan talebi artırmış aynı zamanda kalite beklentisi yükseltmiştir (Özcan, 2012). Bu gelişmelerden doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenen hemşirelik mesleği ise profesyonelleşme yolundaki çalışmalarını arttırmıştır. Yeni okullar açılmış, mesleki örgütler ve politik aktiviteler artmış, bilime ve araştırmaya daha çok yönelmiş, ekip anlayışı ve kurum kültürü bilinci oluşmuş, sağlık bakımında kalite ön plana çıkarılmış, yeni kanunlar ve yönetmelikler oluşturularak meslek bütünlüğü ve profesyonelleşmesi yolunda hızla ilerleme kaydedilmiştir (Ay, 2011; Ekici, 2013b).

Meslekte profesyonel tutum envanterini geliştiren Erbil ve Bakır (2009), profesyonelliğin meslekleşme sürecinin bir parçası olduğu ve başarı yolunda gerekli bir bakış açısı/davranış biçimi olduğunu ifade etmektedir. Aynı zamanda meslekte verimli ve etkinliği artırmak için profesyonellik gerektiğini belirtmiştir. Profesyonelliği ise mesleğin ve yapılacak olan işin, kurumun ve hizmeti alan kişilerin en yüksek bilgi düzeyi ve en gelişmiş teknoloji ile en yüksek kar ve en az zarar ile verilmesi şeklinde tanımlanmıştır (Adıgüzel vd., 2011; Erbil ve Bakır, 2009).

Hemşirelikte profesyonelliği ilk olarak Miller ve arkadaşları 1993 yılında tanımlamışlardır (Ertürk ve Özmen, 2018). Bir tekerlek modeli üzerine yer alan

davranışlar ile hemşirelikte profesyonellik ölçütleri anlatılmaya çalışılmıştır. Tekerleğin merkezine hemşireliğin temeli olan “hemşirelik eğitimi ve bilimsel temel” çevresine ise destekleyici tutumlar yerleştirilmiştir (Çelik, 2010; İşçi, 2015). Buradaki profesyonellik ölçütleri; “eğitimsel hazırlık, yayın, araştırma, merkezi organizasyonlara katılma, toplumsal hizmet ve yeterlilik, hemşirelik kodları, teori ve otonomi” olarak belirlenmiştir (Çelik, 2010).

Öhlen ve Segesten’e göre (1998) ise, hemşirelikte profesyonel kimliğin üç boyutu vardır. İlk boyutu, kişisel boyuttur. Kişisel boyutta, profesyonel kimlik, hemşirenin bütüncül bir parçası olarak görülmektedir. İkinci boyut ise kişilerarası boyuttur. Bu boyuta göre, profesyonel kimliğe sahip hemşireler, diğer hemşirelerle etkileşim ve sosyalizasyon süreci olarak kazanılan hemşirelik mesleğinin bilgi, beceri, değerler, normlar ve kültürün içselleştirilmesi ile geliştirilebilecektir. Üçüncü boyutta ise sosyal ve tarihsel boyuttur. Bu boyuta göre hemşirelik, cinsiyet ayrımcılığı yoluyla ataerkil toplumlarda kadının aile içindeki kabullenici konumu itibarıyla, daha az değer verilen bir meslek olarak kadınlık alanının bir parçası şeklinde yorumlanmaktadır (Öhlen ve Segesten, 1998).

Hastane hizmetinin uzun süreli (7/24) verilmesi ve bu hizmeti veren ekibin içerisinde hasta ile en uzun sürede birlikte olan grubun hemşireler olması, verilen hizmette gerek hasta için, gerekse kurum için kalitenin artırılması adına hemşirelik mesleğinin profesyonel konumda olmasını gerektirmektedir. Apker ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada bir doktorun pozitif hasta sonuçları için profesyonel hemşirelere ihtiyaç duyulduğunu ve hemşirelerin akılcı ve araştırmacı olduğunu belirtmiştir (Apker vd., 2006).

Hemşirelerin profesyonelliğe yönelik tutumları da yine hasta sonuçlarına, sundukları bakımın kalitesine, meslektaşları ile etkileşime etki etmekte ve hemşirelerin profesyonel tutum algılarının yüksek olmasının sunulan hizmetin yetkinliğini artırdığı yapılan çalışmalarda ifade edilmiştir (Tarhan vd., 2016; Adıgüzel vd., 2011; Erbil ve Bakır, 2009).

### 2.3. İşbirliği

“İşbirliği” kavramı Latince birlikte anlamına gelen “col” kelimesi ve iş anlamına gelen “laborare” kelimelerinden türetilmiştir (Dougherty ve Larson, 2005). Collaborare kelimesinin anlamı birlikte iş yapmaktır. Türk Dil Kurumuna (TDK) göre işbirliği; amaç ve çıkarları bir olanların oluşturdukları çalışma ortaklığı, teşrikimesai veya bir işin çeşitli kişilerce yapılması, şeklinde tanımlanmıştır (<http://sozluk.gov.tr/>).

Sağlık alanında işbirliği ise birlikte çalışan hekim ve hemşirelerin teorik olarak karar verirken bilgilerin eksiksiz olması ile sorunların çözümü için sorumluluk paylaşma, hasta bakımına yönelik planlama yapma ve uygulama kararlarının birlikte alınması olarak tanımlanmıştır (Baggs ve Schmitt, 1999).

*“Keenan ve diğerleri ise işbirliğini “farklı eğitim ve deneyime sahip olan sağlık profesyonellerinin belirli bir vizyonla sorunların çözümü için birlikte iletişime geçme, farklılıkları ortaya koyma süreci” olarak tanımlamıştır” (Özkaraca, 2009).*

Çelik Durmuş (2016) işbirliği özelliklerinden şu şekilde bahsetmiş:

*Basit anlamada birlikte çalışma eylemidir.*

*Çok boyutlu ve çok düzeylidir, asla düz bir organizasyon değildir.*

*Üyeler arasındaki işbirliği sürekli gelişir ve ortak bir amaca ulaşmak için sürekli yeni üyelerin katılımıyla grup genişler.*

*İşbirliği ve eylemi oluşturan, iletişim ve etkileşim olarak sıralanabilir.*

İşbirliğinin özellikleri incelendiğinde, hastayı iyileştirebilmek için bir takım çalışmasına ihtiyaç duyulduğu, hastanın durumuna göre diğer sağlık çalışanları ile işbirliği ve iletişime geçilmesi gerektiği görülmektedir.

#### 2.3.1. Hemşireler arası işbirliği

Hemşireler arası işbirliği, ortak bir hedefe (hasta) ulaşmak için birlikte çalışan ve farklı uzmanlık alanında olan sağlık ekibi arasındaki ilişki ve etkileşimleri içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Haire, 2010). Apker ve arkadaşlarının (2006) hemşireler arası işbirliğinin bir hemşirelik sorumluluğu olduğunu belirtirken, Meretoja, Eriksson, ve Leino-Kilpi (2002) ise hemşirelik mesleği yeteneğinin bir ölçütün hemşireler arasındaki işbirliği olduğunu ve bunun hemşirelik uygulamalarında bir standart olduğundan belirtmişlerdir.

Stefaniak (1998)'in yaptığı bir çalışma sonucuna göre ise hemşireler, işbirliğini “bir problemi çözmek ve amaca ulaşmak için birlikte çalışmak” anlamında tanımlamışlardır. Hastalar hastaneye girdiği andan itibaren birçok işlemden geçmektedir. Gerek cerrahi işlemler, gerekse yan hastalıkları için yapılan konsültasyonlar, ameliyathaneye ve ya başka servise transferlerde ya da en basitinden aynı servis içerisindeki vardiya değişimlerinde “iletişim” ön plana çıkmaktadır.

Hall ve Weaver (2001)'in yaptığı çalışmada ise en uygun hasta bakımı için ekip üyeleri arasında yakın ilişki ve iletişim olması gerektiğini savunmuştur. Yalçın ve Aştı (2011)'nin yaptığı çalışmada “kişiler arası etkileşim” konusunun önemi vurgulanırken; Yardımcı ve arkadaşları (2012), “kaliteli ve nitelikli hasta bakım hizmeti için ekip çalışması, işbirliği, profesyonellik ve iletişim” konularına vurgu yapmıştır.

Stefaniak (1998) ise hemşirelerin nöbet değişimi, hasta transferleri gibi zamanlarda hasta ile ilgili bilgilerin eksik verildiği durumlarda ve ya hemşirelerin bilgi ve becerilerindeki eksikliklerden kaynaklı hataların olabileceği bu nedenle de hemşireler arasındaki işbirliğinin önemine dikkat çekmiştir. Bununla ilgili çalışmalar yapılmış olup, Dougherty ve Larson (2010) tarafından geliştirilen ve Çelik Durmuş (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan “Hemşireler Arası İşbirliği Ölçeği” bulunmaktadır. Bu ölçeğin beş alt boyutunu ise ;“Problem Çözme, İletişim, Süreç Paylaşımı, Koordinasyon ve Profesyonellik” şeklindedir.

### **2.3.1.1. Problem çözme**

Problem çözme, herhangi bir olay, durum, bilgi, güçlük karşısında var olan durumun analiz edilip, sonuç üretilmesi amacıyla bilişsel, duygusal ve davranışsal çözüm süreci şeklinde tanımlanmaktadır (Olgun, Öntürk, Karabacak, Aslan, ve Serbest, 2010; Kelleci, Gölbaşı, Doğan, ve Tuğut, 2011; Abaan ve Altıntoprak, 2005). Dolayısıyla bireysel ihtiyaçlarının yanı sıra, anlık ya da uzun süreli fizyolojik veya psikolojik sorunları nedeniyle hastaneye başvuran kişiler ile karşı karşıya kalan hemşirelerin problem çözme becerilerinin yüksek olması beklenmektedir.

Hemşirenin problem çözme becerisinin yeterli olması gerek hizmet verdiği kişilerin sağlık bakım kaliteleri ve yaşamı, gerekse kendisi açısından önem taşımaktadır (Övür, 2005; Abaan ve Altıntoprak, 2005). Olgun ve arkadaşları (2010) ise, kaliteli

hasta bakımı, sağlık sorunlarının tanımlanması, sağlıklı yaşamın sürdürülmesinde profesyonel ve problem çözme becerisi yüksek hemşirelerin olması gerektiğini ifade etmiştir.

Hemşirelik süreci içerisinde profesyonel hemşire elindeki veriler ile yeteneğini, eğitimini, bilgisini kullanarak uygun iletişim, problem çözme ve karar verme ile olayları tanımlar, bakım planını uygular ve değerlendirir (Çelik Durmuş, 2016). Problem çözmeye etkisiz ve ya yerinde olmayan kararlar verilmesi hizmetin kalitesi ve verimliliği ile mesleki profesyonellik, otonomi ve güç konusunda olumsuz sonuçlar ile karşılaşılmasına neden olmaktadır (Abaan ve Altıntoprak, 2005).

Sonuç olarak sağlık hizmeti alanların, kaliteli ve güvenilir bakım alması, hastaneye gelişten taburculuğa kadar geçen süreçte ekip içerisinde çalışanların işbirliği, iletişim, profesyonellik özellikleri ile problem çözme becerilerini birleştirmeleri gerekmektedir (Çelik Durmuş, 2016).

### **2.3.1.2. İletişim**

İletişim Latince’de “Communicare” fiilinden türetilmiş, batıda “Communication” olarak geçen bu kelime ile ilgili birçok tanım yapılmaktadır. Bu tanımlardan bazılarını baktığımızda “kişilerin birbirini etkilediği süreç” ya da “kişilerin gereksinimleri doğrultusunda fikir, duygu, düşünce alışverişinin olduğu süreç” olarak tanımlanmaktadır (Özcan, 2012).

Karşılıklı insan ilişkileri üzerinde önemli yere sahip olan iletişim, sağlık ekibi ve hasta ile doğrudan ilgilenen hemşireler içinde büyük önem taşımaktadır. Etkili bakım verilmesi, hastayı tanılamada ve ulaşmada hemşirelerin iletişim bilgi ve becerilerin önemli olduğu ifade edilmiştir (Özcan, 2012).

Hastaya verilen hizmet temelde bir kurum ve ekip ile verilmektedir. Cerit (2009)’in yaptığı çalışmada en üst düzeyde hizmet verilmesinin iyi bir ekip çalışmasına, ekip üyeleri arasındaki işbirliğine ve iletişime bağlı olduğunu belirtmiştir. Yine iyi bir ekip çalışması içinde, kişiler arası işbirliği, iletişim ve etkileşimin önemli olduğunu vurgulamıştır (Cerit, 2009).

Şen, Yılmaz, ve Ünivar'ın (2013) aktardığına göre ise iletişim becerilerinin, mesleki/profesyonel ilişkide kullanımın terapötik/teravi edici ve ya yardım becerileri şeklinde ifade edilmektedir (Aktaran: Demir Ünal, 2005; Kaya, 2011). Etkili iletişim ve iletişim becerileri sağlık ekibi üyelerinin amaçlarına ulaşmakta kolaylık sağlama ve hastaya verilen bakımın kalitesinde artma, hastanın tedaviye verdiği olumlu yanıtta artma vb. etkilere de sahip olduğu (Şen vd., 2013); sağlık çalışanlarının ortaya çıkan durumlar karşında problemi çözmeye daha etkili olduğu görülmektedir (McNeill, Shattell, Rossen, ve Barlet, 2008). Benzer şekilde Özçakır (2002) ise iletişimdeki eksiklerin, hasta memnuniyeti, hastanın tedaviye uyum ve sağlık sonuçlarının olumsuz olarak etkilendiğini ifade etmiştir.

Etkili ve açık iletişimin hasta üzerine etkilerinin yanı sıra örgüt/kurum içerisinde olumlu insan ilişkilerinin arttığı, hemşire iş doyumunda önemli bir faktör olduğu (Cerit, 2009), aynı zamanda hastanede kalma süresi, ölüm oranlarını doğrudan etkilediği ve hemşirelerin hastanede çalışma sürelerini ve doyumlarını arttırdığı (Miller, Adams, ve Beck, 1993) yapılan çalışmalarda belirtilmiştir.

### **2.3.1.3. Süreç paylaşımı**

Bir mesleğin, gerçek meslek olması için yüksek eğitim, statü, mesleki standartları, bağımsız karar verme gibi mesleki otonomi ve profesyonel ölçütlerin olması gerektiği ve hemşirelik mesleğinin bu meslekler arasında olduğunu belirten Saraçoğlu (2010); aynı zamanda meslekleşme kriteri için bilginin önemine ve bilimselliğe vurgu yapmıştır (Saraçoğlu, 2010).

Fransızca kökenli olan otonomi (autonome) sözcüğü; kendini yönetme(hakkı), özerklik anlamlarını taşımaktadır (<http://sozluk.gov.tr/>). Hemşirelikte otonomi ise, hemşirelik bakım ve uygulamalarındaki kararlardaki bağımsızlık (Kangalı, 2005); ekip içerisindeki görevlerde profesyonel ölçüte sahip, yapılan uygulamalarda sorumluluk sahibi, amaca ulaşmaya yönelik verilen kararları (Saraçoğlu, 2010) kapsamaktadır. Profesyonel otonomi de, iş standartları ve bu standartlar üzerindeki denetimin düzenlemesini kapsamaktadır (Yetim ve Beydağ, 2015).

Sağlık hizmetlerinde, hastaların ihtiyaçlarındaki değişimlerin ve hastanede sarf malzeme, ilaç vb. finansal kaynakların durumu hakkında yakından bilgi sahibi olan

hemşirelerin, hasta bakımı ve verilen hizmette aksamaya engel olmaması için büyük bir sorumluluğa ve otonomiye sahip olması gerektiği belirtilmiştir (Durmuş ve Yıldırım, 2018). Vatan, Argon, Engin, Binbir, ve Çiçek (2012) ise, verilen hizmetten daha çok olumlu sonuç alabilmek için hemşirelerin karar verme süreçlerine daha fazla katılım sağlaması gerektiğini belirtmiştir.

Kaya, Aştı, Acaroğlu, H.Kaya, ve Şendir (2006), otonomi bireyin kişisel haklarını koruyabilme; hemşirelikte otonomiye ise, bakım için gerekli olan hemşirelik kararları ve uygulamalardaki bağımsızlığını ifade ettiğini belirtirken; hedefe ve başarıya ulaşmak için otonomi ve profesyonelliğe vurgu yapılmıştır.

Hasta bakım kalitesini arttırmak için ekip olarak çalışan sağlık hizmetlerinde, bilgi düzeyi yüksek, profesyonel ve uzman becerilere sahip çalışanların, ekip içinde ve yönetimde söz sahibi olmasının önemli olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Bu katılımların iş kalitesini artırırken, ekibin karar verme sürecini ve hasta memnuniyetini olumlu etkilediği, bununla birlikte sağlık ekip üyeleri arasında hemşirelerin iş doyumunu ve motivasyonlarının arttığı belirtilmiştir (Saraçoğlu, 2010; Coşkun ve Uğur, 2018; Durmuş ve Yıldırım, 2018).

#### **2.3.1.4. Koordinasyon**

Fransızca kökenli “coordination” kelimesi eş güdüm anlamında kullanılmaktadır (<http://sozluk.gov.tr/>). Biyolojik sistemlerde uyumlu bir sonuç elde etmek için uygun bir işbirliği içinde çalışma anlamı taşıyan bu kelime sağlık sektörünün yönetiminde de önemli yere sahiptir.

Yönetimin temel fonksiyonları planlama, örgütleme, koordinasyon ve yönlendirme, kontrol olmak üzere dört bölümde incelenmektedir. Sağlık sektöründe kurumun planları ve organizasyon yapısının belirlendiği, vizyon ve misyonları gerçekleştirmek üzere yönetim ve çalışanlar arasında uyum sağlanması da koordinasyon olarak tanımlanmaktadır. Kurumsal amaca ulaşabilmek için birçok bölüm ile farklı kademe ve görevlerde çalışanın bulunduğu sağlık sektöründe koordinasyon önemli yere sahiptir (Ekici, 2013a).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması, denetim sorunlarının çözülebilmesi, sağlık finansmanı, hasta bakımı, sağlık hizmetinin

erişim ve sürekliliği, klinik süreçlerdeki yalın uygulamalardan, enfeksiyon kontrolü ve önlenmesine kadar birçok alanda koordinasyonun gerekliliğine değinilmiştir (Türkoğlu ve Gün, 2006; Özkan, Bayın, ve Yeşilaydın, 2015; Kasapoğlu, 2016; Derin ve Demirel, 2013; Çelikay ve Gümüş, 2010).

Koordinasyon, sağlık personelinin görevlerinin düzenlenmesinde, yönetim ile çalışanlar arasındaki yapının düzenlenmesinde ve korunmasında da ayrıca öneme sahiptir. Ekici (2013a), koordinasyonun etkinliğini artırabilmek için;

*Hiyerarşik kademede verilerin toplanması ve değerlendirilmesi düzenli olmalı,*

*Planlamanın zamana ve kurumun amacına uyumlu olması,*

*Verilen hizmet kalitesinin, uygulamaların, hasta bakım sonuçlarının, kuralların standartlaştırılması,*

*Gönüllü koordinasyon ile aynı hiyerarşik kademedeki çalışanların bilgi alışverişi sağlayarak sorunların çözülmesi sağlanmalı şeklinde ifade etmiştir.*

### **2.3.1.5. Profesyonellik**

Değişen ve gelişen dünyada birçok iş ve meslek grubu kaliteyi ve verimi artırabilmek adına profesyonel kişilere ihtiyaç duymaya başlamış, profesyonelliğe önem vermiştir. Profesyonellikle ilgili birçok tanım yapılmıştır. Profesyonellik, belli bir alan ile ilgili özel eğitim almış, görevleri yerine getirebilecek bilgi ve tecrübeye sahip, uzmanlık içeren, bir işi bütün ayrıntıları ile değerlendirebilen, ilgili meslek örgütleriyle destelenerek sunulan hizmet ya da kelime anlamıyla “yeteri kadar nitelikli olma” şeklinde ifade edilmektedir (Gökçora, 2005; Adıgüzel vd., 2011; İşçi, 2015; Görüş, Kılıç, Ceyhan, ve Şentürk, 2014).

Karadağ, Hisar, ve Elbas (2007) ile Vicdan Kacaroglu (2010) profesyonelliğin özellikleri ile ilgili; “eğitim, bilgi birikimi, uygulama ve teorik bilginin birleştirilmesi, etik kodlar, toplumsal değerler, mesleki örgüt bilinci ve otonomi” konularına dikkat çekmişlerdir (Karadağ vd., 2007; Vicdan Kacaroglu, 2010).

Bireysel profesyonelliğin, örgütsel profesyonelliğe dönüşmesi ile mesleki standartların oluşturulması ve hasta bakım kalitesinin artırılmasında ise mesleki profesyonelliğin ön plana çıktığı görülmektedir (Erbil ve Bakır, 2009; Adıgüzel vd., 2011). Ekici (2013a), mesleki standartların önemini şu şekilde özetlemiştir:



*Nerede ve kim tarafından yapılırsa yapılsın, uygulamanın aynı şekilde ve nitelikte olmasını sağlar,*

*Uygulama için gerekli araç-gereç ve binanın standart olmasını sağlar,*

*Profesyonellik çerçevesinde değerlendirme yapılabilmesi sağlar,*

*Tüm hasta bakım ve uygulamalarının ölçüm ve değerlendirmesini kolaylaştırır,*

*Çalışanlara yönelik eğitim ve gereksinim listesi oluşturmayı kolaylaştırır.*

#### **2.4. Hemşirelikte Profesyonellik ve İşbirliği Kavramları**

Hemşirelik ve profesyonellik devamlı gelişen dinamik bir süreçtir. Sağlık alanındaki değişim ve gelişmelerde hemşirelik mesleğinde profesyonelliği ön plana çıkarmıştır. Hemşirelikte profesyonellik, değişen sağlık sistemi içerisinde yüksek eğitim ve yetenek/yeterliliğe sahip, hasta bakım kalitesi ve güvenliğini ön planda tutarak hemşirelerin davranışlarını, bilgi düzeylerini, bakış açılarını değiştirmelerini gerektirmiştir (Çelik, 2010; Çelik Durmuş, 2016). Profesyonel hemşire yetiştirebilmek için ise, profesyonelliğin en önemli alt bileşeni olan eğitim, hemşirelik içinde önem arz etmektedir. Bireylerin sürekli eğitim almasını sağlayacak kurum içi ve kurum dışı eğitimler, seminer, kongre ve konferanslar, bilimsel çalışmaların yakından takibinin sağlanması gerekmektedir (Çelik, 2010). Amerikan Hemşireler Birliği’de hemşirelik beceri ve uygulamaların geliştirilmesi, sürdürülmesi ve kariyer hedeflerine ulaşılmasının sağlanması için hemşirelikte sürekli eğitimin önemine vurgu yapmıştır (Çelik Durmuş, 2016).

Profesyonel hemşire, kaliteli ve bütüncül/holistik bakım veren, yeterli uzmanlık bilgisine sahip, problem çözme yetisi yüksek, mesleki bilince ve otonomiye sahip olarak, yeni bilgiler ve araştırmalar doğrultusunda hizmet veren, adalet ve etik konularına duyarlı, eğitici, yönetici ve uygulayıcı kişi olarak tanımlanmaktadır (İşçi, 2015). Apker ve arkadaşları (2006) ise profesyonel hemşirelerin teslim sırasında hastanın verilerini ve sonuçlarını birleştirerek kesin, spesifik ve kilit noktalarını vurguladıklarını belirtmektedir. Yine profesyonel hemşirenin bilgi toplama, işbirliği, organizasyon ve diğer ekip üyeleri ile işbirliği konusunda etkili olduğu ifade edilmiştir (Apker vd., 2006). Profesyonel ve işbirliğine sahip hemşirelerin, hasta ile ilgili problemlere gerek ekip içinde çözüm bulmalarında yardımcı olarak, gerekse hasta sonuçlarında daha başarılı olunabilmesi için hemşireler arasındaki işbirliğinin merkezi

rol oynadığı ifade edilmiştir (Apker vd., 2006). Yine hasta bakım kalitesinin artırılması, tıbbi hataların azaltılması, hasta teslimlerindeki hataların giderilmesi, sağlık ekibinin yaşadığı sorunların azaltılması için gerek sağlık ekibi üyeleri arasında, gerekse hemşireler arasında iletişim ve işbirliği çalışmalarının artırılmasının önemi üzerinde de durulmuştur (Özçakır, 2002; Pronovost, Weast, ve Schwarz, 2003; Makary vd., 2007; Thomas, Dyrbye, Huntington, ve Shanafelt, 2007; Kumcağız, Yılmaz, Çelik Balcı, ve Avcı Aydın, 2011).



### **3. MATERYAL ve METOT**

#### **3.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma hemşirelerin, mesleki profesyonellik tutumlarının hemşireler arası işbirliğine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

#### **3.3. Araştırma Soruları**

Hemşirelerin profesyonellik tutum düzeyleri nedir?

Hemşireler arası işbirliği düzeyi nedir?

Hemşirelerin profesyonellik tutum düzeyleri ile hemşireler arası işbirliği düzeyi arasında ilişki var mı?

Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile hemşirelerin profesyonellik tutum düzeyleri ve hemşireler arası işbirliği düzeyleri arasında ilişki var mı?

Hemşirelerin profesyonellik tutum düzeyleri, hemşireler arası işbirliği üzerinde etkisi var mıdır?

#### **3.4. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi**

Araştırma evrenini Kayseri Şehir Hastanesi'nde aktif olarak çalışan bütün hemşireler (N=1020) oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeyip çalışmaya katılmayı kabul eden hemşireler örnekleme alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı esnada başka araştırmaların da yapılıyor olması, hemşirelerin anket doldurmaktan sıkıldıklarını belirtmeleri, ameliyathane ve yoğun bakım gibi birimlere araştırmacının girmekte zorlanması nedeniyle evren üzerinden 550 kişiye ulaşılmıştır. Ancak bu 550 kişiden 39 kişi anketi yarım teslim etmiş, 102 kişisi ise verilen anket formlarını hiç teslim etmemişlerdir. Araştırmanın örneklemini 409 (%40,098) kişi oluşturmuştur.

### 3.5. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır.

Araştırmanın verilerini toplamak için, araştırmacı tarafından sözlü ve yazılı açıklama yapıp hemşirelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Kayseri Şehir Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (EK-5).

Araştırmanın yapılabilmesi için Kırıkkale Üniversitesi etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır (Karar No:2019.01.10)(EK-6).

### 3.6. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Kayseri Şehir Hastanesi 6 bloktan oluşmaktadır. Bu bloklar yüksek güvenli adli psikiyatri binası, fizik tedavi ve rehabilitasyon binası, kalp-damar, kadın doğum ve çocuk, psikiyatri ve genel hastane bloklarından oluşur. Ayrıca 413 poliklinik, 1855 yatak kapasitesine sahip ve 248'i yoğun bakım için ayrılmıştır.

Sağlık reformu kapsamında kurulan şehir hastaneleri bireylerin, özel hastanede alabileceği sağlık hizmetini alabilmesi, ancak para ödemeyeceği bir sistem olarak planlanmıştır. Amacı daha geniş ve düzenli olarak hastaların hizmet alabilmesi, son teknolojik malzemeler ve profesyonel personeller ile daha kaliteli ve güvenli hizmet vermektir (<http://www.mersin.gov.tr>).

Bu çalışmanın şehir hastanesinde yapılma nedenleri olarak:

Şehir hastanelerinin yeni kurulmuş olması ve bu yeni yapıdan hemşirelerin mesleki olarak nasıl etkilendiğinin belirlenebilmesi,

Şehir hastanelerinin en güncel donanıma sahip olması,

Şehir hastanelerinin yatak kapasitesi düşünüldüğünde şehrin en büyük hastanesi olması,

Şehir hastanesinin şehrin en fazla hemşire sayısına sahip olması, gösterilebilir.

### 3.7. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Hemşirelerin araştırmaya dahil edilebilmesi için;

Kayseri Şehir Hastanesinde çalışıyor olmak

Hemşire kadrosunda çalışıyor olmak.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyor olma, şartlarını taşıması gerekmektedir.

### 3.8. Veri Toplama Araçları

Sosyo-demografik Özellikler Veri Formu (Ek 1)

Mesleki Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) (Ek 2)

Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği (HHİÖ) ( Ek 3)

#### 3.8.1. Sosyo-Demografik özellikler

Veri formunda, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak ve araştırmanın amacı dikkate alınarak belirlenen üç adet açık uçlu (yaşınız, kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz, Şuan çalıştığınız birimde kaç yıldır görev yapıyorsunuz?) ve altı adet çoktan seçmeli (cinsiyetiniz, eğitim ve medeni durumunuz vs.) toplam 9 soruya yer verilmiştir (Çelik Durmuş ve Yıldırım., 2018; Cerit, 2009; Çakı Fırtına ve Sönmez., 2020).

#### 3.8.2. Mesleki profesyonel tutum envanteri (MPTE)

Erbil ve Bakır (2006) tarafından geliştirilen bu envanter toplam 32 soru yer almaktadır. Sorulara verilen cevaplardaki her ifade 5'den 1'e kadar puanlanır. Her madde "bana tam uyuyor" yanıtına "5", "bana biraz uyuyor" yanıtına "4", "kararsızım" yanıtına "3", "bana uymuyor" yanıtına "2" ve "bana hiç uymuyor" yanıtına "1" puan verilerek değerlendirilmektedir. MPTE'den alınacak en düşük puan 32, en yüksek puan ise 160'dır; fakat bu çalışmada ölçek puanları min 1,00 ve max 5,00 olacak şekilde orantılanmıştır. Envanterlerin toplam puanı meslekte profesyonel tutum puanını vermektedir. Envanterden alına puan yükseldikçe profesyonellik düzeyinin yükseldiği şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.89, test-tekrar test

korelasyon katsayısı ise  $r=0.97$  olarak kabul edilmiştir (Erbil ve Bakır, 2009). Bu çalışmada ölçeğin crohbach alpa katsayısı 0,906 bulunmuştur (Tablo 1).

MPTE sorularından birkaçı şu şekildedir:

- Mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm,
- Kişiler arası ilişkilerde yeteriyim,
- Meslekte yüksek eğitimin gerekli olduğuna inanırım.

### 3.8.3. Hemşire-hemşire işbirliği ölçeği (HHİÖ)

Dougherty ve Larson (2010) tarafından geliştirilen Hemşire-Hemşire İşbirliği (HHİ) Ölçeği toplam 26 madde ve 5 alt bileşenden oluşmaktadır. *Problem çözme*; çatışma yönetimi, *İletişim*; açık iletişim, doğru bilgi aktarımı, *Süreç paylaşımı*; otonomi ve karar verme, genel amaç, otorite, *Koordinasyon*; koordinasyon, *Profesyonellik*; ortak saygı, işbirliği isteği, klinik yetenek, mentorluk ve öğretme, liderlik desteği olarak belirtilmektedir. Çelik Durmuş (2016)'un uyarladığı hemşireler arası işbirliği ölçeği “Problem Çözme”, “İletişim”, “Süreç Paylaşımı”, “Koordinasyon” ve “Profesyonellik” olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Hemşirelerden, aralarındaki işbirliğini her madde için 1 ile 4 puan arasında değerlendirmeleri istenmiştir (1“tamamen katılmıyorum”, 2 “katılmıyorum, 3 “ katılıyorum ve 4 “tamamen katılıyorum”). İlgili boyutları ölçen maddeler ayrı ayrı toplanıp, ortalamaları alınarak, boyutlara göre kurumların hemşireler arası işbirliği düzeyi belirlenmektedir. Ölçeğin kesme noktası 2,5 olarak belirlenmiş 4'e yaklaştıkça işbirliği düzeyi artarken 1'e yaklaştıkça azaldığı belirtilmiştir. Bu çalışmada HHİÖ'nin genel crohbach alpa katsayısı 0,964 bulunmuş, ölçeğin alt boyutlarında ise crohbach alpa katsayıları problem çözme için 0,831; iletişim için 0,789; süreç paylaşımı için 0,896; koordinasyon için 0,879 ve profesyonellik alt boyutu için 0,962 bulunmuştur (Tablo 1).

HHİÖ sorularından birkaçı şu şekildedir:

- Çalıştığım birimde, hemşireler arasındaki iletişim çok açıktır,
- Çalıştığım birimde, günlük hemşire ziyaretleri vardır,
- Çalıştığım birimde, hemşirelerin liderlik davranışları işbirliğini destekler.

### 3.9. Verilerin Toplanması

Araştırma için gerekli izin yazıları Aralık 2018-Şubat 2019 tarihleri içerisinde alınmış; araştırma verileri Mart 2019 ve Mayıs 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verileri toplanırken veri toplama aracına bilgilendirilmiş onam formu eklenmiş, kişilerin ad ve soyadlarının yer aldığı form hemşirelerin kendilerine araştırmacı tarafından bizzat ulaştırılmış ve araştırmanın amacı açıklandıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlere verilmiştir.

### 3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada elde edilen veriler SPSS 17 (Statistical Package of Social Science) paket programı kullanılarak istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılımdan gelme durumları araştırılırken Kolmogorov-Smirnov ve ShapiroWilk's testlerinden yararlanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,05 kullanılmış olup;  $p < 0,05$  olması durumunda değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermediği,  $p > 0,05$  olması durumunda ise değişkenlerin normal dağılıma uyum gösterdikleri belirtilmiştir.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılıma uyum göstermedikleri durumlarda parametrik olmayan (nonparametric) Mann Whitney U ve Kruskal Wallis-H Testlerinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis-H Testinde anlamlı farklılıkların görülmesi durumunda Post-Hoc Çoklu Karşılaştırma Testi ile aralarında farklılık olan gruplar belirlenmiştir.

**Tablo 1.** Normallik değerleri

<u>Değişkenler</u>	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	sd.	p	istatistik	sd.	P
MPTE	,083	409	,000	,960	409	,000
HHİÖ	,124	409	,000	,950	409	,000
Problem Çözme	,133	409	,000	,952	409	,000
İletişim	,149	409	,000	,950	409	,000
Süreç Paylaşımı	,129	409	,000	,947	409	,000
Koordinasyon	,132	409	,000	,945	409	,000
Profesyonellik	,172	409	,000	,923	409	,000

Değişkenler arasındaki ilişkiler incelenirken Pearson Korelasyon Katsayısından yararlanılmıştır. Ölçeklerin güvenilirlikleri araştırılırken Cronbach's Alpha değerlerinden yararlanılmıştır.

**Tablo 2.** Crochbach's Alpha Katsayıları

<u>Değişkenler</u>	Cronbach Alpha
MPTE Toplam	0,906
HHİÖ Toplam	0,964
Problem Çözme	0,831
İletişim	0,789
Süreç Paylaşımı	0,896
Koordinasyon	0,879
Profesyonellik	0,962

Mesleki Profesyonel Tutum Envanteri (MPTE) toplamına ilişkin cronbach alpha değeri 0,906'dır. Hemşire-Hemşire İşbirliği Ölçeği (HHİÖ) toplamına ilişkin cronbach alpha değeri 0,964'dir. HHİÖ alt boyutları incelendiğinde ise 5 farklı alt boyuta ait cronbach alpha değerlerinin 0,789-0,962 aralığında değiştii görülmektedir. Kullanılan iki ölçeğin ve HHİÖ'nin alt boyutları yüksek derece güvenilir çıkmıştır.



#### 4. BULGULAR

Bu araştırmanın bulguları, Kayseri Şehir Hastanesinde yapılan 409 örneklem üzerinden hesaplanmıştır. Burada sosyo-demografik özellikler ile mesleki profesyonel tutum envanteri ve hemşireler arası işbirliği ölçekleri karşılaştırılmış, ayrıca MPTE ve HHİÖ arasında korelasyon ve regresyon sonuçları bakılmıştır.

##### 4.1. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=409)

**Tablo 3.** Sosyo-demografik özellikleri

<b>Değişkenler</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	309	75,6
	Erkek	100	24,4
Toplam		409	100
<b>Yaş Grubu</b>	19-29 Yaş	135	33,0
	30-39 Yaş	167	40,8
	40 Yaş ve üzeri	107	26,2
Toplam		409	100
<b>Medeni Durum</b>	Evli	297	72,6
	Bekar	112	27,4
Toplam		409	100
<b>Eğitim Durumu</b>	Sağlık meslek lisesi	47	11,5
	Önlisans	70	17,1
	Lisans	263	64,3
	Lisansüstü	29	7,1
Toplam		409	100
<b>Hemşire olarak çalışma yılı</b>	0-5 yıl	104	25,4
	5-10 yıl	121	29,6
	11 yıl ve üzeri	184	45,0
Toplam		409	100
<b>Çalışılan birimdeki yıl</b>	0-5 yıl	305	74,6
	5-10 yıl	74	18,1
	11 yıl ve üzeri	30	7,3
Toplam		409	100
<b>Çalışılan birim</b>	Dahiliye	50	12,2
	Cerrahi	101	24,7
	Acil	33	8,1
	Ameliyathane	40	9,8
	Yoğun bakım	99	24,2
	Diğer	86	21,0
Toplam		409	100
<b>Hemşirelik mesleğini sevme durumu</b>	Evet	284	69,4
	Hayır	125	30,6
Toplam		409	100

Tablo 3'ün devamı

DEĞİŞKENLER		N	%
Çalışılan birimdeki görevi	Servis hemşiresi	357	87,3
	Diğer	52	12,7
	Toplam	409	100
Çalışma şekli	Sürekli gündüz	106	25,9
	Sürekli gece	69	16,9
	Vardiyalı	234	57,2
	Toplam	409	100

Katılımcıların %75,6'sı kadın, %24,4'ü erkektir. Katılımcıların %33'ü 19-29 yaş grubunda, %40,8'i 30-39 yaş grubunda, %26,2'si 40 ve üzeri yaş grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %72,6'sı evli, %27,4'ü bekdir. Katılımcıların %11,5'i sağlık meslek lisesi, %17,1'i ön lisans, %64,3'ü lisans ve %7,1'i lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların %25,4'ü 0-5 yıl, %29,6'sı 5-10 yıl, %45'i ise 10 yıldan fazla zamandır hemşire olarak çalışmaktadır. Katılımcıların %74,6'sı 0-5 yıl, %18,1'i 5-10 yıl, %7,3'ü ise 10 yıldan fazla zamandır şu anda çalıştıkları birimde görev yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %12,2'si dahiliye, %24,7'si cerrahi, %8,1'i acil, %9,8'i ameliyathane ve %24,2'si yoğun bakım birimlerinde görev yapmaktadır. Diğer birimlerde görev yapan katılımcıların oranı ise %21'dir. Katılımcıların %69,4'ü hemşirelik mesleğini severek yaptıklarını belirtirken, %30,6'sı hemşirelik mesleğini sevmeyerek yaptıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %87,3'ü çalıştıkları birimlerde servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların %25,9'u sürekli gündüz, %16,9'u sürekli gece ve %57,2'si vardiyalı çalışmaktadır.

#### 4.2. MPTE, HHIÖ ve HHIÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımları

Tablo 4. Ölçek istatistikleri

Değişkenler	N	Ort.	ss.	Min	Max
MPTE	409	4,26	,45	2,59	5,00
HHiÖ	409	2,47	,72	1,00	4,00
Problem Çözme	409	2,59	,82	1,00	4,00
İletişim	409	2,62	,72	1,00	4,00
Süreç Paylaşımı	409	2,47	,78	1,00	4,00
Koordinasyon	409	2,43	,87	1,00	4,00
Profesyonellik	409	2,38	,88	1,00	4,00

Katılımcıların “MPTE” puanları 2,59-5,00 aralığında olup, ortalaması ise 4,26 ve standart sapması 0,45 çıkmıştır. Katılımcıların “HHİÖ” puan değerleri 1,00-4,00 aralığında olup HHİÖ alt boyut ortalamaları 2,38-2,62 arasında değişmektedir (Tablo 4).

#### 4.3. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutları Puanlarının Cinsiyet Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney Testi Sonuçları

**Tablo 5.** Cinsiyet Değişkeni Bulguları

<u>Değişkenler</u>	<u>Cinsiyet</u>	<u>N</u>	<u>Ortalama</u>	<u>ss.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>	<u>Z</u>	<u>P*</u>
<b>HHİÖ</b>	Kadın	309	2,42	,71	1,00	4,00	-2,732	0,006*
	Erkek	100	2,64	,71	1,00	4,00		
Problem Çözme	Kadın	309	2,54	,81	1,00	4,00	-2,469	0,014*
	Erkek	100	2,76	,85	1,00	4,00		
İletişim	Kadın	309	2,58	,70	1,00	4,00	-1,761	0,078
	Erkek	100	2,73	,76	1,00	4,00		
Süreç Paylaşımı	Kadın	309	2,42	,78	1,00	4,00	-2,887	0,004*
	Erkek	100	2,63	,77	1,00	4,00		
Koordinasyon	Kadın	309	2,38	,85	1,00	4,00	-1,812	0,071
	Erkek	100	2,58	,94	1,00	4,00		
Profesyonellik	Kadın	309	2,32	,88	1,00	4,00	-2,661	0,008*
	Erkek	100	2,57	,87	1,00	4,00		
<b>MPTE</b>	Kadın	309	4,27	,45	2,66	5,00	-0,156	0,876
	Erkek	100	4,26	,50	2,59	5,00		

“Cinsiyet” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHİÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,01$ ). Erkek katılımcılara ait ortalama “HHİÖ” puanı (2,64), kadın katılımcılara ait ortalama “HHİÖ” puanından ( $2,42 \pm 0,71$ ) anlamlı derecede yüksektir. “Cinsiyet” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık

bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Erkek katılımcılara ait ortalama “Problem Çözme” puanı (2,76), kadın katılımcılara ait ortalama “Problem Çözme” puanından ( $2,54 \pm 0,85$ ) anlamlı derecede yüksektir. “Cinsiyet” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). “Cinsiyet” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,01$ ). Erkek katılımcılara ait ortalama “Süreç Paylaşımı” puanı (2,63), kadın katılımcılara ait ortalama “Süreç Paylaşımı” puanından ( $2,42 \pm 0,77$ ) anlamlı derecede yüksektir. “Cinsiyet” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). “Cinsiyet” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,01$ ). Erkek katılımcılara ait ortalama “Profesyonellik” puanı (2,57), kadın katılımcılara ait ortalama “Profesyonellik” puanından ( $2,32 \pm 0,87$ ) anlamlı derecede yüksektir.

“Cinsiyet” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ).

#### 4.4. MPTE, HHIÖ ve HHIÖ Alt Boyutlarının “Yaş Grubu” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

**Tablo 6.** Yaş değişkeni bulguları

<u>Değişkenler</u>	<u>Yaş Grubu</u>	<u>N</u>	<u>Ortalama</u>	<u>ss.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>	<u>Kikare</u>	<u>p</u>	<u>Fark</u>
<b>HHiÖ</b>	19-29 Yaş	135	2,51	,74	1,00	4,00	0,391	0,822	-
	30-39 Yaş	167	2,44	,68	1,00	4,00			
	40 Yaş ve üzeri	107	2,48	,73	1,35	4,00			
<b>Problem Çözme</b>	19-29 Yaş	135	2,60	,86	1,00	4,00	0,75	0,687	-
	30-39 Yaş	167	2,54	,81	1,00	4,00			
	40 Yaş ve üzeri	107	2,67	,81	1,00	4,00			
<b>İletişim</b>	19-29 Yaş	135	2,67	,72	1,00	4,00	1,093	0,579	-
	30-39 Yaş	167	2,58	,70	1,00	4,00			
	40 Yaş ve üzeri	107	2,62	,74	1,40	4,00			
<b>Süreç Paylaşımı</b>	19-29 Yaş	135	2,29	,78	1,0	4,00	0,15	0,928	-
	30-39 Yaş	167	2,43	,77	1,00	4,00			
	40 Yaş ve üzeri	107	2,51	,82	1,00	4,00			
<b>Koordinasyon</b>	19-29 Yaş	135	2,49	,91	1,00	4,00	1,306	0,52	-
	30-39 Yaş	167	2,37	,84	1,00	4,00			
	40 Yaş ve üzeri	107	2,44	,88	1,00	4,00			
<b>Profesyonellik</b>	19-29 Yaş	135	2,42	,89	1,00	4,00	0,436	0,804	-
	30-39 Yaş	167	2,37	,85	1,00	4,00			
	40 Yaş ve üzeri	107	2,34	,94	1,00	4,00			
<b>MPTE</b>	19-29 Yaş <sup>1</sup>	135	4,27	,45	2,66	5,00	9,567	0,008*	1-3 2-3
	30-39 Yaş <sup>2</sup>	167	4,19	,49	2,59	5,00			
	40 Yaş ve üzeri <sup>3</sup>	107	4,38	,41	3,00	5,00			

1: 19-29 yaş, 2: 30-39 yaş, 3: 40 yaş ve üzeri

“Yaş Grubu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHİÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Yaş Grubu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Yaş Grubu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Yaş Grubu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Yaş Grubu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Yaş Grubu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

“Yaş Grubu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,01$ ). 40 yaş ve üzeri yaş grubunda bulunan katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanı ( $4,38 \pm 0,41$ ), 19-29 yaş grubunda ve 30-39 yaş grubunda bulunan katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanlarından ( $4,27 - 4,19$ ) anlamlı derecede yüksektir.

#### 4.5. MPTE, HHIÖ ve HHIÖ Alt Boyutlarının “Medeni Durum” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney Testi Sonuçları

**Tablo 7.** Medeni durum değişkeni bulguları

<b>Değişkenler</b>	<b>Medeni Durum</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>ss.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>HHIÖ</b>	Evli	297	2,46	,70	1,00	4,00	-0,362	0,718
	Bekar	112	2,51	,77	1,00	4,00		
<b>Problem Çözme</b>	Evli	297	2,57	,81	1,00	4,00	-0,892	0,373
	Bekar	112	2,65	,85	1,00	4,00		
<b>İletişim</b>	Evli	297	2,61	,72	1,00	4,00	-0,696	0,486
	Bekar	112	2,65	,71	1,00	4,00		
<b>Süreç Paylaşımı</b>	Evli	297	2,48	,75	1,00	4,00	-0,613	0,54
	Bekar	112	2,45	,86	1,00	4,00		
<b>Koordinasyon</b>	Evli	297	2,39	,86	1,00	4,00	-1,03	0,303
	Bekar	112	2,53	,91	1,00	4,00		
<b>Profesyonellik</b>	Evli	297	2,36	,87	1,00	4,00	-0,34	0,734
	Bekar	112	2,43	,93	1,00	4,00		
<b>MPTE</b>	Evli	297	4,27	,46	2,66	5,00	-0,166	0,868
	Bekar	112	4,27	,48	2,59	5,00		

“Medeni Durum” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHIÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Medeni Durum” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Medeni Durum” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Medeni Durum” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” ve “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Medeni Durum” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

“Medeni Durum” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

#### 4.6. MPTE, HHIÖ ve HHIÖ Alt Boyutlarının “Eğitim Durumu” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

**Tablo 8.** Eğitim durumu değişkeni bulguları

<u>Değişkenler</u>	<u>Eğitim Durumu</u>	<u>N</u>	<u>Ortalama</u>	<u>ss.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>	<u>Kikare</u>	<u>P</u>	<u>Fark</u>
<b>HHiÖ</b>	Sağlık meslek lisesi	47	2,58	,90	1,00	4,00	3,456	0,326	-
	Önlisans	70	2,57	,74	1,04	4,00			
	Lisans	263	2,45	,68	1,00	4,00			
	Lisansüstü	29	2,26	,57	1,08	3,85			
<b>Problem Çözme</b>	Sağlık meslek lisesi	47	2,70	,94	1,00	4,00	3,847	0,278	-
	Önlisans	70	2,70	,89	1,00	4,00			
	Lisans	263	2,57	,79	1,00	4,00			
	Lisansüstü	29	2,34	,77	1,00	4,00			
<b>İletişim</b>	Sağlık meslek lisesi	47	2,82	,81	1,00	4,00	7,393	0,061	-
	Önlisans	70	2,75	,70	1,00	4,00			
	Lisans	263	2,57	,70	1,00	4,00			
	Lisansüstü	29	2,42	,61	1,00	4,00			
<b>Süreç Paylaşımı</b>	Sağlık meslek lisesi	47	2,49	,94	1,00	4,00	2,083	0,555	-
	Önlisans	70	2,55	,79	1,00	4,00			
	Lisans	263	2,47	,76	1,00	4,00			
	Lisansüstü	29	2,26	,71	1,00	3,80			
<b>Koordinasyon</b>	Sağlık meslek lisesi	47	2,55	1,02	1,00	4,00	5,224	0,156	-
	Önlisans	70	2,54	,91	1,00	4,00			
	Lisans	263	2,41	,84	1,00	4,00			
	Lisansüstü	29	2,14	,76	1,00	4,00			
<b>Profesyonellik</b>	Sağlık meslek lisesi	47	2,48	1,07	1,00	4,00	1,208	0,751	-
	Önlisans	70	2,46	,91	1,00	4,00			
	Lisans	263	2,36	,86	1,00	4,00			
	Lisansüstü	29	2,19	,68	1,00	3,90			
<b>MPTE</b>	Sağlık meslek lisesi <sup>1</sup>	47	4,42	,46	2,66	5,00	9,598	0,022 *	1-2 1-3 1-4
	Önlisans <sup>2</sup>	70	4,30	,43	3,00	5,00			
	Lisans <sup>3</sup>	263	4,23	,45	2,94	5,00			
	Lisansüstü <sup>4</sup>	29	4,28	,57	2,59	5,00			

1: Sağlık meslek lisesi, 2:Önlisans,3: lisans, 4:Lisansüstü



“Eğitim Durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHİÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Eğitim Durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Eğitim Durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Eğitim Durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Eğitim Durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Eğitim Durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

“Eğitim Durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sağlık meslek lisesi mezunu katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanı ( $4,42 \pm 0,46$ ), ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanlarından ( $4,30 - 4,23 - 4,28$ ) anlamlı derecede yüksektir.

#### 4.7. MPTE, HHiÖ ve HHiÖ Alt Boyutlarının “Hemşire olarak çalışma yılı” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

**Tablo 9.** Çalışma yılı değişkeni bulguları

<b>Değişkenler</b>	<b>Hemşire olarak çalışma yılı?</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>ss.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Kikare</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>HHiÖ</b>	0-5 yıl	104	2,54	,81	1,00	4,00	1,046	0,593	-
	5-10 yıl	121	2,48	,62	1,19	4,00			
	11 yıl ve üzeri	184	2,43	,71	1,00	4,00			
<b>Problem Çözme</b>	0-5 yıl	104	2,64	,86	1,00	4,00	0,689	0,708	-
	5-10 yıl	121	2,55	,82	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	184	2,59	,81	1,00	4,00			
<b>İletişim</b>	0-5 yıl	104	2,66	,75	1,00	4,00	0,55	0,761	-
	5-10 yıl	121	2,61	,70	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	184	2,60	,71	1,00	4,00			
<b>Süreç Paylaşımı</b>	0-5 yıl	104	2,56	,83	1,00	4,00	1,506	0,471	-
	5-10 yıl	121	2,45	,73	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	184	2,43	,79	1,00	4,00			
<b>Koordinasyon</b>	0-5 yıl	104	2,57	,97	1,00	4,00	2,219	0,33	-
	5-10 yıl	121	2,40	,79	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	184	2,37	,86	1,00	4,00			
<b>Profesyonellik</b>	0-5 yıl	104	2,42	,98	1,00	4,00	2,207	0,332	-
	5-10 yıl	121	2,43	,77	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	184	2,33	,90	1,00	4,00			
<b>MPTE</b>	0-5 yıl	104	4,28	,44	2,94	5,00	3,521	0,172	-
	5-10 yıl	121	4,19	,50	2,59	5,00			
	11 yıl ve üzeri	184	4,30	,44	3,00	5,00			

“Hemşire olarak çalışma yılı” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHİÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Hemşire olarak çalışma yılı” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Hemşire olarak çalışma yılı” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Hemşire olarak çalışma yılı” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Hemşire olarak çalışma yılı” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Hemşire olarak çalışma yılı” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

“Hemşire olarak çalışma yılı” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

#### 4.8. MPTE, HHIÖ ve HHIÖ Alt Boyutlarının “Çalışılan birimdeki yıl” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

**Tablo 10.** Çalışılan birimdeki yıl değişkeni bulguları

<u>Değişkenler</u>	<u>Çalışılan birimdeki yıl</u>	<u>N</u>	<u>Ortalama</u>	<u>ss.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>	<u>Kikare</u>	<u>p</u>	<u>Fark</u>
<b>HHiÖ</b>	0-5 yıl	305	2,47	,72	1,00	4,00	0,723	0,697	-
	5-10 yıl	74	2,47	,70	1,04	4,00			
	11 yıl ve üzeri	30	2,53	,68	1,00	4,00			
<b>Problem Çözme</b>	0-5 yıl	305	2,58	,81	1,00	4,00	1,344	0,511	-
	5-10 yıl	74	2,56	,87	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	30	2,77	,85	1,00	4,00			
<b>İletişim</b>	0-5 yıl	305	2,62	,70	1,00	4,00	0,052	0,974	-
	5-10 yıl	74	2,63	,79	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	30	2,61	,77	1,00	4,00			
<b>Süreç Paylaşımı</b>	0-5 yıl	305	2,46	,78	1,00	4,00	0,94	0,625	-
	5-10 yıl	74	2,49	,79	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	30	2,57	,87	1,00	4,00			
<b>Koordinasyon</b>	0-5 yıl	305	2,42	,89	1,00	4,00	0,338	0,845	-
	5-10 yıl	74	2,42	,79	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	30	2,49	,94	1,00	4,00			
<b>Profesyonellik</b>	0-5 yıl	305	2,38	,89	1,00	4,00	0,125	0,939	-
	5-10 yıl	74	2,35	,86	1,00	4,00			
	11 yıl ve üzeri	30	2,42	,92	1,00	4,00			
<b>MPTE</b>	0-5 yıl	305	4,27	,45	2,59	5,00	0,101	0,951	-
	5-10 yıl	74	4,24	,50	2,75	5,00			
	11 yıl ve üzeri	30	4,28	,46	3,28	5,00			

“Çalışılan birimdeki yıl” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHİÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalışılan birimdeki yıl” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalışılan birimdeki yıl” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalışılan birimdeki yıl” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalışılan birimdeki yıl” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalışılan birimdeki yıl” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

“Çalışılan birimdeki yıl” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

#### 4.9. MPTE, HHIÖ ve HHIÖ Alt Boyutlarının “Çalışılan Birim” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

**Tablo 11.** Çalışılan birim değişkeni bulguları

<u>Değişkenler</u>	<u>Çalışılan birim</u>	<u>N</u>	<u>Ortalama</u>	<u>ss.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>	<u>Kikare</u>	<u>p</u>	<u>Fark</u>
<b>HHiÖ</b>	Dahiliye	50	2,41	,85	1,00	4,00	9,245	0,101	-
	Cerrahi	101	2,39	,68	1,12	4,00			
	Acil	33	2,66	,70	1,46	4,00			
	Ameliyathane	40	2,69	,78	1,08	4,00			
	Yoğun bakım	99	2,43	,59	1,04	4,00			
	Diğer	86	2,48	,77	1,00	4,00			
Problem Çözme	Dahiliye <sup>a</sup>	50	2,47	,91	1,00	4,00	19,769	0,001 *	a-c
	Cerrahi <sup>b</sup>	101	2,47	,76	1,00	4,00			a-d
	Acil <sup>c</sup>	33	2,97	,91	1,00	4,00			b-c
	Ameliyathane <sup>d</sup>	40	2,96	,85	1,00	4,00			b-d
	Yoğun bakım <sup>e</sup>	99	2,45	,76	1,00	4,00			e-c
	Diğer <sup>f</sup>	86	2,67	,79	1,00	4,00			e-d
İletişim	Dahiliye	50	2,59	,79	1,00	4,00	7,192	0,207	-
	Cerrahi	101	2,52	,63	1,60	4,00			
	Acil	33	2,81	,76	1,40	4,00			
	Ameliyathane	40	2,78	,83	1,00	4,00			
	Yoğun bakım	99	2,55	,64	1,00	4,00			
	Diğer	86	2,68	,78	1,00	4,00			
Süreç Paylaşımı	Dahiliye	50	2,42	,87	1,00	4,00	6,959	0,224	-
	Cerrahi	101	2,40	,69	1,00	4,00			
	Acil	33	2,56	,82	1,00	4,00			
	Ameliyathane	40	2,71	,93	1,00	4,00			
	Yoğun bakım	99	2,50	,64	1,20	4,00			
	Diğer	86	2,41	,88	1,00	4,00			
Koordinasyon	Dahiliye	50	2,40	,89	1,00	4,00	4,88	0,431	-
	Cerrahi	101	2,40	,88	1,00	4,00			
	Acil	33	2,52	,92	1,00	4,00			
	Ameliyathane	40	2,70	,94	1,00	4,00			
	Yoğun bakım	99	2,37	,71	1,00	4,00			
	Diğer	86	2,39	,97	1,00	4,00			

\*p<0,05

Tablo 11 devamı

<b>Değişkenler</b>	<b>Çalışılan birim</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>ss.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Kikare</b>	<b>p</b>	<b>Fark</b>
<b>Profesyonellik</b>	Dahiliye	50	2,30	1,02	1,00	4,00	6,819	0,234	-
	Cerrahi	101	2,31	,88	1,00	4,00			
	Acil	33	2,58	,79	1,00	4,00			
	Ameliyathane	40	2,56	,98	1,00	4,00			
	Yoğun bakım	99	2,35	,77	1,00	4,00			
	Diğer	86	2,39	,92	1,00	4,00			
<b>MPTE</b>	Dahiliye <sup>1</sup>	50	4,26	,49	3,28	5,00	19,88	0,001	2-5
	Cerrahi <sup>2</sup>	101	4,26	,46	2,66	4,97			3-5
	Acil <sup>3</sup>	33	4,42	,48	3,00	5,00			4-5
	Ameliyathane <sup>4</sup>	40	4,32	,43	3,47	5,00			5-6
	Yoğun bakım <sup>5</sup>	99	4,13	,43	2,59	4,97			
	Diğer <sup>6</sup>	86	4,35	,45	2,94	5,00			

\*p&lt;0,05

“Çalıştığınız birim” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHİÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalıştığınız birim” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,01$ ). Dahiliye, Cerrahi ve Yoğun Bakım birimlerinde çalışan katılımcılara ait ortalama “Problem Çözme” puanları (2,47 – 2,47 – 2,45), Acil ve Ameliyathane birimlerinde çalışan katılımcılara ait ortalama “Problem Çözme” puanlarından (2,97 – 2,96) anlamlı derecede düşüktür. “Çalıştığınız birim” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalıştığınız birim” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalıştığınız birim” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalıştığınız birim” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

“Çalıştığınız birim” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,01$ ). Yoęun bakımda çalışan katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanı (132,05), dâhiliye, cerrahi, acil, ameliyathane ve diğer birimlerde çalışan katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanlarından (4,26 – 4,26 – 4,42 – 4,32 – 4,35) anlamlı derecede dūşüktür.





#### 4.10. MPTE, HHIÖ ve HHIÖ Alt Boyutlarının “Hemşirelik Mesleğini Sevme Durumu” Değişkenine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Mann-Whitney Testi Sonuçları

**Tablo 12.** Mesleği sevme durumu bulguları

<b>Değişkenler</b>	<b>Hemşirelik mesleğini sevme durumu?</b>	<b>N</b>	<b>Ortalama</b>	<b>ss.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
<b>HHIÖ</b>	Evet	284	2,44	,76	1,00	4,00	-2,247	0,025*
	Hayır	125	2,55	,60	1,00	4,00		
<b>Problem Çözme</b>	Evet	284	2,57	,87	1,00	4,00	-1,214	0,225
	Hayır	125	2,64	,72	1,00	4,00		
<b>İletişim</b>	Evet	284	2,60	,74	1,00	4,00	-1,008	0,313
	Hayır	125	2,65	,67	1,00	4,00		
<b>Süreç Paylaşımı</b>	Evet	284	2,43	,81	1,00	4,00	-2,013	0,044*
	Hayır	125	2,56	,72	1,00	4,00		
<b>Koordinasyon</b>	Evet	284	2,39	,90	1,00	4,00	-1,627	0,104
	Hayır	125	2,52	,80	1,00	4,00		
<b>Profesyonellik</b>	Evet	284	2,33	,93	1,00	4,00	-2,377	0,017*
	Hayır	125	2,49	,76	1,00	4,00		
<b>MPTE</b>	Evet	284	4,37	,40	3,28	5,00	-6,172	0,001*
	Hayır	125	4,03	,51	2,59	5,00		

“Hemşirelik mesleğini sevme durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHIÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < 0,05$ ). Hayır, cevabını veren katılımcılara ait ortalama “HHIÖ” puanı (2,55), evet cevabını veren katılımcılara ait ortalama “HHIÖ” puanından (2,44) anlamlı derecede yüksektir. “Hemşirelik mesleğini sevme durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0,05$ ). “Hemşirelik mesleğini sevme durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Hemşirelik mesleğini sevme durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Hayır cevabını veren katılımcılara ait ortalama “Süreç Paylaşımı” puanı (2,56), evet cevabını veren katılımcılara ait ortalama “Süreç Paylaşımı” puanından (2,43) anlamlı derecede yüksektir. “Hemşirelik mesleğini sevme durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Hemşirelik mesleğini sevme durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Hemşirelik mesleğini severek yaptığını belirten katılımcılara ait ortalama “Profesyonellik” puanı (2,33), hemşirelik mesleğini sevmeyerek yaptığını belirten katılımcılara ait ortalama “Profesyonellik” puanından (2,49) anlamlı derecede düşüktür.

“Hemşirelik mesleğini sevme durumu” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,01$ ). Hemşirelik mesleğini severek yaptığını belirten katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanı (4,37), hemşirelik mesleğini sevmeyerek yaptığını belirten katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanından (4,03) anlamlı derecede yüksektir.

#### 4.11. MPTE, HHİÖ ve HHİÖ Alt Boyutlarının “Çalıştığınız Birimdeki Göreviniz” Değişkenine Göre Karşılaştırılması

**Tablo 13.** Birimdeki görev değişkeni bulguları

<u>Değişkenler</u>	<u>Çalıştığınız birimdeki göreviniz</u>	<u>N</u>	<u>Ortalama</u>	<u>ss.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>	<u>Z</u>	<u>P</u>
HHİÖ	Servis hemşiresi	357	2,49	,71	1,00	4,00	-1,596	0,111
	Diğer <sup>#</sup>	52	2,35	,74	1,00	4,00		
Problem Çözme	Servis hemşiresi	357	2,60	,83	1,00	4,00	-0,17	0,865
	Diğer <sup>#</sup>	52	2,58	,82	1,00	4,00		
İletişim	Servis hemşiresi	357	2,62	,72	1,00	4,00	-0,102	0,909
	Diğer <sup>#</sup>	52	2,61	,72	1,00	4,00		
Süreç Paylaşımı	Servis hemşiresi	357	2,50	,78	1,00	4,00	-2,486	0,013*
	Diğer <sup>#</sup>	52	2,25	,81	1,00	4,00		
Koordinasyon	Servis hemşiresi	357	2,46	,87	1,00	4,00	-2,409	0,016*
	Diğer <sup>#</sup>	52	2,19	,89	1,00	4,00		
Profesyonellik	Servis hemşiresi	357	2,40	,88	1,00	4,00	-1,453	0,146
	Diğer <sup>#</sup>	52	2,25	,90	1,00	4,00		
MPTE	Servis hemşiresi	357	4,23	,46	2,59	5,00	-3,983	0,001*
	Diğer <sup>#</sup>	52	4,49	,38	3,31	5,00		

\*Diğer: sorumlu hemşire, sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, poliklinik hemşiresi

“Çalıştığınız birimdeki göreviniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHİÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalıştığınız birimdeki göreviniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalıştığınız birimdeki göreviniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalıştığınız birimdeki göreviniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir

farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Servis hemşiresi olan katılımcılara ait ortalama “Süreç Paylaşımı” puanı (2,50), diğer birimlerde çalışan katılımcılara ait ortalama “Süreç Paylaşımı” puanından (2,25) anlamlı derecede yüksektir. “Çalıştığınız birimdeki göreviniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Servis hemşiresi olan katılımcılara ait ortalama “Koordinasyon” puanı (2,46), diğer birimlerde çalışan katılımcılara ait ortalama “Koordinasyon” puanından (2,19) anlamlı derecede yüksektir. “Çalıştığınız birimdeki göreviniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

“Çalıştığınız birimdeki göreviniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,01$ ). Servis hemşiresi olan katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanı (4,23), diğer birimlerde çalışan katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanından (4,49) anlamlı derecede düşüktür.

#### 4.12. MPTE, HHIÖ ve HHIÖ Alt Boyutlarının “Çalışma Şekli” Değişkenine Göre Karşılaştırılması

**Tablo 14.** Çalışma şekli değişkeni bulguları

<u>Değişkenler</u>	<u>Çalışma şekliniz</u>	<u>N</u>	<u>Ortalama</u>	<u>ss.</u>	<u>Min</u>	<u>Max</u>	<u>Kikar e</u>	<u>p</u>	<u>Fark</u>
HHiÖ	Sürekli gündüz <sup>1</sup>	106	2,46	,79	1,00	4,00	7,264	0,026*	1-2 2-3
	Sürekli gece <sup>2</sup>	69	2,29	,67	1,00	4,00			
	Vardiyalı <sup>3</sup>	234	2,53	,69	1,04	4,00			
Problem Çözme	Sürekli gündüz <sup>1</sup>	106	2,67	,87	1,00	4,00	4,736	0,094	-
	Sürekli gece <sup>2</sup>	69	2,40	,82	1,00	4,00			
	Vardiyalı <sup>3</sup>	234	2,62	,80	1,00	4,00			
İletişim	Sürekli gündüz <sup>1</sup>	106	2,63	,74	1,00	4,00	4,606	0,101	-
	Sürekli gece <sup>2</sup>	69	2,49	,67	1,00	4,00			
	Vardiyalı <sup>3</sup>	234	2,65	,72	1,00	4,00			
Süreç Paylaşımı	Sürekli gündüz <sup>1</sup>	106	2,41	,86	1,00	4,00	16,438	0,001*	2-3
	Sürekli gece <sup>2</sup>	69	2,18	,78	1,00	4,00			
	Vardiyalı <sup>3</sup>	234	2,58	,73	1,00	4,00			
Koordinasyon	Sürekli gündüz <sup>1</sup>	106	2,35	,96	1,00	4,00	7,501	0,024*	2-3
	Sürekli gece <sup>2</sup>	69	2,22	,80	1,00	4,00			
	Vardiyalı <sup>3</sup>	234	2,52	,85	1,00	4,00			
Profesyonellik	Sürekli gündüz <sup>1</sup>	106	2,38	1,00	1,00	4,00	3,661	0,16	-
	Sürekli gece <sup>2</sup>	69	2,22	,84	1,00	4,00			
	Vardiyalı <sup>3</sup>	234	2,43	,84	1,00	4,00			
MPTE	Sürekli gündüz <sup>1</sup>	106	4,37	,43	3,28	5,00	13,852	0,001*	1-3 2-3
	Sürekli gece <sup>2</sup>	69	4,33	,48	2,59	5,00			
	Vardiyalı <sup>3</sup>	234	4,20	,46	2,66	5,00			

1: sürekli gündüz, 2: sürekli gece, 3: vardiyalı, \*p<0,05

“Çalışma şekliniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “HHİÖ” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sürekli gece çalışan katılımcılara ait ortalama “HHİÖ” puanı (2,29), sürekli gündüz ve vardiyalı çalışan katılımcılara ait ortalama “HHİÖ” puanlarından (2,46 – 2,53) anlamlı derecede düşüktür. “Çalışma şekliniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Problem Çözme” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalışma şekliniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “İletişim” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). “Çalışma şekliniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Süreç Paylaşımı” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,01$ ). Vardiyalı çalışan katılımcılara ait ortalama “Süreç Paylaşımı” puanı (2,58), sürekli gece çalışan katılımcılara ait ortalama “Süreç Paylaşımı” puanından (2,18) anlamlı derecede yüksektir. “Çalışma şekliniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Koordinasyon” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Vardiyalı çalışan katılımcılara ait ortalama “Koordinasyon” puanı (2,52), sürekli gece çalışan katılımcılara ait ortalama “Koordinasyon” puanından (2,22) anlamlı derecede yüksektir. “Çalışma şekliniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “Profesyonellik” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ).

“Çalışma şekliniz” değişkenine ait gruplar arasında ortalama “MPTE” puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,01$ ). Vardiyalı çalışan katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanı (4,20), sürekli gündüz ve sürekli gece çalışan katılımcılara ait ortalama “MPTE” puanlarından (4,37 – 4,33) anlamlı derecede düşüktür.

#### 4.13. MPTE, HHiÖ ve HHiÖ Alt Boyutlarının Arasındaki İlişki

**Tablo 15.** Korelasyon Bulguları

<u>Değişkenler</u>		HHiÖ	Problem Çözme	İletişim	Süreç Paylaşımı	Koordinasyon	Profesyonellik
MPTE	r	,096	,174**	,103*	,032	,054	,097
	P	,053	,000	,038	,517	,276	,051
HHiÖ	r		,582**	,783**	,898**	,881**	,911**
	P		,000	,000	,000	,000	,000
Problem Çözme	r			,534**	,398**	,403**	,442**
	P			,000	,000	,000	,000
İletişim	r				,638**	,562**	,603**
	P				,000	,000	,000
Süreç Paylaşımı	r					,783**	,730**
	P					,000	,000
Koordinasyon	r						,793**
	P						,000

“MPTE” ile “HHiÖ” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $r=0,096$  ;  $p>0,05$ ). “MPTE” ile “Problem Çözme” arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,174$  ;  $p<0,01$ ). “MPTE” ile “İletişim” arasında pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,103$  ;  $p<0,05$ ).

HHiÖ ile Problem Çözme alt boyutu arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,582$ ;  $p<0,01$ ). HHiÖ ile İletişim alt boyutu arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,783$ ;  $p<0,01$ ). HHiÖ ile Süreç Paylaşımı alt boyutu arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,898$ ;  $p<0,01$ ). HHiÖ ile Koordinasyon alt boyutu arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,881$  ;  $p<0,01$ ). HHiÖ ile Profesyonellik alt boyutu arasında

pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,911$ ;  $p<0,01$ ).

“Problem Çözme” ile “İletişim” arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,534$  ;  $p<0,01$ ). “Problem Çözme” ile “Süreç Paylaşımı” arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,398$  ;  $p<0,01$ ). “Problem Çözme” ile “Koordinasyon” arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,403$  ;  $p<0,01$ ). “Problem Çözme” ile “Profesyonellik” arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,442$  ;  $p<0,01$ ).

“İletişim” ile “Süreç Paylaşımı” arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,638$ ;  $p<0,01$ ). “İletişim” ile “Koordinasyon” arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,562$ ;  $p<0,01$ ). “İletişim” ile “Profesyonellik” arasında pozitif yönlü, orta düzey ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,603$ ;  $p<0,01$ ).

“Süreç Paylaşımı” ile “Koordinasyon” arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,783$ ;  $p<0,01$ ).“Süreç Paylaşımı” ile “Profesyonellik” arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,730$ ;  $p<0,01$ ).

“Koordinasyon” ile “Profesyonellik” arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,793$ ;  $p<0,01$ ).



#### 4.14. MPTE Değişkenine İlişkin Regresyon Analizi Değerleri

**Tablo 16.** Regresyon bulguları

Model	B	Beta	T	p	Tolerance	VIF	DW	R-Kare	F	P
(Constant)	3,961		37,038	,000						
Problem Çözme	,110	,162	2,750	,006	,691	1,448	1,834	0,037	3,125	0,009
İletişim	,028	,041	,584	,560	,482	2,074				
Süreç Paylaşımı	-,066	-,112	-1,289	,198	,317	3,157				
Koordinasyon	-,017	-,031	-,334	,738	,281	3,560				
Profesyonellik	,054	,106	1,228	,220	,319	3,137				

Regresyon analizinde “Problem Çözme”, “İletişim”, “Süreç Paylaşımı”, “Koordinasyon” ve “Profesyonellik” değişkenleri bağımsız değişken, “MPTE” değişkeni bağımlı değişken olarak kullanılmıştır.

Analiz sonucunda elde edilen modelde yer alacak değişkenler bağımlı MPTE değişkenini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıklamamaktadır ( $p > 0,05$ ).

Modele dâhil edilen değişkenler arasındaki çoklu ilişki (collinearity) incelenmiştir. Bütün bağımsız değişkenlere ait “Tolerance” değerinin 0,1’den büyük olması ve “VIF” değerinin 10’dan küçük olması nedeniyle değişkenler arasında çoklu ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Hata terimleri arasında oto korelasyon olup olmadığını tespit etmek için Durbin-Watson testinden faydalanılmıştır. Durbin-Watson değerinin 1,5 - 2,5 aralığında olması nedeniyle hata terimleri arasında oto korelasyon olmadığı belirlenmiştir.

Modelde yer alan bağımsız değişkenler, bağımlı değişkende meydana gelecek değişimlerin sadece %3,7’sini açıklamaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Bu çalışmada gelişen ve değişen sağlık sektöründe, kaliteli hizmet sunabilmek amacıyla çoğunluğu oluşturan hemşirelerin profesyonellik düzeyleri ile hemşireler arasındaki işbirliği etkisine bakılmıştır.

Bu çalışmada Tablo 3’de toplanan verilere ait frekans değerleri, Tablo 4’de ölçeklerin toplam ve alt boyutlarına ait istatistikler, Tablo 1’de Crohbach’s alpa değerleri ve Tablo 3’de normallik testine yer verilmiştir. Normallik testi sonuçlarına göre diğer veriler “Mann-Whitney U” ve “Kruskal-Wallis” testleri kullanılarak elde edilmiştir.

### 5.1. Hemşireler Arası İşbirliği ve Sosyo-Demografik Veriler

Bu çalışmada cinsiyet değişkeni “HHİÖ” toplam puan ortalamasına bakıldığında erkek katılımcıların puan ortalamasının (2,64), kadın katılımcılara ait ortalamasından (2,42) anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüş; istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ( $p<0,01$ ) belirlenmiştir (Tablo 5). “HHİÖ” alt boyutlarına bakıldığında ise problem çözme (2,76), süreç paylaşımı (2,63) ve profesyonellik (2,57) boyutlarında erkek katılımcıların puan ortalamaları kadın katılımcılara göre yüksek çıkmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 5). Şahbaz (2019)’da yaptığı bir çalışmada ise kadın katılımcıların, HHİÖ toplam puan ortalamalarının ve alt boyutlarında ise profesyonellik ve koordinasyon ortalamalarının, erkeklere göre daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Çelik Durmuş, Ekici, ve Yıldırım (2018)’de yaptığı bir çalışmada ise cinsiyet değişkeninin hemşireler arası işbirliğine etkisi olmadığını belirtmişlerdir. Ülkemizde 2007 yılına kadar kadınlar tarafından verilen hemşirelik hizmetleri, 2007 yılında hemşirelik yasasına gelen güncelleme ile erkeklerin hemşirelik unvanını almasını sağlamıştır (<http://www.resmigazete.gov.tr/>). Çalışmamızdaki erkeklerin HHİÖ genel puan ortalaması ve profesyonellik, süreç paylaşımı, problem çözme alt boyutlarından aldıkları puan ortalamasının daha yüksek olmasını mesleğe daha geç girmeleri ve hepsinin 2007 sonrasındaki hemşirelik bilgileri ve günden güne gelişen profesyonellik düzeyi ile sahada çalışmaları ile açıklayabiliriz.

Bu çalışmada “Yaş Grubu” değişkeninin HHIÖ ve alt boyutlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç ( $p>0,05$ ) bulunamamıştır (Tablo 6). Şahbaz (2019)’ın yaptığı çalışma sonuçlarında ise bu çalışmanın tersine HHIÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ( $p<0,05$ ) bulunmuş ve bunu yaş ile deneyimlerinin doğru orantılı olarak artarak işbirliğini artırdığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmalar arasındaki yaş dağılımı dikkate alındığında ise Şahbaz (2019)’ın çalışmasına katılanlarda 30 yaş üzeri bireylerin yoğunluğunun daha fazla olduğu, bu çalışmada ise yaş grubu dağılımlarının daha orantılı olduğu ve buna bağlı olarak çalışmaların sonucunu değiştirdiğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada “Medeni Durum” değişkeni ile HHIÖ ve alt boyutları karşılaştırılması katılımcıların evli ya da bekâr olmalarının anlamlı bir fark ifade etmediği sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). HHIÖ ile yapılan araştırmalarda, bu çalışma ile benzer şekilde Çelik Durmuş (2016) ve Çelik Durmuş vd., (2018) de medeni durumun işbirliği üzerine etkisi olmadığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmadan farklı olarak Şahbaz (2019) evli bireylerin, bekâr bireylere oranla işbirliğinin daha fazla olduğunu ve bu durumun evli bireylerin evde de işbirliği yapmalarından kaynaklandığını belirtmektedir. Diğer çalışmalara bakıldığında ise daha profesyonel davranmak adına kişilerin özel hayatları ile iş yaşamlarını ayırdıklarını ve buna bağlı olarak medeni durumlarının işbirliğinde etkili olmadığı sonucu beklenmektedir.

Bu araştırmada eğitim durumu ile HHIÖ ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişkiye ulaşılamamış, istatistiksel olarak Kruskal-Wallis testi uygulanıp,  $p>0,05$  bulunmuştur (Tablo 8). Bu çalışmaya benzer şekilde işbirliği ile eğitim durumu arasında bir bağlantı olmadığını gösteren çalışmalarda mevcuttur (Şahbaz, 2019). Ancak bu çalışmada kullanılan hemşireler arası işbirliği ölçeğinin Türkçeye uyarlanması çalışmasında ise önlisans ile lisans mezunu hemşireler arasında HHIÖ ve alt boyutlarından problem çözme, profesyonellik, süreç paylaşımı ( $p<0,05$ ) düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiş; fakat iletişim ve koordinasyon ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Çelik Durmuş, 2016). Çelik Durmuş ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada ise lisansüstü eğitim almış hemşirelerin profesyonellik, problem çözme, koordinasyon, genel işbirliği puanlarının lisans eğitimi almış hemşirelere oranla daha yüksek bulunduğu görülmüştür. Hemşireler arası işbirliği ölçeğindeki alt boyutlar ele alınarak

incelendiğinde; Mareno ve Hart (2014)'ın lisans ve lisansüstü hemşirelerin kültürel yeterliliklerinin hemşirelik eğitiminde etkisini inceledikleri bir çalışmada ise, eğitim düzeylerinin hasta görüşmelerinde, kültürel becerilerinde etkisi olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (Mareno and Hart, 2014). Bu çalışmada eğitim düzeylerine bakıldığında lisans mezunu katılımcıların (n=263) çoğunluğu oluşturduğunu, lisansüstü hemşirelerin (n=29) ise azınlığı oluşturduğu görülmektedir. HHIÖ ve alt boyutları puan ortalamalarına bakıldığında en düşük puanı lisans mezunu olanların aldığı görülmektedir. Bunun sebebini ise 26 Kasım 2014 tarihinde resmi gazetede 6569 kanun numarası ile yayınlanan “Lisans Tamamlama” ile alakalı olduğunu düşündürmektedir (<https://www.resmigazete.gov.tr/>). Ayrıca Shin ve arkadaşları (2017) klinik uygulamalardaki gelişimin artması içinde hemşirelik eğitime önem verilmesi gerektiğini belirtilirken; eğitim düzeyinin artmasının profesyonelliği artırdığını ifade eden çalışmalarda mevcuttur (Wynd vd., 2003; Çelik ve Hisar, 2012; Yang vd., 2013; Tanaka, Yonemitsu, ve Kawamoto., 2014; Demir Dikmen vd., 2014; Tanaka vd., 2016).

Bu çalışmada “Hemşire Olarak Çalışma Yılı” ve “Çalışılan Birimdeki Yıl” değişkenlerinin HHIÖ ve alt boyutları puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9 ve 10). Ancak bu çalışmada incelediğimiz değişkenlere yakın olarak Şahbaz (2019)'nin çalışmasında “Haftalık Çalışma Süresinin” 40-44 saat olan hemşirelerin, 44 saat üzerinde çalışan hemşirelere oranla işbirliği, problem çözme, profesyonellik ve süreç paylaşımı düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucu görülmüştür ( $p<0,05$ ). Tanaka ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise 0-5 yıl arası deneyime sahip, doktora eğitimi almış bireylerin profesyonelliklerinin deneyimi fazla olan bireylere oranla daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Tanaka vd., 2014) . Wynd (2003)'in çalışmasında ise eğitim durumunun ve mesleki deneyimin profesyonelliği arttırdığı görülmüştür. Bunun dışında Tanaka ve arkadaşları (2016), Kim-Godwin ve arkadaşları (2010) da profesyonelliğin çalışma yılı arttığını belirten çalışma sonuçlarına ulaşmışlardır. Buradaki çalışmaların sonuçlarına göre hemşirelerin çalışma saatleri, deneyimleri, eğitim durumları gibi birçok faktörün hemşirelerde profesyonellik, işbirliği, süreç paylaşımı gibi durumların üzerinde etkili olduğu ve “hemşire olarak çalışma yılı”nın etkisini inceleyebilmek için diğer faktörleri birbirine yakın tutup tekrar karşılaştırılma yapılması gerekmektedir.

Bu araştırmada “çalıştığınız birim” değişkenini ile HHIÖ genel puan ortalamaları karşılaştırdığında acil ve ameliyathane birimleri puan ortalamalarının dâhiliye, cerrahi, yoğun bakım ve diğer birimlerin puan ortalamalarından yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 11). HHIÖ alt boyutlarından “iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonellik” boyutlarında da istatistiksel olarak anlamlı sonuca ulaşılamamış ( $p>0,05$ ), fakat bu alt boyutları da HHIÖ genel puan ortalamaları benzerlik göstererek “acil ve ameliyathane” birimleri puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). HHIÖ “problem çözüme” alt boyutu ile “çalışılan birim” değişkeni arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,01$ ), acil ve ameliyathane birimde çalışan hemşirelerin problem çözüme becerilerinin diğer birimlerden yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 11). Çelik Durmuş (2016) ve Çelik Durmuş vd., (2018) yaptıkları çalışmalarda özel birimlerde (acil ve ameliyathane) çalışan hemşirelerin diğer birimlere oranla işbirliği düzeylerinin yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Yine şahbaz (2019)’ın yaptığı çalışmada ise çalışılan birim ile işbirliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu ( $p<0,05$ ) ve dâhiliye hemşirelerinin problem çözüme becerilerinin çocuk ve cerrahi hemşirelerinden daha düşük olduğu belirtilmektedir. Çalışmalar incelendiğinde hasta sayısının fazla, sirkülasyonun çok olduğu birimlerde hemşirelerin daha aktif çalıştıkları ve daha fazla işbirliğine yöneldikleri izlenmiştir.

Hemşirelik mesleğini sevme durumu değişkeni ile HHIÖ genel puanları ve alt boyutlarında süreç paylaşımı ile profesyonellik puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark ( $p<0,05$ ) bulunmuştur. Fakat bu anlamlılık negatif yönde anlamlı olarak bulunmuş, “hayır” cevabını veren katılımcıların ortalamaları “evet” cevabını verenlere oranla yüksek çıkmıştır (Tablo 12). Bu çalışmadan farklı olarak Çelik Durmuş vd., (2018)’nin yaptığı çalışmada, çalışma memnuniyeti sorusuna kısmen ve ya memnunum diyenlerin işbirliği düzeyleri istatistiksel olarak memnun olmayanlara oranla yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu çalışmaya benzer şekilde ise şahbaz (2019)’nin yaptığı araştırmada ise mesleki memnuniyetin hemşireler arası işbirliği ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Ertürk ve Özmen (2018)’in hemşirelerin profesyonel tutumlarını etkileyen faktörleri incelediği çalışmada modele katkı sağlayan ilk sıradaki değişkenin “hemşirelerin meslekte profesyonel olduğunu düşünme” faktörü olduğu, Fagermeon (1997) ve Gregg ve Magilvy (2001) çalışmalarında da

profesyonellik için önce “profesyonel olduğunu düşünmenin etkili olduğu; hemşirelerin iş doyumları artırmaya yönelik yapılan bir çalışmada ise “mesleği sevme” faktörünü seçenlerin oranı sadece %2,2 olduğu sonucuna (Çelik, 2010) ulaştıkları göz önünde bulundurulduğunda bu çalışmada hayır cevabını verenlerin istatistiksel olarak anlamlı çıkması durumunun hemşirelerin işbirliğini önemsemesi, profesyonel olduklarını düşündükleri ile alakalı olduğunu düşündürmektedir.

Bu araştırmada hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevleri ile HHİÖ alt boyutlarından “süreç paylaşımı” ve “koordinasyon” puanlarında servis hemşirelerinin verdiği cevaplar diğer grubundaki hemşirelere (sorumlu hemşireler, yönetici ve yönetim kadrosundaki hemşireler ile poliklinik hemşireleri) oranla istatistiksel olarak daha anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 13). Literatürde ise hemşireler arası işbirliği ile hemşirelerin çalıştıkları birimdeki görevlerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda Çelik Durmuş (2016)’un servis hemşirelerinin iletişim, profesyonellik ve işbirliği boyutlarında daha yüksek işbirliği sergiledikleri ( $p<0,05$ ) ortaya çıkmıştır. Karadaş ve arkadaşlarının çalışmasında ise ameliyathane hemşirelerinin profesyonellik puan ortalamalarının daha yüksek çıktığı görülmektedir (Karadaş vd., 2018). İncelenen çalışmalarda hasta giriş çıkışının çok olduğu, hasta ile birebir ilgilenen hemşirelerin verilerinin sonuçlarına göre işbirliği, profesyonellik, iletişim, koordinasyon boyutlarını artırdığı görülmektedir (Çelik Durmuş, 2016; Karadaş vd., 2018). Fakat literatürde yönetici hemşirelerin profesyonellik düzeyleri yüksek (Tanaka vd., 2014), problem çözmede başarılı (Çavdar İspirli, 2018) olduklarını ifade eden çalışmalarda mevcuttur.

Bu çalışmada araştırmacıların çalışma şekilleri (gündüz-gece-vardiyalı) ile hemşireler arasındaki işbirliğini incelediğimizde vardiyalı çalışan ( $n=234$ ) hemşirelerin, hemşireler arası genel işbirliği ve alt boyutlarından süreç paylaşımı ile koordinasyon puan ortalamalarının diğer çalışma şekillerine göre daha yüksek puan aldığı ve istatistiksel olarak sonuçların anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 14). Benzer araştırmalar incelendiğinde Çelik Durmuş (2016)’un HHİÖ Türkçeye uyarlamasında iletişim alt boyutunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve vardiyalı çalışan hemşirelerin ortalamalarının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Şahbaz (2019)’ın ise çalışmasında koordinasyon boyutu hariç diğer HHİÖ boyutlarının istatistiksel olarak anlamlı çıktığı ve gece çalışan hemşirelerin diğer çalışma şekillerine oranla daha düşük puan aldıklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar incelendiğinde vardiyalı yani hem gece

hem gündüz dönüşümlü olarak çalışan hemşirelerin işbirliğine yönelik tutumlarının arttığı, bunun nedeninin ise gecede ve gündüzde çalıştıkları iş akışına daha kolay uyum sağlayabildiklerini düşündürmektedir.

## **5.2. Hemşirelerin Mesleki Profesyonellik Tutum Düzeyleri ve Sosyo-demografik Özellikleri**

Bu çalışmada cinsiyet değişkeninin “MPTE” puan ortalamaları sonuçlarına göre profesyonellik tutumları açısından bir fark olmadığı ( $p>0,05$ ) görülmüştür (Tablo 5). Benzer şekilde çalışmamıza uyumlu olarak, Parvan, Zamanzadeh, ve Hosseini (2012), Görüş ve arkadaşları (2014), Sorucuoğlu ve Tüfekçi (2015) ve Bayraktar, Yılmaz ve Khorshid'un (2016), Sohohani ve Zamanzadeh (2017)'de yaptıkları çalışmalarda cinsiyet değişkeninin profesyonellik tutum düzeyleri üzerinde herhangi bir etkisi olmadığı görülmüştür. Lin ve Wang (2010) yaptığı çalışmada ise erkek hemşirelerin profesyonellik tutumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bazı çalışmalarda ise kadın hemşirelerin profesyonellik tutum düzeylerinin, erkeklere göre daha fazla olduğu görülmüştür (Geçkil, Ege, Akin, ve Göz, 2012; Karadağlı, 2016; Zengin vd., 2018). Son 10 yıldaki bu çalışmalar göz önüne alındığında cinsiyet değişkeninin profesyonellik tutum düzeyleri üzerine tam bir sonuç ortaya koymadığı, bu değişkeni incelerken etkili olabilecek diğer faktörleri elimine edip bu doğrultuda cinsiyet ve profesyonellik tutum düzeylerinin karşılaştırılmasının daha etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada MPTE ve “Yaş Grubu” değişkeni karşılaştırılmasına bakıldığında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ( $p<0,01$ ) ve yaş ortalamasının artıkça profesyonellik tutum düzeylerinin yükseldiği görülmektedir (Tablo 6). Bu çalışmadan farklı olarak yaş grubu değişkeninin MPTE'ni etkilemediği istatistiksel olarak bir fark olmadığını ( $p<0,05$ ) gösteren çalışmalarda mevcuttur (Dikmen vd., 2014; Tarhan, Kılıç, ve Yıldız, 2016). Sorucuoğlu ve Tüfekçi (2015) ile Görüş ve arkadaşları (2014)) “Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği”ni kullandığı çalışmada ise yaş değişkeninin, hemşirelerin profesyonellik değerleri ile bir ilişkisi olmadığını sonucuna ulaşımlardır. Bu araştırmada MPTE'de 40 yaş ve üzeri grubun, 19-29 yaş grubu ile 30-39 yaş grubundan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedenini ise 40 yaş üzeri bireylerin uzun süredir çalışmalarına bağlı deneyimsel bilgilerinin daha fazla olduğunu düşünme ve kendilerini daha profesyonel algılamaları

sonucunda profesyonellik tutum envanteri puan ortalamalarının yüksek çıkmasına sebep olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada “Medeni Durum” değişkeni ile MPTE karşılaştırılmasında, katılımcıların evli ya da bekâr olmalarının anlamlı bir fark ifade etmediği sonucuna ulaşılmıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 7). Hemşirelerin profesyonellik tutumlarının, medeni durumu ile etkisine bakan çalışmalarda bu çalışmaya benzer şekilde evli ya da bekar olmanın profesyonellik tutum düzeyine etki etmediğini ifade eden çalışmalar bulunmaktadır (Göriş vd., 2014; Parvan vd., 2012; Çelik, 2010; Tarhan vd., 2016). Bu çalışmadan farklı olarak Lin ve Wang (2010), Sorucuoğlu ve Tüfekçi (2015) bekâr katılımcıların, evli olan bireylere göre profesyonellik tutumlarının daha fazla olduğunu ifade eden çalışmalardır.

Bu çalışmada eğitim durumu ile MPTE arasındaki bağlantıya bakıldığında sağlık meslek lisesi mezunu katılımcıların MPTE puan ortalamalarının, ön lisans, lisans ve lisansüstü mezunu katılımcılara ait puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0,05$  ve fark 1-2; 1-3; 1-4) (Tablo 8). “Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter” ölçeğinin kullanıldığı çalışmalarda lisansüstü, doktora eğitimi almış bireylerin lisans mezunlarına göre profesyonellik davranışlarının daha yüksek bulunmuştur (Çelik, 2010; Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014). “MPTE” nin kullanıldığı çalışmalar tarandığında ise yine eğitim seviyesinin artmasının profesyonellik tutum düzeylerini artırdığı sonucuna ulaşan çalışmalar mevcuttur (Zengin vd., 2018; Tarhan vd., 2016; Dikmen vd., 2014). Bu çalışmaya benzer şekilde eğitim düzeyinin MPTE puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığını ifade eden çalışmalarda mevcuttur (Ertürk ve Özmen, 2018; Çelik S., Ünal, ve Saruhan, 2012; Karamanoğlu, Özer, ve Tuğcu, 2009). Bu araştırmada profesyonellik tutum düzeylerinin sağlık meslek lisesi mezun grubunda yüksek çıkması (Tablo 8) aynı zamanda Tablo 7’deki 40 yaş ve üzeri katılımcıların profesyonellik tutum düzeylerinin yüksek çıkması göz önüne alındığında katılımcıların deneyimleri ile doğru orantılı olarak artırdığını düşündürmektedir. Kim, Kwon ve Lee (2017) hemşirelik öğrencilerin problem çözme becerilerini etkileyen faktörleri incelediği çalışmalarında (N=224) ise problem çözme becerileri ile eleştirel düşünme, empati, hemşirelik profesyonelliği ve öz liderlik arasında pozitif korelasyonun olduğu, iyi bir not ortalamasına (%94,3’ünün notu 4 üzerinden 3 ve üzeri) ve kişilerarası ilişkiye



(%68,4'ü kişiler arası ilişkisinin iyi olduğunu ifade etmiş) sahip olan katılımcıların problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bu araştırmada hemşirelerin profesyonellik tutumları sağlık meslek lisesi grubunda yüksek çıkmasına rağmen yapılan çalışmaların çoğunluğunda eğitim düzeyinin artmasının profesyonellik, iş doyumu, problem çözme, işbirliği konularında daha etkili olduğu ve anlamlı sonuç ortaya çıktığı, hemşirelerin profesyonellik düzeylerine etki eden önemli bir faktör olduğu görülmektedir (Çelik, 2010; Çelik Durmuş vd., 2018; Demir ve Kocaman Yıldırım, 2014; Zengin vd., 2018; Tarhan vd., 2016; Dikmen Demir vd., 2014; Kim vd., 2017).

Bu araştırmada “Hemşire Olarak Çalışma Yılı” ve “Çalışılan Birimdeki Yıl” değişkenlerinin MPTE puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 9 ve 10). Çelik (2010)'in yaptığı bir çalışmada ise çalışma süresi ve birimdeki görev süresinin belli bir yılın üzerinde olanlarının profesyonellik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı çıktığı genel olarak çalışmaya bakıldığında ise profesyonelliğin artmasının hemşirelerde iş doyumunu arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Profesyonellik ile ilgili yapılan diğer araştırmalar incelendiğinde; meslekte çalışma yılı ile profesyonellik tutum düzeyleri arasında pozitif yönde zayıf ilişki olduğunu ( $r=0,272$   $p<0,01$  Zengin vd., 2018) bunun yanı sıra çalışma süresi, deneyim ya da tecrübenin artmasının profesyonellik tutum düzeyini arttığı sonucuna ulaşan çalışmalar da mevcuttur (Beydağ ve Arslan, 2008; Kim-Godwin, Beak, ve Wynd, 2010; Çelik S. vd., 2012; Drennan, 2012). Profesyonellik tutum düzeyinin, çalışma süresi daha az olan hemşirelerde daha yüksek olduğu sonucuna ulaşan ve bunun sebebinin yıpranmışlık ya da tükenmişlikle ilgili olduğunu ifade eden çalışmalarda bulunmaktadır (Dikmen Demir vd., 2014). Görüş ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada ise çalışma süresi 16 yıl üzerinde olanların, aynı zamanda haftalık çalışma süresi 40 saat olan hemşirelerin “Hemşirelerin Profesyonel Değerler Ölçeği (HPDÖ)” puan ortalamalarının diğer hemşirelere göre daha yüksek olduğu fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ( $p>0,05$ ) sonucuna ulaşmışlardır. Demir ve Kocaman Yıldırım (2014) yaptığı çalışmada “çalışılan birimdeki yıl” değişkeninin “Hemşirelikte Profesyonelliğe İlişkin Davranışsal Envanter (HPTE)” toplam puan ortalaması üzerinde anlamlı bir sonuç olmadığı ama çalışılan birimdeki yılı 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin “eğitimsel kod, hemşirelik kodları, yayın, araştırma” puan ortalamalarının

daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde çalışma süresi ya da mesleki deneyimin, profesyonellikle arasında bir ilişki olmadığına ( $p>0,05$ ) ulaşan çalışmalarda mevcuttur (Karamanoğlu vd., 2009; Görüş vd., 2014; Solomon, Beker, ve Belachew, 2015; Bayraktar vd., 2016).

Bu araştırmada “çalıştığınız birim” değişkeni ile MPTE puan ortalamaları arasında anlamlı fark ( $p<0,01$ ) ortaya çıkmıştır. MPTE puan ortalamalarına bakıldığında acil birimde çalışan katılımcıların en yüksek puanı ( $4,42 \pm ,48$ ), en düşük puanı ise yoğun bakım katılımcılarının ( $4,13 \pm ,43$ ) aldıkları görülmektedir (Tablo 11). Literatür incelendiğinde Ertürk ve Özmen (2018)’in çalışmasında acil/ameliyathane birimde çalışan katılımcıların puan ortalamalarının ( $132,92 \pm 11,95$ ) en düşük, diğer birim ve cerrahi birimde çalışan katılımcıların puan ortalamalarının ( $142,33 \pm 12,39 - 140,55 \pm 10,58$ ) en yüksek olduğu ve MPTE ile istatistiksel olarak anlamlı olduğu ( $p<0,05$ ) bulunmuştur. Yine literatür incelendiğinde çalışılan birim ile profesyonellik tutum düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmaların bazılarında ise istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmadığı ( $p>0,05$ ) görülmektedir (Görüş vd., 2014; Tarhan vd., 2016). MPTE sonuçlarında da aktif, sirkülasyonu fazla birimlerin profesyonellik tutum düzeylerini artırdığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada hemşirelik mesleğini severek yapan hemşirelerin MPTE puan ortalamaları istatistiksel olarak daha anlamlı ( $p<0,01$ ) çıkmış, mesleği severek yapan hemşirelerin profesyonellik tutumlarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 12). Bu çalışmaya benzer şekilde mesleğini severek yapan hemşirelerin profesyonellik tutum düzeylerinin yüksek çıktığı çalışmalarda mevcuttur (Karamanoğlu vd., 2009; Çelik S. vd., 2012; Dikmen Demir vd., 2014; Karadağ, Hisar, Çelik, ve Baykara, 2016; Tarhan vd., 2016). Karadağ (2002)’in belirttiğine göre mesleği sevmenin hemşirelere sunulan imkânlar (ücret, saygınlık vb.) ile alakalı olduğu ve bu sayede hemşirelik hizmetini isteyerek ve profesyonel olarak yapmaya yöneldiklerini belirtmişlerdir. Mollaoğlu, Fertelli, ve Tuncay (2010) iş tatmini, kurumsal kalite yönetimi ve mesleki ilişkilerin hemşirelerin mesleği isteyerek yapmasında etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu çalışmada MPTE ile çalıştığınız birimdeki göreviniz değişkeni karşılaştırıldığında ise diğer grubundaki hemşirelerin (sorumlu hemşireler, yönetici ve yönetim kadrosundaki hemşireler ile poliklinik hemşireleri) ortalama puanları

istatistiksel olarak servis hemşirelere göre daha anlamlı ( $p<0,01$ ) çıkmıştır (Tablo 13). Profesyonellik ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde Çelik (2010) yaptığı araştırmada servis hemşirelerinin profesyonellik tutum düzeyleri ve iş doyumları, diğer kategorideki hemşirelerden daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Yine Ertürk ve Özmen (2018)'nin yaptığı araştırmada servis hemşirelerin, MPTE puan ortalamalarının diğer pozisyonda çalışan hemşirelerden daha düşük olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) olduğu ifade edilmiştir. Sorumlu hemşirelerin MPTE puan ortalamalarının daha yüksek olduğunu ifade eden çalışmalarda bulunmaktadır (Şahin Orak ve Ecevit Alkar, 2002; Karadağ vd., 2007; Karamanoğlu vd., 2009; Sorucoğlu ve Tüfekçi, 2015). Görüş ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada ise servis hemşirelerinin profesyonellik değerleri puan ortalaması diğer birimlere oranla daha düşük çıkmış fakat istatistiksel olarak anlamlı ( $p>0,05$ ) bir sonucu ulaşılmamıştır. İstatistiksel olarak anlamlı ve ya anlamsız çıksa da servis hemşirelerin profesyonellik tutum düzeyi puan ortalamaları, diğer görev kategorisinde çalışan hemşirelere oranla daha düşük çıktığı görülmektedir. Bunun servis hemşirelerin yoğun iş yükü, serviste bulunan elemanların ve malzemenin yetersizliği, hizmet içi eğitimlerin yetersizliği, görev tanımı dışındaki işlerin olması, düşük ücret, hiyerarşik yapı, uzun çalışma saatleri, bireysel gelişim için yeterli zaman ayıramama, mesleği sevme durumu gibi nedenlerle kaynaklandığı belirtilmektedir (Çelik vd., 2012; Dikmen Demir vd., 2014; Tarhan vd., 2016).

Bu araştırmada yine hemşirelerin çalışma şekillerinin mesleki profesyonelliklerine yönelik tutumları incelendiğinde sürekli gündüzde çalışan hemşirelerin ( $n=106$ ) profesyonellik tutum puan ortalamaları (4,37) daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak sonuç anlamlı ( $p<0,01$ ) çıkmıştır (Tablo 14). Bu çalışmaya benzer şekilde, Zengin ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada hemşirelerin hem MPTE hem de HPDÖ ile çalışma şekli değişkeni karşılaştırılmış ve ikisinde de sonuç istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,01$ ) ve sürekli gündüz çalışan hemşirelerin ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ertürk ve Özmen (2018) ise araştırmasında çalışma şeklinin, profesyonellik tutumları ile istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) olduğunu sürekli gündüz çalışan hemşirelerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu (142,08) sonucuna ulaşmış fakat bunun profesyonellik tutum puanını anlamlı şekilde etkilemediğini çalışmasında belirtmiştir. Çakı ve Sönmez (2020), Karamanoğlu

vd., (2009)'de sorumlu hemşirelerin profesyonellik tutum puan ortalamalarının yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. Yılmaz ve Vermişli (2016)'nin çalışmasında ise sürekli gündüz çalışan hemşirelerin iş doyumlarının daha yüksek olduğu sonucu da ortaya çıkmıştır. Yine Çelik (2010), Görüş ve arkadaşlarının (2012) çalışma şeklinin, profesyonellik tutumu ile istatistiksel olarak anlamlı olmadığını belirten çalışmalarıdır. Araştırma sonuçları karşılaştırıldığında sürekli gündüz çalışan hemşirelerin iş doyumlarının yüksek olması ve diğer meslek grupları ile daha fazla iletişime geçtiği düşünüldüğünde profesyonellik tutum düzeylerinin daha yüksek çıkmasına sebep olacağını düşündürürken; olumsuz araştırmalar göz önüne alındığında ise yoğunluktan dolayı hemşirelerin iş odaklı düşündükleri ve profesyonelliği arka plana attığı düşünülebilir.

### **5.3. Hemşireler Arası İşbirliği ve Mesleki Profesyonellik Düzeyleri Karşılaştırılması**

Bu araştırmada hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyleri ile hemşireler arasındaki işbirliği karşılaştırılmış olup araştırma sırasında kullanılan ölçeklerden MPTE ile HHIÖ verileri korelasyon ve regresyon testlerine tabi tutulmuştur. Yapılan korelasyon testi sonucunda “MPTE” ile “HHIÖ” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $r=0,096$ ;  $p>0,05$ ). MPTE maddeleri incelendiğinde ise HHIÖ alt boyutlarına yönelik de sorular bulunduğu, bu çalışmaya benzer çalışmaların tekrarlanması ile MPTE ile HHIÖ arasındaki ilişkinin daha net açıklanabileceğini ve aralarında anlamlı sonuçlar çıkabileceğini düşündürmektedir. Bunun dışında MPTE ve HHIÖ alt boyutlarından problem çözme ile iletişim boyutları ile de pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilmiştir (Tablo15). Kim, Kwon ve Lee (2017) de yaptığı çalışmada kişiler arası ilişkisinin ve not ortalamasının yüksek olduğu öğrencilerin problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca Çelik Durmuş (2016)'in çalışmasında ise problem çözme, iletişim ve profesyonellik boyutlarının üniversite hastanelerinde daha yüksek çıktığı ve üniversite hastanelerindeki hemşirelerin eğitim düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Şahbaz (2019)'ın çalışmasında ise hemşireler arası işbirliği ölçeğinin, problem çözme ve profesyonellik alt boyutlarının ön lisans ve lisans gruplarında anlamlı olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Abaan ve Altıntoprak (2005)'in belirttiğine göre ise problem çözme becerisinin, mesleki

profesyonellik, otonomi ve güç konularında etkili olmaktadır. Yine iletişimin, problem çözüme önemli olduğu (McNeill, vd., 2008), iş doyumuna etkisi olduğu (Miller vd., 1993) ifade edilirken; Apker ve arkadaşları (2006), profesyonel hemşirelerin problem çözüme süreçlerini iyi yönettiği, iletişimi kuvvetli kişiler olduğunu da ifade etmişlerdir. Burada örnek verilen çalışmaların sonuçları göz önüne alındığında profesyonellik, iletişim, problem çözüme gibi kavramlarının birbirleri ile ilişkili olduğu görülmektedir. Yukarıda incelenen çalışmalar da bu araştırmada MPTE ve HHIÖ alt boyutlarından problem çözüme ile iletişim boyutları ile de pozitif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı sonuç çıkmasını destekler niteliktedir.

Bu çalışmada yapılan regresyon incelemesinde HHIÖ ve alt boyutları ile bağımlı değişken olarak alınan MPTE değişkenini istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde açıklamamaktadır. Bunun yanı sıra regresyon incelemesinde değişkenler arasında çoklu ilişki olmadığı, hata terimleri arasında oto korelasyon olmadığı ve modelde yer alan bağımsız değişkenler, bağımlı değişkende meydana gelecek değişimlerin sadece %3,7'sini açıklamaktadır (Tablo 16).

Bu çalışmanın regresyon ve korelasyon sonuçlarında görüldüğü gibi MPTE ile HHIÖ arasında ilişki tam olarak açıklanamamaktadır. Literatür incelendiğinde hemşirelerin mesleki profesyonellikleri ile birçok çalışma bulunmakta, hemşireler arasındaki işbirliği ile ilgili ise yeterli çalışma bulunmamaktadır. Literatürde ilk defa karşılaştırılan hemşirelerin profesyonellik tutumları ve hemşireler arasındaki işbirliğini açıklayabilmek için ise daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu araştırma, hemşirelerin profesyonellik tutum düzeylerinin, hemşireler arası işbirliğine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. “MPTE” puan ortalaması 4,26 ve “HHİÖ” puan ortalaması ise 2,47 olarak bulunmuştur. “MPTE” ile “HHİÖ” arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ( $r=0,096$  ;  $p>0,05$ ). Bu çalışmada hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri, MPTE ile HHİÖ genel ve alt boyutları ile karşılaştırılmış olup genel olarak çıkan sonuçlara aşağıda yer verilmiştir.

Araştırmanın hemşireler arası işbirliği boyutunda; yaş, medeni durum, eğitim durumu, hemşire olarak çalışma yılı ve çalışılan birimde geçirilen sürenin hemşireler arası işbirliğini etkilemediği görülmektedir.

Araştırmada erkek hemşirelerin HHİÖ ortalama puanları ile HHİÖ alt boyutlarından problem çözme, süreç paylaşımı, profesyonellik boyutlarında daha önde oldukları görülmektedir

Araştırmada acil ve ameliyathane hemşirelerin, istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da HHİÖ ortalama puanları ve HHİÖ alt boyutlarından “iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon ve profesyonellik” puan ortalamaları daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmada hemşirelik mesleğini sevmenin işbirliği ile negatif yönde olumlu olduğu sonucu ise işbirliği yaparken mesleği sevmenin göz ardı edilerek yapıldığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada servis hemşirelerin HHİÖ alt boyutlarından süreç paylaşımı ve koordinasyonun diğer grubunda yer alan hemşirelerden daha yüksek ve anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışmada hemşirelerin profesyonellik tutum düzeyleri incelendiğinde; cinsiyet, medeni durum, hemşire olarak çalışma yılı ve çalışılan birimde geçirilen yılın hemşirelerin profesyonellik tutum düzeylerini etkilemediği görülmektedir.

Araştırmada 40 yaş üzeri ve sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerinin profesyonellik tutum düzeylerinin daha yüksek bulunmuştur.

Bu araştırmada acil birimde çalışan hemşirelerin yani daha aktif olarak çalışan birimdeki hemşirelerin profesyonellik tutum düzeylerini de yüksek bulunmuştur.

Araştırmada genel olarak hemşireler arası işbirliği ve hemşirelerin profesyonellik tutum düzeyleri karşılaştırmasında zayıf, pozitif yönde ve anlamlı sonuç elde edilmiştir. Fakat bağımsız değişkenlerin (HHİÖ ve alt boyutları), bağımlı değişkenlerin (MPTE) sadece %1,8'ini açıkladığı da göz ardı edilmemelidir.

## 6.2. Öneriler

Yapılan bu araştırmanın sonuçları göz önünde bulundurulduğunda, hemşirelerin profesyonellik düzeyleri ve hemşireler arasındaki işbirliğinin artırabilmek adına;

Hemşirelik eğitiminde teorik bilgide öncelikle hemşirelik mesleğinde işbirliğinin bir ölçüt olduğu bilinci oluşturulmalı ve bu bilgi hemşire adaylarına kazandırılmalıdır. İşbirliğinin kişisel, kişiler arası, sosyal ve toplumsal boyutları üzerinde durulmalı, eğitimde iletişim, etkileşim ve işbirliğine özellikle yer verilmelidir. Pratik bilgide ise staj eğitiminin artırılması; staj eğitimleri sırasında ise öğretim elemanları, çalışan hemşireler ve öğrenciler arasında uygun toplantılar, vaka çalışmaları, hasta deneyimlerin paylaşımı vb. konular ile öğrenciye mesleğe geçmeden işbirliği aşılanmalıdır.

Birimler arası rotasyon ile özellikle acil, ameliyathane, yoğun bakım gibi servislerin her hemşire tarafından deneyimlenmesi sağlanarak, hemşirelerin her alanda hastaya hizmet vermesi ile iletişim, süreç paylaşımı, koordinasyon, profesyonellik, bakış açıları gibi konularda daha ön plana çıkması sağlanmalıdır.

Gerek yönetici hemşirelerin, gerekse doğrudan hasta ile ilgilenmeyen birimlerde yer alan hemşirelerin saha çalışmalarının artırılması; sürekli hasta ile ilgilenen hemşirelere ise yönetim alanında söz hakkı tanınması, toplantılara ve alınacak kararlara dâhil edilmesi sağlanarak hemşireler arasındaki işbirliğini ve profesyonellik düzeyinin artması sağlanmalıdır.

Hemşirelerin nöbet listelerinin hazırlanırken dönüşümlü nöbet listelerinin uygulanması ile hemşirelerin gece ve gündüz işleyişine adapte olmalarını

kolaylaştıracak üstelik bıkkınlık yaşamalarını engelleyerek aralarındaki işbirliğini kuvvetlendirip daha profesyonel olarak dūřünmelerini sağlayacaktır.

Hemşireler arası işbirliği ve hemşirelerin profesyonellik düzeylerinin karşılaştırıldığı bu çalışmanın ilk kez yapılması göz önünde bulundurularak, daha geniş örneklemlerle çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.





## 7. KAYNAKLAR

Abaan, S., ve Altıntoprak, A. (2005). Hemşirelerde problem çözme becerileri: öz değerlendirme sonuçlarının analizi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 62-76.

Adıgüzel, O., Tanrıverdi, H., ve Özkan S.D. (2011). Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensubu olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 9:2, 235-259

American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2005). AACN standarts for establishing and sustaining healthy work environments: A journey to excellence 72 [Sağlık çalışma ortamları kurmak ve sürdürmek için AACN standartları: Mükemmellik yolculuğu]. *American Journal of Critical Care*, 14(3), 187-197.

Andrews, C. and Millar, S. (2005). *Don't fumble the handoff* MAG Mutual Healthcare Risk Manager. 11 (28), 1–2.

Apker, J., Propp, M.K., Zabava Ford, S.W., and Hofmeister, N. (2006). Collaboration, credibility, compassion, and coordination: Professional nurse communication skill sets in health care team interactions [İşbirliği, güvenilirlik, şefkat ve koordinasyon: Sağlık ekibi ilişkilerinde profesyonel hemşire iletişim becerisi setleri]. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 180-189.

Ay, A.F (2011). *Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler*, İstanbul: Nobel Matbacılık.

Baggs, J.G., ve Schmitt, M.H. (1998). Collaboration between nurses and a physicians[Hemşireler ve doktorlar arasındaki işbirliği]. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 20(3), 145-149

Baltaş, A. (2003). Başarı için pasaport: profesyonel davranış. *Kaynak Dergisi*, Nisan-Eylül:14.

Bayraktar, D., Yılmaz, H., ve Khorshid, L. (2016). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonel tutumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32 (3): 65-74.

Beydağ, K., ve Arslan, H. (2008). Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3:76-87.

Boztepe H., ve Terzioğlu, F. (2015). Sağlık eğitiminde meslekler arası eğitim. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18-3.

Cerit, K. (2009). *Hemşirelerin iş doyumlarını belirleyen faktörler: örgüt iklimi, sosyodemografik ve çalışma özellikleri.* (yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Çakı Fırtına E., ve Sönmez M. (2020). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Meslekte Profesyonel Tutum Düzeylerinin Belirlenmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 1(2): 58-69, 2020.

Çavdar İspirli, Ö. (2018). *Yönetici hemşirelerin kişisel açılım ve geri bildirim düzeylerinin empatik eğilim ve kişilerarası problem çözme becerileriyle ilişkisi.* (yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.

Çavmak Ş., ve Çavmak D. (2017). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. Erişim Tarihi: 19 Mayıs 2019, <https://dergipark.org.tr/download/article-file/340272>

Çelikay, F., ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1).

Çelik Durmuş, S., Ekici, D., ve Yıldırım, A. (2018). The level of collaboration amongst nurses in Turkey [Türkiye’deki hemşireler arasında işbirliği düzeyi]. *International Nursing Review*, 65, 450-458

Çelik, S., Ünal, Ü., ve Saruhan, S. (2012). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(3), 193-199.

Çelik Durmuş S., ve Yıldırım, A. (2018). Hemşireler arası işbirliği. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 5(3), 210-216.

Çelik Durmuş, S. (2016). *Hemşire-hemşire işbirliği ölçeğinin Türkçe’ye uyarlanması: Bir uygulama.* (doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Çelik, S. (2010). *Hemşirelerin profesyonellik davranışlarının iş doyumuna etkisi.* (yüksek lisans tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.

Coşkun, Ç.R., ve Uğur, E. (2018). Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımın iş yaşamına etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2):142-149.

Demir, S., ve Kocaman Yıldırım N. (2014). Psikiyatri hemşirelerinin profesyonel davranışlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1):25-32.

Derin, N., ve Demirel, T.E. (2013). Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olan hasta memnuniyetine yönelik ölçek geliştirme çalışması. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(2):1111-1130.

Dikmen Demir, Y., Yönder, M., Yorgun, S., Usta, Y.Y., Umur, S., Aytekin, A. (2014). Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17-3.

Dinç, S., Kaya, Ö. ve Şimşek, Z., (2007). Harran üniversitesi sağlık yüksekokulu öğrencilerinin hemşirelik mesleği hakkındaki bilgi, düşünce ve beklentileri, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (1), 1-9

Drennan, J. (2012). Masters in nursing degrees: Anevaluation of management and leadershipoutcomes using a retrospective pre-test design[Hemşirelik derecelerinde yüksek lisans: Retrospektif bir ön test tasarımı kullanarak yönetimin ve liderlik sonuçlarının değerlendirilmesi]. *Journal of Nursing Management*, 20(1):102-112.

Dougherty, B.M. and Larson, E.L. (2010). The nurse-nurse collaboration scale [Hemşire-hemşire işbirliği ölçeği]. *The Journal of Nursing Administration*, 40(1), 17-25.

Dünya Sağlık Örgütü. (2000). Strategies For Assisting Health Workers To Modify And Improve Skills: Developing Quality Health Care - A Process Of Change. Erişim Tarihi: 28 Şubat 2019, [https://www.who.int/hrh/documents/en/improve\\_skills.pdf](https://www.who.int/hrh/documents/en/improve_skills.pdf)

Ekici D. (2013a). *Sağlık Bakım Hizmetinin Yönetimi*.(1.basım). Ankara: Sim Matbacılık. s:1-356

Ekici D. (2013b). *Sağlık Hizmetinde Toplam Kalite Yönetimi*. (1.basım). Ankara: Sim Matbacılık. s:1-192

Erbil, N., ve Bakır, A. (2009). Meslekte profesyonel tutum envanterinin geliştirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*,6(1), 290-302.

Erdemir, F. (1998). Hemşirenin rol ve işlevleri ve hemşirelik eğitiminin felsefesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2(1), 59-63.

Ertürk, C., ve Özmen, D. (2018). Hemşirelerin profesyonel tutumlarını yordayan değişkenlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11:(3), 191-199.

Fagermoen, S., (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*,25 (3), 434-41.

Geçkil, E., Ege, E., Akin, B., ve Göz, F. (2012). Turkish version of the revised nursing professional values scale: validity and reliability assessment [Revize edilmiş hemşirelik profesyonel değerleri ölçeğinin Türkçe versiyonu: geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmesi]. *Japan Journal of Nursing Science*, 9(2):195-200.

Ge Türkiye Blog. (2017). Sağlık Alanındaki 5 Yeni Gelişme. Erişim Tarihi: 19 Mayıs 2019, <https://geturkiyeblog.com/saglik-alaninda-5-yeni-bilimsel-gelisme/>

Gregg, M. F., & Magilvy, J. K. (2001). Professional identity of Japanese nurses: bonding into nursing. *Nursing & Health Sciences*, 3 (1), 47-55.

Grenberg, C., Regenbogen, S., Studdert, D.M., Lipsitz, S.R., Rogers S.O., Zinner, M.J. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients [Cerrahi hastalarına zarar veren iletişim bozuklukları]. *Journal of the American Collage of Surgeons*, 204(4), 533–540.

Gökçora, H.İ. (2005). Toplumsal yaşamımızda ve türk bilim-dünyasında “profesyonel ve profesyonellik” kavramlarına değin. *Bilim Dünyası*, 6(2): 237-250.

Göriş, S., Kılıç, Z., Ceyhan, Ö., ve Şentürk A. (2014). Hemşirelerin profesyonel değerleri ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 5(3):137-142.

Haire, B. (2010). *Interprofessional Care: A model of collaborative practice*. PEI Health Sector Council Charlottetown, Canada.

Hall, P., and Weaver, L. (2001). Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road[Disiplinlerarası eğitim ve takım çalışması: uzun ve dolambaçlı bir yol]. *Medical Education*, 35:867±875

Hemşirelik kanununda değişiklik yapılmasına dair kanun. (2007). T.C. Resmi Gazete, 26510, 2 mayıs 2007. Erişim Tarihi: 19/05/2019 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>

İşçi, N. (2015). *Hastanede çalışan hemşirelerin mesleki profesyonellik düzeyinin tıbbi hata yapma eğilimleri üzerine etkisi.* (yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.

Kangallı, P. (2005). *Sivas ili hastanelerinde çalışan hemşirelerin otonomi düzeyleri ve otonomiye etkileyen mesleki ve kurumsal faktörlerin incelenmesi.*(yüksek lisans tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.

Karadağlı, F. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin profesyonel değer algıları ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2)81-91.

Karadağ, A., Hisar, F., Çelik, B., ve Baykara, Z.Ç. (2016). Determining professionalism in Turkish studentsnurses[Türk öğrencilerin hemşireliklerinde profesyonelliğin belirlenmesi]. *International Journal of Human Sciences*, 13(1):674-682.

Karadağ, A., Hisar, F., Elbas, N.Ö. (2007). The level of professionalism among nurses in turkey[Türkiye'deki hemşireler arasında profesyonellik düzeyi]. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(4):371-374.

Karadağ, A. (2002). Meslek olarak hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2): 55-63.

Karadağ A., Kaynak S., Duran S., ve Ergün S. (2018). Hemşirelerin Profesyonellik Düzeylerinin Değerlendirilmesi: Balıkesir Örneği. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2(3). 2018.

Karahan, K. (2006). *Hizmet pazarlaması.* İstanbul: Beta Basım Yayın Dağıtım A.Ş. s: 1-199.

Karamanoğlu, AY., Özer, FG., ve Tuğcu, A. (2009). Denizli ilindeki hastanelerin cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerin mesleki profesyonelliklerinin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1):12-17.

Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2):131-174.

Kaya, N., Aşti, T., Acaroğlu, R., Kaya, H., Şendir, M. (2006). Hemşire öğrencilerin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleri ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10:3,1-11.

Kelleci, M., Gölbaşı, Z., Doğan, S., ve Tuğut, N. (2011). Entegre eğitim programında öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin problem çözme becerileri: bir izlem çalışması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19:1,23-28.

Kim-Godwin, YS., Beak, HC., ve Wynd, CA. (2010). Factors influencing professionalism in nursing among Korean American registered nurses [Koreli Amerikalı kayıtlı hemşireler arasında hemşirelikte profesyonelliği etkileyen faktörler]. *Journal of Professional Nursing*, 26(4):242–249.

Kim J.H., Kwon K.J., and Lee S.H. (2017). Factors influencing problem solving abilities of nursing students. Volume 15 issue 4 pages 295-307. *Journal of digital convergence*. Erişim tarihi: 04/10/2020 <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201715853767888.page>

Kumcağız, H., Yılmaz, M., Çelik Balcı, S., ve Avcı Aydın, A. (2011). Hemşirelerin iletişim becerileri: samsun il örneği. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1):49-56.

Lemetti, T., Stolt, M., Rickard, N., and Suhonen, R. (2015). Collaboration between hospital and primary care nurses: a literature review [Hastane ve birinci basamak hemşireleri arasındaki işbirliği: Bir literatür taraması]. *International Nursing Review*, 62, 248–266.

Lin, YH., ve Wang, LS. (2010). A Chinese version of therevised nurses professional values scale:reliability and validity assessment [Devredilen hemşirelerin profesyonel değerler ölçeğinin Çince versiyonu: güvenilirlik ve geçerlilik değerlendirmesi]. *Nurse Education Today*, 30(6):492-498.

Makary, M.A., Mukherje, A., Sexton, B., Syin, D., Goodrich, E., Hartmann, E., Rowen, L., Behrens, D.C., Marohn, M. ve Pronovost, P.J. (2007). Operating room briefings and wrong-site surgery, *Journal of the American College of Surgeons*, 204(2),236-242.

Mareno, N., ve Hart P. (2014). Cultural competency among nurses with undergraduate and graduate degrees: implications for nursing education. *Nursing Education Perspectives*: 35(2):[83-88](#) Erişim Tarihi: 03/10/2020 ([https://journals.lww.com/neponline/Abstract/2014/03000/Cultural\\_Competency\\_Among\\_Nurses\\_with.4.aspx](https://journals.lww.com/neponline/Abstract/2014/03000/Cultural_Competency_Among_Nurses_with.4.aspx) )

McNeill, C., Shattell, M., Rossen, E., ve Barlet, R. (2008). Relationship skills building with older adults[Yaşlı yetişkinlerle ilişki kurma becerileri]. *Journal of Nursing Education*, 6, 269-271.

Meretoja, R., Eriksson, E., ve Leino-Kilpi, H. (2002). Indicators for competent nursing practice[Yetkili hemşirelik uygulamaları için göstergeler]. *Journal of Nursing Management*, 10(2), 95-102.

Miller, A.P. (2001). Nurse-physician collaboration in an intensive care unit[Yoğun bakım ünitesinde hemşire-doktor işbirliği]. *American Journal of Critical Care*, 10, 341-350.

Miller, B.K., Adams, D., ve Beck, L. (1993). A Behavioral inventory for professionalism in nursing, *Journal of Professional Nursing*, 9(5), 290-295.

Mollaoğlu, M., Fertelli, T.K. & Tuncay, F.Ö. (2010). Hastanede çalışan hemşirelerin, çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5 (15), 17–30.

Olgun, N., Öntürk, K.Z., Karabacak, Ü., Aslan, E.F., ve Serbest, Ş. (2010). Hemşirelik öğrencilerin problem çözme becerileri: bir yıllık izlem. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1:4,188-194.

Öhlen, J., ve Segesten, K. (1998). The professional identity of nurse: concept analysis and development[Hemşirenin mesleki eğitimi: kavram analizi ve geliştirme.]. *J Adv Nurs*, 28(4): 720-7.

Özcan, A. (2012). *Hemşire hasta ilişkisi ve iletişimi*. Ankara: Sistem Ofset Basım Evi.

Özçakır, A. (2002). Tıp eğitiminde iletişim ve klinik beceriler dersi verilmeli mi? İntörn öğrenci görüşleri. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(2), 185-189.

Özkan, O., Bayın, G., ve Yeşilaydın, G. (2015). Sağlık sektöründe yalın tedarik zinciri yönetimi. *Online Academic Journal of Information Technology*, 6(18).

Özkaraca, R. (2009). *Hekim ve hemşirelerin İşbirliğine ilişkin tutumları ve birbirlerini profesyonellik açısından değerlendirmeleri*. (yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Övür, M. (22 Haziran 2005). Ölümüne davetiye çıkarmak. *Sabah*, 16.

Öztürk H., Kahriman İ., ve Babacan E. (2017). Tıbbi hatalar ve hasta güvenliği: hemşirelere yönelik eğitimlerin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 14:2.

Parvan, K., Zamanzadeh, V., Hosseini, F.A. (2012). Assessment of professional values among iraniannursing students graduating in universities withdifferent norms of educational services[Farklı eğitim hizmetleri normlarına sahip üniversitelerden mezun olan İranlı öğrenciler arasındaki mesleki değerlerin değerlendirilmesi]. *ThritaJournal of Medical Sciences*, 1(2):37-43.

Pronovost, P.J., Weast, B. ve Schwarz, M. (2003). Medication reconciliation:a practical tool to reduce the risk for medication errors[İlaç tedavisi uzlaşması: ilaç hataları riskini azaltmak için pratik bir araç]. *J Crit Care*, 18, 201–205.

Saraçoğlu, E. (2010). *Hemşirelerin mesleki otonomi ve profesyonel uygulamalarına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi*. (yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Shin S., Yang E., Hwang E., Kim K., Kim Y., and Jung D. (2017). Current status and futre direction of nursing education for clinical practice. *Korean Medical Education Review*. Volume 19 issue 2 pages 76-82. 2017. Erişim tarihi: 03/10/2020 <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201719950756906.page>



Solomon, Y., Beker, J., & Belachew, T. (2015). Professionalism and it spredictor samong nurses working in jimmazone public hospitals, South west Ethiopia[Güneybatı Etiyopya, Jimma Bölgesi Devlet Hastanelerinde Çalışan Hemşireler Arasında Profesyonellik ve Tahminçiler]. *Journal Nursing Care*, 4 (5),2-9.

Sorucuoğlu, AY., ve Tüfekçi, F.G. (2015). Çocuk hemşirelerinde mesleki profesyonel değerler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2):105-109.

Sohohani M, Zamanzadeh V. Nurses' attitude towards professionalization and factors influencing it. *Journal of Caring Sciences*. 2017, 6(4), 345-357.

Sözen, S. (2004). Polis ve profesyonellik. *Polis Bilimleri Dergisi*, 6 (3-4).

Stefaniak, K.A. (1998). Nurses collaborating with other nurses: When all else fails[Diğer hemşirelerle işbirliği yapan hemşireler: Her şey başarısız olduğunda]. (unpublished doctoral dissertation). University of Kentucky.

Strasen L. (1992). Gender socialization and the image of professional nursing. The image of Professional nursing. Strategies for action. Ind ed. Philadelphia.J.B.Lippincott Company, 1992, p:1-63.

Şahbaz, F. (2019). *Hemşireler arası işbirliğinin hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimine etkisi*. (yüksek lisans tezi). Bozok Üniversitesi, Yozgat.

Şahin Orak, N., ve Ecevit Alpar, Ş. (2002). Hemşirelerin profesyonel değerleri ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2:22-31.

Şen, T.N., Yılmaz, T.F., ve Ünüvar, P.Ö. (2013). Hizmet içi eğitim hemşirelerinin iletişim beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(1).

Türkoğlu, N., ve Gün, S. (2006). Uluslar arası akreditasyon standartlarına göre yoğun bakım ünitelerinde hemşirelik hizmetleri kalite yönetimi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 10(1-2):14-18.

Thomas, M., Dyrbye, L., Huntington, J., ve Shanafelt, T. (2007).How do distress and well-being relate to medical student empathy?.*Journal of General Internal Medicine*, 22(2): 177-183. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2020, <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-006-0039-6>

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. (2019). T.C.Resmi Gazete, 29187, 26 Kasım 2014. Erişim Tarihi:25 Mayıs 2019, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/11/20141126-3.htm>

Tarhan, G., Kılıç, D., ve Yıldız, E. (2016). Hemşirelerin mesleğe yönelik tutumları ile mesleki profesyonelliklerinin incelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58:411-416.

Tanaka, M.,Taketomi, K.,Yonemitsu, Y., & Kawamoto, R. (2016). Professional behaviours and factors contributingto nursing professionalism among nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 24, 12–20

Tanaka M, Yonemitsu Y, Kawamoto R. Nursing professionalism: A national survey of professionalism among Japanese nurses. *International Journal of Nursing Practice*. 2014; 20: 579–587.

Türk Dil Kurumu Sözlüğü. (İş Birliği). Erişim Tarihi:19 Mayıs 2019, <http://sozluk.gov.tr/>

Ulusoy, H., ve Tokgöz, M.D. (2009). Hekim hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşlerin. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2(2):55-61.

Vatan, F., Argon, G., Engin, D., Binbir, H., Çiçek, A. (2012).Hemşirelerin yönetsel kararlara katılımlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,28:3, 13-24.

Vicdan Kacaroğlu, A. (2010). Hemşirelikte profesyonellik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi Sempozyum Özel Sayısı*, 261-263.

Woods, D.M., Holl, J.L., Angst, D., Echiverri, S.C., Johnson, D., Soglin, D.F., Srinivasan, G., Barnathan, J., Amsden, L., Lamkin, L. ve Weiss, K.B. (2008). *Improving Clinical Communication and Patient Safety: Clinician-Recommended Solutions*. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, editors. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Wynd CA. Current factors contributing to professionalism in nursing. *Journal of Professional Nursing*. 2003; 19(5): 251- 261.

Yalçın N, ve Aştı T. (2011). Hemşire-hasta etkileşimi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1):54-59.

Yetim, S., ve Beydağ, D.K. (2015). Nazilli devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin mesleki otonomileri ve etkileyen faktörler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 2(2).

Yıldırım, A. (2001). Meslekleşme süreci ve hemşirelik. *Hemşirelik Forumu*, 4(1):23-25.

Yaprak, E. (2009). *Hemşirelerin işten ayrılma niyetlerini belirleyen faktörler: örgüt iklimi, sosyodemografik ve çalışma özellikleri*. (yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.

Yardımcı, F., Başbakkal, Z., Beytut, D., Muslu, G., ve Ersun, A. (2012). Ekip çalışması tutumları ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13:131-137.

Yılmaz, E., ve Vermişli, S. (2016). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde meslekte profesyonelleşmenin iş doyumuna etkisi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi*, 4(1).

Zengin, M., Yayan, H.E., Yıldırım, N., Akın, E., Avşar, Ö., ve Mamiş, E. (2018). Pediatri Hemşirelerinin Profesyonel Değerlerinin Profesyonel Tutumlarına Etkisi. *HSP*, 5 (3):316-323. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2020, <https://pdfs.semanticscholar.org/f45b/fa9a0388b1be0cbb141ece951358fa09bb90.pdf>

## 8. EKLER

### EK 1. Sosyo-Demografik Özellikler

#### Değerli Meslektaşım,

Bu çalışma Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi O.Y.L. Hemşirelik A.B.D./ Hemşirelikte Yönetim Programı yüksek lisans tez çalışması olarak planlanmıştır.

Ankette, Sosyo - Demografik Özellikler Veri Formu ,Meslekte profesyonel tutum envanteri ve Hemşire arası işbirliği ölçeği ile ilgili ölçek maddeleri olmak üzere toplam üç bölüm yer almaktadır. Her bölümdeki maddeleri dikkatle okuyunuz ve sizin için uygun olan seçeneklerden yalnızca birisini (X) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen her soruyu yanıtlayınız. Veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak, hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacaktır.

İlginiz ve katkınız için şimdiden TEŞEKKÜR EDERİM.

*Araştırmacı*

*Danışman*

**Meral Çalışkan ALKAN**

**Dr. Öğr.Ü. Serpil Çelik DURMUŞ**

E-mail:--

Bozok Üniversitesi- Kırıkkale Üniversitesi O.Y.L. Hemşirelik A.B.D.

1- Cinsiyetiniz?

( ) Kadın ( ) Erkek

2- Yaşınız? .....

3- Medeni durumunuz?

( ) Evli ( ) Bekar

4- Eğitim durumunuz nedir?

( ) Sağlık Meslek Lisesi ( ) Önlisans ( ) Lisans ( ) Lisans Üstü

5- Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz? .....yıl

6- Şuan çalıştığınız birimde kaç yıldır görev yapıyorsunuz?.....yıl

7- Hangi birimde çalışıyorsunuz?

( ) Dahiliye ( ) Cerrahi ( ) Acil ( ) Ameliyathane ( ) Yoğunbakım

( ) Poliklinik ( ) Diğer.....

8- Çalıştığınız birimde göreviniz nedir?

( ) Başhemşire/Hemş. Hizm. Müd. ( ) Başhemşire Yrd.

( ) Hemş. Hiz. sorumlusu/Klinik AD Başhemşiresi

( ) Servis Sorumlu Hemşiresi ( ) Süpervizör hemşire ( ) Eğitim Hemşiresi

( ) Özel Dal Hemşiresi ( ) Servis hemşiresi ( ) Diğer...

9- Çalışma şekliniz?

( ) Sürekli Gündüz ( ) Sürekli Gece ( ) Vardiyalı

## EK 2. Mesleki Profesyonel Tutum Envanteri

Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri Maddeleri	Bana tamamen uyuyor	Bana biraz uyuyor	Kararsızım	Bana uymuyor	Bana hiç uymuyor
1.Mesleğimi seviyorum					
2.Mesleki karar ve uygulamalarda özgürüm					
3.Hizmet verdiğim insanların güvenini kazanmaya çalışırım					
4.İş yerinde hizmet alan kişiler sorun çıkardığında önce onu sakinleştirip ikna etmeye çalışırım					
5.İş arkadaşlarımla ve hizmet alanlarla iletişim kanallarını sürekli açık tutarım					
6.İş arkadaşlarımla sürekli iş birliği içindeyim.					
7.Kişiler arası ilişkilerde yeterliyim.					
8.Gerek iş arkadaşlarıma gerekse hizmet alanlara düşüncelerimi rahat ve etkin bir şekilde ifade ederim					
9.İş ilişkilerimde çoğu zaman hoşgörülü davranırım					
10.Karşımdaki insanı değerlendirirken ilk önce gözlemlerim					
11.Hizmet verdiğim kişilerin kültürlerini, gelenek örf ve adetlerini anlamaya çalışırım					
12.Davranışlarım insanların sadece dış görünüşlerine göre değişiklik göstermez					
13.İş yerinde gereksinimlerin artması motivasyonumu etkilemez.					
14.Mesleki anlamda problem çözme konusunda kendimi yeterli bulurum					
15.Mesleki bilgimi ve eğitimimi tamamen kullanırım					

16.Mesleki prensiplerimi önemserim					
17. Mesleki önerilere, yeni fikir ve eleştirilere açığım					
18.İşyerinde her zaman yaratıcı olmaya çalışırım					
19.Olayları geçmiş deneyimlerimi kullanarak değerlendiririm					
20.Mesleğimle ilgili son gelişmeleri takip ederim					
21.Yaptığım işin sorumluluğunu tamamen üzerime alırım					
22.Mesleğimle ilgili yeni çıkan uygulamaları öğrenmeye çalışırım					
23.Hem kendimin hem de iş arkadaşlarımla mesleki uygulamalarında eleştirel düşünürüm					
24.Mesleki kongre, konferans ve toplantılara katılırım					
25.Mesleğimle ilgili bir kuruluşa veya derneğe üyeyim					
26.Mesleğimle ilgili bilimsel araştırma yaparım					
27.Meslekte yüksek öğrenimin gerekli olduğuna inanırım					
28.Çalışma alanımda yaptığım bütün uygulamaları rapor (kayıt) etmeye çalışırım.					
29.İş yerindeki eksiklikleri belirleyerek gerekli yere bildiririm ve temin etmeye çalışırım					
30.İş yerindeki yaptığım bütün uygulamalarda neden-sonuç ilişkilerini göz önünde tutarım.					
31.Mesleki sorunlara çözüm getirebilmek için sürekli bir arayış halindeyim					
32. İşimde disiplinliyim					

### EK 3. Hemşire – Hemşire İşbirliği Ölçeği

Maddeler ve Alt Faktörler	Tamamen katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
<b>1. Problem Çözme</b>				
1.1. Çalıştığım birimde, herhangi bir sorunun olası en iyi çözümü için tüm görüşler dikkatlice değerlendirilir.				
1.2. Çalıştığım birimde tüm hemşireler, mümkün olan en iyi çözüme ulaşmak için çok çaba sarf ederler.				
1.3. Çalıştığım birimde, en iyi çözümü üretmek için, tüm hemşireler kendi deneyim ve uzmanlık alanından yararlanır.				
<b>2. İletişim</b>				
2.1. Çalıştığım birimde hemşirelerle açıkça konuşmak benim için kolaydır.				
2.2. Çalıştığım birimde, hemşireler arasındaki iletişim çok açıktır.				
2.3. Çalıştığım birimdeki hemşirelerle konuşmayı eğlenceli buluyorum.				
2.4. Çalıştığım birimde, hemşirelerden öneri almak kolaydır.				
2.5. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında aktarılan bilginin doğruluğu, beklenen seviyenin çok altındadır.				
<b>3. Süreç paylaşımı</b>				
3.2. Çalıştığım birimde, beni etkileyen kararları almama izin verilir.				
3.3. Çalıştığım birimde olup bitenler hakkındaki kararların alınmasına dahil olurum.				
3.4. Çalıştığım birimde, hasta bakımı ile ilgili neler olup bittiğine dair söyleyecek çok şeyim vardır.				
3.5. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalarda ağrı yönetimine yönelik hedefler üzerinde görüşbirliği içindedir.				

3.6. Çalıştığım birimde hemşireler, birimin hasta güvenliği hedeflerinde görüşbirliği içindedir.				
3.7. Çalıştığım birimde hemşireler, hasta kimliğinin doğrulanması ile ilgili hasta güvenliği standartlarını ihlal eden uygulamaları durdurma yetkisine sahiptir.				
3.8. Çalıştığım birimde hemşireler, santral venöz kateter enfeksiyonlarına ilişkin enfeksiyon kontrol standartlarını ihlal eden bir uygulamayı durdurma yetkisine sahiptir.				
<b>4. Koordinasyon</b>				
4.1. Çalıştığım birimde hemşireler, hasta bakımına yönelik konularda birbirleriyle doğrudan konuşurlar.				
4.2. Çalıştığım birimde, tedavi protokolleri yazılı olarak bulunmaktadır.				
4.3. Çalıştığım birimde, günlük hemşire ziyaretleri vardır.				
4.4. Çalıştığım birimde, bakımın koordinasyonuna ilişkin yazılı politika ve prosedürler vardır				
<b>5. Profesyonellik</b>				
5.1. Çalıştığım birimde, hemşireler arasında samimi ve saygıya dayalı bir ilişki vardır.				
5.2. Çalıştığım birimde, hemşireler birbirleri ile işbirliği yapmaya isteklidir				
5.3. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara istem edilen ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahiptir.				
5.4. Çalıştığım birimde hemşireler, hastaların hastalık süreçleri ile ilgili yeterli bilgiye sahiptir				
5.5. Çalıştığım birimde hemşireler, hastalara güvenli bakım sunmak için gerekli teknik becerilere sahiptir.				
5.6. Çalıştığım birimde tecrübeli hemşireler, tecrübesi daha az olan hemşireleri eğiterek ve rehberlik ederek yardımcı olurlar.				
5.7. Çalıştığım birimde, hemşirelerin liderlik davranışları işbirliğini destekler.				
<b>Genel İşbirliği</b>				



## EK 4. Mesleki Profesyonellik Tutum Envanteri İzni



nüfer erbil <...@gmail.com>

18 Eyl 2018 07:17

Alıcı: ben ▾

Sevgili Meral ÇALIŞKAN ALKAN,  
Geliştirmiş olduğumuz "Meslekte Profesyonel Tutum Envanteri"ni yüksek lisans tez çalışmanızda kullanmanızdan memnuniyet duyarım.  
Ölçeğin özgün formu ve yönergesini ekte gönderiyorum.  
Çalışmanızda başarılar dilerim.  
İyi günler.

-----  
Prof.Dr.Nüfer ERBİL  
Ordu Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan V.  
Hemşirelik Bölümü Başkanı  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı  
Cumhuriyet Yerleşkesi  
52200 Ordu, Türkiye  
Tel:  
e-posta: [@gmail.com](mailto:...@gmail.com)  
Web site: <http://akademi.odu.edu.tr/sayfalar/nferbil>  
-----



## Ek-5 Kurum İzin Yazısı Devamı

**T.C.  
KAYSERİ VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Kayseri Şehir Hastanesi**

**TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU TOPLANTISI**

KARAR NO :29  
KARAR TARİHİ :15.11.2018

- 30 Kankale Üniversitesinde görev yapmakta olan Dr. Öğrt. Üyesi Serpil ÇELİK DURMUŞ'un yardımcı araştırmacı Hem. Meral ÇALIŞKAN ALKAN ile yapmaya planladığı "Hemşirelerin Profesyonellik Tutumlarının Hemşireler Arası İşbirliğine Etkisi" isimli tez çalışmasını yapmasına;

## Ek-5 Kurum İzin Yazısı Devamı

Evrakın elektronik izni ile adresine: <http://e-belge.saglik.gov.tr/adigiraylar/fdu/1606-a970-4705-80aa-18a3058b721> kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanunu göre güvenli elektronik imza ile oluşturulmuştur.

## EK 6. Kırıkkale Üniversitesi Etik Kurul Kararı

### KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:16.01.2019  
Toplantı Sayısı: 19/02  
Karar No: 2019.01.10

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu 16.01.2019 Çarşamba günü saat 11:00'de Prof.Dr. Berkant ÖZPOLAT başkanlığında toplanarak gündemdeki Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr.Üyesi Serpil ÇELİK DURMUŞ'un "Hemşirelerin Profesyonellik Tutumlarının Hemşireler Arası İşbirliğine Etkisi" isimli başvurusunu görüştü.

#### KARAR:

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr.Üyesi Serpil ÇELİK DURMUŞ'un "Hemşirelerin Profesyonellik Tutumlarının Hemşireler Arası İşbirliğine Etkisi" isimli başvurusu Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilmiş olan Etik İbalelere uygun bulunmuştur.

## 9. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Soyadı, adı: ALKAN ÇALIŞKAN, Meral

Doğum tarihi ve yeri: -

E posta: -

### Eğitim

Yüksek Lisans: Bozok Üniversitesi/Hemşirelikte Yönetim Tezli 2020

Yüksek Lisans: Gazi Üniversitesi/ Hemşirelikte Yönetim Tezsiz 2017

Lisans: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi/ Hemşirelik 2015

### İş Deneyimi

2015/2016 Ankara Üni. İbni Sina Hastanesi Yoğun bakım Hemşireliği

2016-2017 Yozgat Sorgun Devlet Hastanesi Nöroloji Hemşireliği

2017- 2018 Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Hemşireliği

2018- devam ediyor Kayseri Şehir Hastanesi Nöroloji Yoğun bakım Hemşireliği

### Yabancı Dil

İngilizce

### Yayımlar

1- **Çalışkan, M.**, Özdemir, Ş., Özgen, Z.E., Yilmazer, T., Kaplan, S., Akalın, A., Pınar, G.,(2013). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,Osteoporoz Sağlık İnançlarının Değerlendirilmesi. **Selçuk Üniversitesi 12.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi** , Sözel Bildiri , Konya , s.62.

2-**Çalışkan, M.**, Özdemir, Ş., Özgen, Z.E., Ersan, C., Kaplan, S., Şahin, S.,Akalın, A., Abay, H., Pınar, G.,(2014). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Üniversite Öğrencilerinin Menstrasyona Yönelik Tutumları ve Premenstrual Sendrom Sıklığının Değerlendirilmesi. **Karadeniz Teknik Üniversitesi 13.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi**, Sözel Bildiri, Trabzon, s.57.

3-**Çalışkan, M.**, Özdemir, Ş., Özgen, Z.E., Ersan, C., Kaplan, S., Şahin, S., Akalın, A., Abay, H., Pınar, G.,(2014). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Üniversite Öğrencileri Arasında Dismenore Sıklığının Değerlendirilmesi, Karadeniz Teknik Üniversitesi **13.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi**, Sözel Bildiri, Trabzon, s.58.

4- **Çalışkan, M.**, Özkan,B., Deliduman,C. Ve diğerleri., (2015). Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Öğrencileri Şizofreni Hastalığını Nasıl Algılıyor, Melikşah Üniversitesi **14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi**, Poster Bildiri, Kayseri, s.235.

